



ARTÍCULO

ANTROPOLOGÍA DE LA LOCURA: DE LOS PARADIGMAS DE EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL AL REARME NEOKRAEPELIANO

José Manuel Hernández Garre¹
Baldomero de Maya Sánchez¹

¹Universidad de Murcia, Área de Antropología Social, España

Introducción

Lo social, entendido como marco cultural de convivencia, no corresponde a un orden global ya dado sino, más bien, a una construcción de apariencias y representaciones alimentada por lo imaginado (Balandier 1988). La sociedad está, pues, en continua búsqueda de un espacio común de unificación construido desde su propio arsenal cultural. Dicha unificación siempre implica una demarcación de fronteras en cuyo limen se sitúan las desviaciones no congruentes con la lógica cultural y estética dominante. En este marco se sitúan los discursos mágicos del “loco”, producidos y rechazados por la modernidad, pero que ponen en evidencia que se “enloquece” en el idioma que la misma cultura nos ha provisto (Yébenes 2014). Y si la locura es en cierta medida también un producto cultural, surge la dificultad para definirla, y es que como apunta Foucault “el loco no es manifiesto en su ser, pero si es indubitable es por ser otro” ([1961] 1998: 285). Es decir, la alteridad, la otredad respecto al otro, cobra capital importancia en su estatus social, el trabajo de la antropología de la locura estaría, pues, en la búsqueda apuntada por Krotz de “la igualdad en la diferencia y la diferencia en la igualdad, que incluye tanto a la otredad percibida como a lo propio” (2002: 53). El loco es, pues, un viajero sin fin encadenado a una encrucijada infinita, un pasajero situado en el limbo cultural, en los extrarradios de lo socialmente aceptable, un argonauta que “sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, [situada] entre dos tierras que no pueden pertenecerle” (Foucault [1961] 1998: 26).

Como apunta Louis Sass (2001), más allá del estatus biológico de la locura, parece, pues, que enloquecemos social y culturalmente. Es decir, no se es loco sino en relación con una sociedad dada, en función de un consenso social que delimita las zonas o fluctuaciones de la razón y del desatino o sinrazón (Bastide 1983). Dicho de otra manera, lo que es "normal" y "patológico" no solo depende de un consenso o patrón universal, ni de un estatus biogenético del hombre, sino que también se relaciona con las conductas y expectativas fijadas por una sociedad dada (Canguilhem [1966] 2005). Se entiende, así, lo apuntado por Benedict ([1939] 1967) al verificar que determinadas conductas consideradas como anormales en nuestra cultura son normalmente aceptadas en otros contextos sociales: la megalomanía Kwakiutl, el carácter paranoico de los Dobu o el trance en las prácticas Shamánicas. La locura precisa por tanto de un análisis histórico, social y cultural, en cuanto supone una crisis de significación de las definiciones que el demente maneja de sí mismo para un entorno social dado (Yébenes 2014).

Como ya apuntará Durkheim ([1897] 2008), al hablar del suicidio, el contexto social es el mayor detonante del desorden mental. La locura no puede, pues, reducirse al individuo, sino que debe abrirse al sistema de relaciones sociales en las que se enferma, y que ejercen un gran poder fáctico al propiciar o resolver los sufrimientos. Estamos, simplemente, ante el "ser" social de la locura, ante un enfoque que busca la restitución del peso de lo social en la representación, tratamiento e irrupción de lo anormal, en la conformación de las coordenadas culturales desde las que se marcan los límites de lo considerado como adecuado, y en cuyos márgenes surgen las graffas de la locura y sus modelos asistenciales. Se busca, en definitiva, una visión que huya de determinismos congénitos y reduccionismos ontológicos, para abrirse, sin complejos, a una visión holística donde los factores culturales y ecológicos de las disposiciones anímicas del carácter encuentren cabida.

Los sueños y la locura son una constante de la condición de la mente humana, condición que ha definido nuestra cultura y el devenir de nuestra historia de forma profunda y, muchas veces, insospechada. De ello dan cuenta los nexos comunes que tienen autores tan diversos como los aquí apuntados: Foucault, Canguilhem, Benedict, Durkheim, que de ninguna manera pueden filiarse en un grupo homogéneo, tanto por su diferente campo conceptual y bagaje sociocultural como por el diferente momento sociohistórico de su producción intelectual, pero que pese a las notables diferencias coinciden en apuntar la vertiente social del loco.

En esta misma línea de comprensión polisémica de la locura se sitúa también la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que recomienda el reemplazo de los grandes hospitales psiquiátricos, es decir de los manicomios, por centros de atención comunitaria con el apoyo de la asistencia a domicilio y de las camas psiquiátricas en los hospitales generales (OMS 2001). Desde la OMS se considera a las personas con problemas de salud mental un grupo vulnerable e ignorado por los programas de desarrollo, a pesar de ser una problemática con gran impacto económico en las familias y comunidades, y de ser un colectivo que sufre de lleno el problema de la discriminación, marginación y estigmatización social (OMS 2010). Para invertir esta entropía negativa sobre todo lo relacionado con la locura, la OMS apuesta por una serie de medidas: dar información adecuada en los centros educativos y medios de comunicación; facilitar la interacción y los contactos sociales de los enfermos, integrándolos en la vida cotidiana y laboral; brindarles apoyo a ellos y a sus familias; fomentar la investigación multidisciplinar para poder medir los efectos de las medidas aplicadas; prestarles una atención sanitaria y social de calidad; así como entender la enfermedad mental desde toda su complejidad cultural (Griffiths et al. 2014).

Estamos ante una comprensión cultural de la locura, ante la consideración de su "ser" social, materia que se aborda en el presente artículo con el objetivo de investigar los paradigmas, significaciones y formas de tratarla desde finales del siglo XVIII. Se pretende indagar la forma en que, en las sociedades occidentales, se establecen los canales de comunicación con la locura, la manera en que lo sagrado puede liberar al hombre de sus experiencias puramente subjetivas (Eliade [1956] 1988), la forma en la que la mujer en trance o el soñante establecen intermediaciones privilegiadas con lo sobrenatural (Bastide 1976), en definitiva, la evolución sociológica de sus representaciones. Para ello se ha realizado un análisis documental centrado en el examen de documentos pertenecientes a diversas áreas de conocimiento, como la antropología, la sociología, la historia o la psiquiatría, revisándose libros, monografías, tesis doctorales y artículos indexados en bases de datos del ámbito de las ciencias sociales y médicas (Antro Base: Social and Cultural Anthropology, Current Contents, SOC-Antropología social, Periodicals Archive Online —PA, Medline, Cochrane). El análisis se ha realizado desde un posicionamiento teórico culturalista y reflexivo que, partiendo de una perspectiva crítica y postmoderna, debate sobre los discursos y paradigmas sociales hegemónicos respecto a la locura que se han manejado en el Occidente contemporáneo.

El “ser” cultural de la locura

La locura, como fenómeno consustancial al ser social del hombre, se deja escudriñar desde una mirada socioantropológica. Como objeto ligado al devenir histórico-cultural, cuya metamorfosis responde a los límites que cada cultura marca en las fronteras de su normalidad, la locura no es impermeable a las investidas de las diferentes grafías sociohistóricas. Desde esta atalaya de lo cultural, se dejan ver las cosmovisiones sociales que han dominado el acervo ideológico sobre el loco en el Occidente contemporáneo, y que suponen apuestas contrapuestas en clave de exclusión o inclusión social, así como de “inclusión exclusiva”, cuyos vaivenes históricos han oscilado en los últimos doscientos años.

Estamos ante diferentes formas de entender la locura, ante perspectivas opuestas que cristalizan todo un armazón de estructuras asistenciales al servicio de los postulados ideológicos de origen. Las representaciones disímiles que pretendemos exponer a continuación se sitúan en la Edad Contemporánea, es decir que se comprenden desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días. Espacio de tiempo que, a efectos didácticos, dividiremos aquí en tres periodos de evolución en lo que respecta a la noción de la locura: el “modernista”, donde se conforman los axiomas de la psiquiatría moderna y que, aunque escolásticamente comprenda los siglos XVIII y XIX, se prolonga hasta mediados del siglo XX; el “postmodernista”, corolario de toda una serie de movimientos surgidos a partir de los años sesenta – “Psiquiatría Democrática Italiana”, “antipsiquiatría británica” - que vienen a cuestionar las premisas modernistas previas; y por último, el periodo que aquí hemos etiquetado con el pseudónimo “pos-postmodernidad” para hacer referencia a todo una serie de tendencias heterogéneas – “rearme neokraepeliano”, “psicofarmacológica”, “nueva antipsiquiatría” - que encuentran su máxima expresión a finales de siglo y principios del nuevo milenio.

Paradigmas de exclusión: en tiempos de modernidad

Las formas sociales de exclusión devienen de los “tics” de la modernidad, de su obsesión por el control biopolítico de todas las esferas de la moralidad, entre ellas las conductas alienadas. En este sentido, la institucionalización del hospital, y el deber moral del estado de velar por el correcto comportamiento social, siembra la semilla de la perspectiva moderna del loco como un ser con alteraciones morales a tutelar, circunscribir y aislar. Esta perspectiva sirvió para legalizar la psiquiatría emergente como el

saber experto en las enfermedades mentales, desautorizando las prácticas no médicas que durante siglos habían prevalecido. Se rompió, así, con la tradición de custodia y asilo que aunaba razones médicas, caritativas y de defensa de lo social, para convertir el hospital del loco, el manicomio, en un espacio meramente terapéutico donde el encierro se convierte en factor esencial para la curación. Prorrumpe, de esta manera, la consideración del trastorno mental como enfermedad, desligándose de otros modelos culturales previos ligados a nociones de condena, culpabilidad, expiación o comunicación con el más allá (Márquez 2010). El manicomio se convierte, en cierta medida, en piedra angular del modo de pensar la locura desde el modernismo, en espacio adecuado para acallar a los que se comportaban, sentían o pensaban de manera diferente a lo convenido socialmente como aceptable.

Hablar de paradigmas de exclusión de la locura en la era contemporánea, es en cierta medida, hablar de un afán de reclusión que deviene de las coordenadas de la modernidad. Es hablar de la creación de instituciones cuyo fin es garantizar el control social de una normalidad al servicio de la razón, y que lógicamente se postula en oposición a lo hermenéutico e imprevisible del ser. Se trata de una realidad que ya encontramos en la Francia de 1838, donde el propio Jean-Étienne Esquirol promovió una ley que exigía al Estado el tratamiento e institucionalización de los enfermos mentales, creando una red de manicomios públicos o privados dedicados a vigilar y controlar a los enfermos. Son estos los atributos de una nueva sociedad mercantil preocupada por la creación de todo un sistema de normalización de las desviaciones siguiendo la lógica del beneficio-utilidad, es decir, de una sociedad moderna obsesionada por la vigilancia, el disciplinamiento, la corrección y el castigo del "loco".

Como advierte Foucault, "estos métodos que permiten el control minucioso del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que [la nueva perspectiva moderna] llama disciplinas" (Foucault [1975] 2001: 141). En este marco disciplinario surge un conjunto de saberes técnicos con el objetivo de diagnosticar y tratar las desviaciones de lo social, de diseñar aparatos conceptuales que permitan encauzar los cuerpos descarriados, eso sí, bajo el paraguas del armazón lógico-biológico de la emergente medicina. Lo normal se establece como criterio de evaluación de las infracciones y desviaciones, en una lógica de análisis, diferenciación y comparación que atraviesa las distintas instituciones sociales (educación, sistema penitenciario, etc.). Es precisamente en este contexto en el que surge la psiquiatría modernista, así como el manicomio, institución reclusa que se organiza según el diagrama

Panóptico, descrito por el filósofo utilitarista Jeremy Bentham ([1786] 2002), con el objetivo de crear en el "loco" una sensación de permanente visibilidad que garantice el funcionamiento automático del poder. Estamos ante una visión surgida de la intersección de dos modelos: el del gran encierro, derivado de las estrategias de lucha contra la lepra en las que la lógica dual normal-anormal se convierte en la piedra angular; y el del disciplinario, derivado de las prevenciones contra la peste basadas en la clasificación minuciosa del campo social como principal estrategia de disciplinamiento grupal. Como apunta Foucault, "el Panóptico es utilizado como una máquina de hacer experiencias, de modificar comportamiento, de encauzar o reeducar la conducta de los individuos, experimentar medicamentos y verificar sus hechos" ([1975] 2001: 207)

El modelo psiquiátrico basado en la reclusión y en el manicomio es, pues, hijo de la modernidad, y fundamenta sus premisas en el aislamiento de los "focos infecciosos". Esto ocurre a través de la organización disciplinaria del espacio social mediante una clasificación de multiplicidades que remite siempre al eje salud-enfermedad, normal-anormal, infeccioso-no infeccioso. La exclusión se asienta desde estos planteamientos en un paradigma asistencial penitenciario donde el disciplinamiento de la conducta es la condición general que invade el campo social. Se trata de una visión estigmatizante que marca la identidad del individuo en clave de exclusión, en el sentido de que ingresa en el polo descalificativo de una lógica binaria. Surge entonces una retroalimentación iatrogénica que condiciona su posterior salida al marco social, quedando el migrante atrapado en una imagen que lo desvaloriza como sujeto. Estamos ante la contraproductividad apuntada por Ivan Illich (1975), ante la paradoja de que el funcionamiento del manicomio, superados ciertos umbrales de medicalización, genera fines contrarios para los que fue creado, al contribuir a la cosificación del "loco" en su ser "anormal".

La labor clínica de la psiquiatría modernista sirve, pues, de instrumento de "normativización" social, separando lo sano de lo insano a través de juicios diagnósticos, que, más allá de su objetividad, constituyen auténticas decisiones sociales (Galván 2009; Huertas, Campos y Álvarez 1997). Se trata de una reducción de la compleja red multietiológica de la locura, como glosa Bourdieu (1986), a lo puramente biológico y esta rebaja del loco a lo orgánico asegura que pueda ser moldeado por la sociedad poderosa que lo envuelve. La biologización de lo mental está impresa en hipótesis especulativas del siglo XIX como la teoría de la degeneración de Morel, constructo en el que se hace una distinción entre dos tipos de locura: la de los "degenerados", fruto de la degradación biológica; y la de los "no degenerados", catalogada

como delirio crónico sistematizado, se trata de un modelo mixto en el que la combinación de factores físico-genéticos con otros sociales, como uso de drogas etc., puede desencadenar en el cuadro de delirio (Morel [1857] 2010). En este marco tiene cabida la noción foucaultiana de "biopoder", noción surgida del capitalismo del XIX cuyo objetivo es socializar el cuerpo como fuente generadora de productividad. En este sentido, el poder ejercido por el Estado a través de la medicina va más allá de la ideología o de la conciencia, situando lo primordial en lo somático, en el cuerpo que debe moldearse según los estándares establecidos por los expertos (Foucault [1994] 1999), según los intereses "biopolíticos".

El modernismo supone la transición desde el sistema asilar, centrado en la atención caritativa de los desposeídos, al manicomio, dedicado a la reclusión de los "alienados". Nueva conformación que no se cimenta en la observación, diagnóstico y curación, sino más bien en la edificación de un espacio judicial donde se acusa, juzga y condena lo no aculturado (Sacristán 2009). Esta visión biologicista ignora los factores históricos y las variables sociales, culturales e ideológicas en la etiología y desarrollo de la locura, también excluye las causas y consecuencias sociales de la enfermedad, negando su influencia en el proceso salud-enfermedad (Menéndez 2005). Se obvia, así, el hecho de que la locura no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal (Foucault [1954] 1984), es decir, lo verdaderamente importante del "loco" es la posición que tiene en la sociedad (Correa et al. 2006) y la función que desempeña, ya que lo patológico es también una desviación respecto al ideal cultural. Desde esta óptica modernista no es de extrañar que la propia sociedad aisle, aparte y en definitiva niegue reconocerse en lo patológico (Palacio 2010).

Modelos de inclusión: aires postmodernos

Las perspectivas de exclusión empezaron a decaer con la irrupción de los nuevos aires de crítica social postmoderna surgidos en los años sesenta, con las representaciones de la sociología francesa que catalogan al manicomio como un instrumento biopolítico al servicio del Estado, cuyo objetivo es ocultar a los que con su forma de sentir o pensar desafiaban a las clases dominantes (Foucault [1961] 1998). Se trata de toda una corriente foucaultiana que tuvo su traducción en el contexto sudamericano donde, a partir de los años sesenta, se pueden distinguir dos desarrollos: su adscripción inicial a una embestida estructuralista que no avenía con un clima de época de cambios radicales, posteriormente plagada de

dictaduras militares; y un segundo momento en que se va produciendo un interés por la obra en los campos intelectuales postdictadura, ingresando las ideas sobre el biopoder, vigilancia y castigo en los ámbitos de prensa y universitarios (Cavanese 2014). A partir de esos posicionamientos, se empieza a entender al manicomio como un espacio de cronificación más que de curación, exigiéndose un cambio en las políticas de salud mental donde las perspectivas psicoanalíticas no atomistas cobran fuerza. Se lucha contra una estigmatización del loco, entendida como un proceso dinámico de comunicación interpersonal que cambia con el tiempo, como una construcción social impregnada de estereotipos y rechazo que es legitimada por las normas e ideologías culturales dominantes (Goffman 1992). Se denuncia que es la propia sociedad la que crea instituciones y normas para controlar los comportamientos considerados como inadecuados, siendo ellas mismas las que crean la exclusión y el estigma del otro (Pedersen 2005). En definitiva, se piensa que cuando la sociedad relaciona a los enfermos con el peligro o la incapacidad para ser autónomos, la legislación y la política que se construyen tienden hacia el control y la contención, en lugar de hacerlo hacia la inclusión en la comunidad, creándose un proceso de retroalimentación iatrogénica desde el Estado hacia la sociedad (Mena et al. 2010).

Estamos ante una defensa inclusiva del "loco" esbozada ya en los mismos albores de la Edad Contemporánea, es lo que autores como Hegel o Pinel denominan inapropiadamente como enfoque "moral", un prisma que, en consonancia con la actual terapia psicológica, apela a la capacidad de reflexión del sujeto enfermo. La visión hegeliana reclama un enfoque psicossomático de la locura, donde se piensa que la perturbación mental no afecta a la totalidad de la vida consciente del individuo, a su capacidad para discriminar entre el bien y el mal, y, en consecuencia, el "loco" debería poder ser imputable por el resultado de sus actos (Hegel [1830] 1970). Se rompe así con la tradición del modernismo centrada en el abordaje somático-punitivo de la locura, para abrirse sin reparos a las dimensiones psicológicas, sociales y somáticas del ser (Huertas, Campos y Álvarez 1997). Se trata de la visión del "hombre total" de Mauss ([1934] 1991), de su triple perspectiva que aúna lo biológico, psicológico y socio-cultural, y desde la que los hechos sociales no son excluyentes entre sí, es decir, no se trata de "esto" o lo "otro", de lo clínico o lo orgánico, sino de todo eso unido al contexto social, a la red interpersonal y a las consecuencias que la enfermedad puede tener en ese plano (Lisón, 2007).

La clave está en la defensa de la dignidad del "loco", en la protección de sus necesidades de comunicación a través de relaciones simétricas, en su consideración como miembro de una comunidad inclusiva

(Habermas 1999). Se van conformando, así, ciertas grafías de pensamiento que privilegian el componente psicosocial de la locura. Encontramos las críticas postmodernas de la sociología francesa, que ponen de relieve los elementos directrices como el biopoder en la conformación en clave organicista de la enfermedad mental. Los postulados del psicoanálisis, a su vez, que priman la preeminencia de lo mental sobre lo cerebral en la dinámica de lo mental-patológico, así como los elementos fenomenológicos, que ponen de relieve la subjetividad, la diferencia entre el objeto y la forma en que este se hace consciente, abren el camino a la crítica sobre la subjetividad de las atribuciones estamentales de las clasificaciones de lo anormal. Asimismo, el existencialismo con la preeminencia de la existencia sobre la esencia, y de la libertad como premisa para que ésta sea auténtica, reintegra en parte los derechos del considerado como loco. Bajo el influjo de todo este *tutum reolutum* ideológico, surgen diferentes movimientos postmodernos de respuesta contra la psiquiatría tradicional entre los que se destacan la antipsiquiatría británica y la psiquiatría democrática italiana.

«Antipsiquiatría» británica

Las perspectivas inclusivas encontrarían su estatus de posibilidad en las ideologías postmodernas de finales de los sesenta, paradigma de cuyo germen nacería el movimiento británico de la «antipsiquiatría» en el entorno a la *Asociación de Philadelphia* fundada por psiquiatras como David Cooper, Ronald Laing, Aaron Esterson o Thomas Szasz. Se trata de un enfoque rupturista con los modelos asistenciales de la psiquiatría tradicional, de una perspectiva clínica contraria a los climas asistenciales de violencia institucional en los que las prohibiciones y las restricciones de la libertad se convierten en el nudo gordiano de la atención. En esta línea, Cooper (1967) sostiene que la locura y la psicosis son productos del tipo de relaciones sociales que se establecen en un determinado sistema de dominación, y que su verdadera solución pasa por una revolución de la clínica. Por su parte, Laing (1960) sostiene que la enfermedad mental más que una psicosis en sí constituye un “atascamiento” existencial en el que algunas personas entran debido a su predisposición y a la cohabitación de determinados condicionantes ambientales y ecológicos. De esta manera, más que penalizar e interrumpir la experiencia psicótica, como si fuera una auténtica patología, habría que canalizarla de un modo seguro para que el propio paciente pueda integrar sus procesos metanoicos -etapas desde la psicosis a la cordura- según su propia forma de ser y su propia constitución. El enfoque existencialista

y fenomenológico que suscriben también otros psiquiatras como Esterson (1970), estrecho colaborador de Laing, y Istvan Szasz (1970), va un paso más allá al negar la existencia de la locura como enfermedad real, justificando que la mente no es un órgano equiparable al corazón o el hígado, por lo que no puede existir la enfermedad mental tal como entendemos otras patologías somáticas como la hipertensión o el cáncer. Esterson se muestra por tanto contrario a los internamientos psiquiátricos, abogando por tratar los problemas del comportamiento, como él define a los trastornos mentales, como cualquier otra enfermedad, es decir sin encierro. Esta ideología se resignifica en una defensa de la autojurisdicción de la propia mente, y en consonancia en contra del tratamiento involuntario, el cual se considera propio de los regímenes autoritarios y los Estados policiales.

Estamos, pues, ante una auténtica corriente contracultural que se rebela contra ciertos tics de la psiquiatría tradicional como la medicalización de los problemas de índole social, el tratamiento involuntario de los pacientes, la perspectiva asistencial directiva y dominante, los nexos de unión con la industria farmacéutica, la reclusión o la estigmatización de la locura (Vásquez 2011). Se trata de una perspectiva postmoderna, en clave de inclusión social, cuyas condiciones de emergencia se sitúan en la crisis de la racionalidad moderna, y su propensión a reificar el ser social de los individuos. La línea directriz es la negación de la existencia de una verdad universal y objetiva, la incredulidad Lyotardiana hacia los metarrelatos en clave de historia unificadora que explique realidades que respondan al orden de la racionalidad establecida (Lyotard 1984). Estamos ante la necesidad de la sociedad occidental de repensarse a sí misma, ante un intento por derrocar a una razón lógica que durante la modernidad se constituyó en la garantía de un poder técnico dominador del orden social, moral y de las relaciones intercomunicativas. En este estilo de pensamiento, se instaura un discurso escéptico que viene a reivindicar la diferencia en pro de un nihilismo gnoseológico que rompe con la lógica binaria entre sano y enfermo. Nada debe estar por tanto normado ni prohibido, todo debe ser liberado por su propio movimiento de desorden, y en esta línea la patología mental debe ser también restituida en su estatus de problema subjetivo ligado a un mal anímico de orden social.

Los logros de la «antipsiquiatría» británica se sitúan en el marco de la progresiva dilución de las terapéuticas tradicionales del enfermo mental, basadas en el recurso al electroshock, a la farmacopea y al encierro, pero sus resultados paradójicos destaparían de forma precoz sus propias limitaciones. El establecimiento de unidades autónomas en el marco de grandes hospitales psiquiátricos, como Villa 21 fundada por Cooper en 1962, o de centros al

margen de la dinámica institucional, como *Kingsley Hall* instituida por Laing en 1969, adolecerían de las mismas incongruencias: incapacidad de manejar a los pacientes, caos organizacional, falta de apoyo institucional y ansiedad de los trabajadores. Los intentos de autogobierno por parte de los propios pacientes terminaron en situaciones dramáticas, acumulándose las basuras y generando comportamientos histriónicos que dieron lugar a quejas vecinales, e incluso, como en el caso de *Kingsley Hall*, a ser declarados como inhabitables tras cinco años de su apertura. Por no hablar del riesgo de ignorar el sufrimiento humano derivado de la enfermedad mental, o los delirios reales que se presentan en los episodios agudos de psicosis, bajo capa de respetar y apoyar sus creencias atípicas (Lieberman 2016). El movimiento de la antipsiquiatría también tuvo su expresión en Sudamérica. Su fundador, David Cooper, vivió en Argentina donde existieron experiencias de comunidades terapéuticas como la Colona Federal y el Hospital Estévez "permitidas" hasta cierto punto por el gobierno del militar Juan Carlos Onganía. Cooper realizó su primer viaje a Argentina en 1972 dando una serie de conferencias y volvió dos años después a radicarse en el país, el motivo aludido fue la gran tradición psicoanalítica del país (Enrique Pichon-Rivière, Marie Langer y Emilio Rodríguez) que dio lugar a que muchos médicos se revelaran contra las instituciones recibiendo nuevas ideas de naturaleza anti-institucional (Vainer 2000).

«Psiquiatría Democrática» italiana

Paralelamente a esta corriente de la antipsiquiatría británica surgirían toda una serie de movimientos de desmanicomialización cuyo objetivo es acabar con la cronificación institucional, el deterioro cognitivo, la despersonalización y la marginación del enfermo mental, todas estas prácticas propias del modelo de exclusión social centrado en la reclusión manicomial. Se pretende establecer un nuevo marco de atención que supere el modelo hospitalocéntrico para abrirse a un sistema asistencial comunitario, que genere una serie de dispositivos sustitutivos de las grandes unidades de internación con la creación de centros abiertos u hospitales polivalentes. Este movimiento va cobrando cada vez más fuerza desde mediados de los sesenta, aglutinando, en torno a las experiencias de la nueva psiquiatría, a trabajadores de diferentes disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la enfermería y el trabajo social. El punto de unión es la lucha en pro de una transformación de la tradicional institución represiva que acabe con la marginación, el aislamiento y el estigma del enfermo mental tanto dentro como fuera de ésta.

La corriente inclusiva tendrá diferente seguimiento según el país en el que se centre la atención. Por ejemplo, en Estados Unidos, con la aprobación en 1963 de la "*Community Mental Health Centers Act*", cuyo objetivo era virar hacia un sistema comunitario de atención del enfermo mental, la corriente antimanicomial es más moderada que los postulados de la antipsiquiatría británica, que, en cierta medida, postulaban la supresión de la disciplina. En otros países como Francia también se observa un giro hacia un modelo de atención descentralizado y direccionado a la comunidad, a la vez que los postulados más radicales de la antipsiquiatría británica, defendidos por autores franceses como Gilles Deleuze y Félix Guattari, son arrinconados en las instituciones sanitarias y académicas por psiquiatricidas y extremistas (Desviat 2006). En España no sería hasta los años ochenta cuando se incorporaría la corriente de la psiquiatría comunitaria, adquiriendo carta de naturaleza con el "Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica" (MSC 1985) que proponía la implantación de un nuevo modelo de atención a la salud mental. Pero, sin lugar a duda, el país pionero en la desinstitucionalización real de los enfermos mentales es Italia. El movimiento italiano surge en el marco de las luchas obreras de 1969, conocidas como "otoño caliente", y tendrá su máximo exponente en el psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Basaglia es el fundador de la denominada "Psiquiatría Democrática", tendencia que persigue la reintegración del "loco" en la sociedad con el fin de acabar con la patologización institucional y el estigma social añadido, se trata de una lucha contra el ceremonial modernista que simplifica la locura, desestimando su complejidad holística, para etiquetarla como una patología a recluir. El psiquiatra italiano denuncia el rol normalizador de las instituciones manicomiales, es decir, su papel en la estabilización y encierro del diferente como mecanismo social de racionalizar aquello que se presenta como irracional y va más allá en su exegesis, al considerar que el encierro del "loco" no se produce sólo por su condición de diferente, sino por su estatus de pobre. En este sentido la psiquiatría de internación funcionaria también como un mecanismo estatal de control de la marginalidad social. Así, situado en una visión marxista de lucha de clases, considera al manicomio como un mecanismo de represión estatal cuyo fin es controlar a la clase trabajadora que no entra en el sistema de producción, que no genera ganancia. El problema no está, por tanto, sólo en el enfermo mental, sino en la estructura social en su totalidad, y la solución no pasa, pues, por una mera reforma del manicomio, sino por la supresión de las instituciones represivas y del correlato estatal de la sociedad de clases (Basaglia [1979] 2008; 1978). La diferencia de este movimiento respecto a la corriente de la "antipsiquiatría"

inglesa está en su ámbito de actuación, ya que esta apuesta tiene una clara intencionalidad política, actuando desde una dimensión pública y asistencial.

Basaglia lleva a la práctica su reforma psiquiátrica en el hospital de Gorizia, donde ejerce como director desde 1961 hasta 1971, convirtiéndolo en un centro sin rejas, camisas de fuerza o medios productores de violencia. Línea que continúa en el hospital San Giovanni de Trieste donde aplica su estrategia de desinstitucionalización, fomentando el contacto humano, la confianza en la comunicación, y, lo más importante, la reconstrucción de la identidad del paciente que venía siendo destruida durante la reclusión manicomial. El objetivo era trabajar desde dentro de las instituciones para modificarlas o, incluso, anularlas, tal como hizo en San Giovanni cerrando sus puertas definitivamente en 1977 (Evaristo 2011; Basaglia 1972). Los esfuerzos de Basaglia se cristalizarían en 1978 con la promulgación de la Ley 180 que prohibía, en Italia, la internación de personas contraria a su voluntad, y que iniciaría un movimiento de progresivo desmantelamiento de los manicomios que alcanzaría su zenit con el cierre total de los mismos en 1996. Ello propició la re inserción social de cien mil personas y la creación de servicios de atención comunitarios descentralizados, realidad que hizo que la OMS declarara la experiencia asistencial de Trieste como punto de referencia para un enfoque innovador en la atención psiquiátrica.

Basaglia difundió sus ideas transformadoras por Sudamérica, recorriendo diferentes instituciones como los campos de Moyano o la Colonia Oliva en Argentina, el manicomio nacional de Asunción en Paraguay, y diferentes instituciones en Río de Janeiro y Sao Paulo. Con Brasil tuvo una relación especial, trabajó y viajó mucho ejerciendo una psiquiatría de barricada que demolía los muros manicomiales con sus nuevas propuestas, a la vez que desnudaba los resortes del poder psiquiátrico ligados al sistema de opresión político (Ceberio 2010). Antes de él, figuras como la reputada psiquiatra brasileña Nise da Silveira había promovido en diferentes instituciones del país, como el centro Psiquiátrico del Barrio Engenho de Dentro en Rio de Janeiro, una terapéutica radicalmente contraria a las formas agresivas de tratamiento de su época, tales como el confinamiento en hospicios, electrochoque, insulino terapia y lobotomía. En este contexto desarrollaría proyectos como el Museo del Inconsciente o la Casa de las Palmeras desde una clara inspiración junguiana (Silveira 1981, 1986; Magaldi 2019). Hoy en día el movimiento de Basaglia forma parte de la llamada Reforma Psiquiátrica, cuyo objetivo es el cierre de los hospitales psiquiátricos y la creación de un nuevo marco asistencial centrado en la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios y de pequeñas secciones de psiquiatría de corta estancia en los hospitales generales.

La "inclusión exclusiva". De Esposito a Agamben

El enfoque de exclusión e inclusión sirve de punto de partida para delimitar las antagonias existentes entre los enfoques modernistas de la psiquiatría y los cuestionamientos postmodernistas ulteriores, pero el análisis no se agota en esta perspectiva de oposición. Una exégesis completa debe penetrar en las complejidades inherentes que producen las paradojas de la inclusión en las sociedades actuales, debe adentrarse en la naturaleza de una "inclusión exclusiva" que denota que las propias características ontológicas que generan la inclusión son también una expresión de las tensiones que se generan al confrontar política y vida, dimensiones que, como apunta Esposito (2006), parecen irreductiblemente destinadas a demostrar el dominio de una sobre la otra. Se pone aquí en evidencia la premisa aristotélica del *zoon politikon*, su axioma de que el vivir (*zên*) debe transformarse en el vivir bien (*eû zên*) (Aristóteles 1994). Apotegma que da cuenta de la oposición apuntada por Agamben (2003 2005) entre el «*zôe*» o «nuda vida», es decir la existencia como dato biológico común a todos los seres vivos, y el «*bíos*», es decir la vida cualificada política propia de un individuo, grupo o comunidad. En esta línea, la vida natural, que nos sustrae a lo incontrolable biológico de los arrebatos del loco, parece abocada a ser suprimida por la naturaleza política que lo distingue del animal (Quintana 2006), o, dicho de otra manera, la mera vida natural debe ser incluida por exclusión, en cuanto a su estado de excepción, en la vida civilizada del hombre político (Agamben 2004).

Estamos ante la paradoja de la exclusión por inclusión, ante la representación de la locura como vida desnuda (*zôe*), como «nuda vida», que debe ser incluida, en cuanto su naturaleza de excepción, para poder ser suprimida, excluida y controlada por la vida política cualificada (*polis*) (Berrío 2010). Esto nos retrotrae a una especie de contraproductividad, en el sentido de que el propio desarrollo de la política, que quiere librarnos de los posibles males de nuestra naturaleza desnuda, acaba volviéndose en contra de la naturaleza en cuanto a su catalogación de excepción exclusiva. Como apunta Esposito (2006), nos pone frente a la evidencia de que las políticas de la vida terminan inexorablemente en lo opuesto en términos de exclusión, cuando no directamente en tanatopolítica, ante una inmunización del biopoder que a la vez protege y niega la vida. La solución a esta paradoja parece estar en la desarticulación de los vínculos intrínsecos entre vida y política, en el análisis de sus implicaciones recíprocas que nos pueden llevar a ese "impersonal" de Esposito, o ese "cualquiera" de Agamben (2006), a esa "vida sin forma" que derrota la tarea histórica o biológica, de vocación

o esencia, para declarar que lo propio del loco es su impropiedad, asumida por fin como singularidad sin identidad, que lo propio del loco es ser un ser que viene, un "cualquiera" que sea cuál sea, importa.

A vueltas con la pos-postmodernidad: del «rearme Neokraepeliano» a la "nueva antipsiquiatría"

Las mutaciones en cuanto a la representación del "loco", sus contorsiones en clave de exclusión, inclusión o "inclusión exclusiva", se prolongan a modo de corolario en lo que aquí hemos etiquetado como pos-postmodernidad. Periodo heterogéneo, a medio camino entre siglo XX y el nuevo milenio, caracterizado por la incertidumbre en el modo de pensar la locura. Se trata de repensar lo pensado, de cuestionar lo cuestionado, de una "new age" donde todavía tienen cabida los modelos antitéticos anteriores.

En este periodo de frontera de finales de siglo tienen cabida nuevos regímenes de poder como el "rearme Neokraepeliano" o la expansión de la psicofarmacología, límenes cuyo culmen son las delimitaciones de los criterios de exclusión del loco materializados en la DSM-III. Se trata, en cierta medida, de una vuelta a las coordenadas modernistas que pretenden convertir la psiquiatría en una ciencia positiva, de la vuelta de esa anatomo-política que quiere controlar la vida de la población en el espacio abierto de la sociabilidad (Deleuze 2004a), que quiere imponer límites de todo tipo - político, policial, económico y psiquiátrico - al desplazamiento del loco, consignándolo como un ser vivo irresponsable, como una simple máquina reaccional (Derrida 2010). Se trata de la "sociedad de control", de un biopoder establecido desde el exterior, de una biopolítica inmanente a la sociedad que produce bienes materiales, relaciones sociales reales y formas de vida (Negri y Hardt 2004), de un poder que se vuelve biopolítico al invadir el conjunto del cuerpo social de acuerdo con la lógica abierta, cualitativa y afectiva del control (Hardt y Negri 2000). No estamos ante una expresión inmanente de la biología natural, sino ante constructos en un mundo cambiante, ante cuerpos alienados que son fabricados, ante *cyborgs* que tiene que vivir bajo un sistema de control planetario (Haraway 1991,1995). Se trata de existir a través de un conjunto de tecnologías e implantes políticos a los que llamamos vida, cultura, civilización, ante un dispositivo biotecnológico en manos del poder que delimita lo normal y lo patológico (Preciado 2008).

Por otro lado, es en este juego de poderes entre lo excluyente e inclusivo que surgen también tendencias opuestas como la "nueva antipsiquiatría", movimiento que defiende que las clasificaciones del loco responden también

a relaciones de poder surgidas en el contexto histórico actual. Estamos ante una especie de resistencia al biopoder fundamentada en el concepto de la vida como una fuerza del "afuera" que escapa a cualquier "diagrama" de poder, como una especie de apuesta por el superhombre deleuziano que nos rescata de la forma-hombre que atrapa la vida (Deleuze 2004b). Se trata de una deconstrucción derridiana del loco cuya máxima es devolver nuevos sentidos, o sentidos olvidados, al "pensamiento" propiciando una nueva democracia por venir (Derrida 1985, 2010; Gragnolini 2007). Se pretende así, transformar la fuerza del biopoder coercitivo en una producción biopolítica en clave positiva (Negri y Hardt 2004), con la adopción parcial de múltiples puntos de vista sin miedos a los parentescos que tenemos con animales y dispositivos biotecnológicos en la construcción de nuevas subjetividades (Haraway 1995; Preciado 2008). Describamos a continuación las dos principales posturas de la pos-postmodernidad psiquiátrica.

«Rearme Neokraepeliano» y expansión de la psicofarmacología

Los resultados paradójicos de la "antipsiquiatría" británica tendrían su contrarreacción en el movimiento neokraepeliano estadounidense de los años setenta. A la psicopatología atomista de Kraepelin, se debe por ejemplo la clasificación entre psicosis maniacodepresiva y demencia precoz (esquizofrenia), y sus postulados cobrarían fuerza en un nuevo "episteme" centrado en la observación, investigación biológica y clasificación de los trastornos mentales. El centro ontológico de la corriente fue la creencia de que las funciones mentales podían medirse y clasificarse, difiriendo la mente trastornada de la normal en rasgos cuantificables (Coto, Gómez-Fontanil y Belloch 1995). Las condiciones de su emergencia se sitúan en el contexto de dilución de la crítica social al encierro psiquiátrico y sus potencialidades represivas, seguramente por la instauración paulatina de un nuevo marco caracterizado por la consecución de los objetivos de desinstitucionalización a nivel mundial y la creciente expansión de una industria farmacéutica globalizada (Marcos 1983). Se trata de un nuevo escenario de creciente medicalización, bajo la égida del objetivismo médico, que postula la investigación biológica y la categorización de lo anormal como ejes logocéntricos del sistema, en un intento de volver a las bases tradicionales de la disciplina (Blashfield 1984).

En el marco de este nuevo movimiento se inscriben los criterios diagnósticos que Feighner publica en 1972, estableciendo las reglas operativas, y los criterios de inclusión y exclusión que señalan qué

síntomas son necesarios para efectuar el diagnóstico de una de sus dieciséis categorías (Feighner et al. 1972). En 1975 se desarrollan también los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), catálogo de veinticinco trastornos clínicos que se mueven en el terreno de lo descriptivo, evitando las explicaciones etiológicas para centrarse en la sintomatología asociada a cada entidad diagnóstica. Se trata de un catálogo que servirá de base directa e inmediata del DSM-III y que delimita los criterios de exclusión por cada entidad diagnóstica (Spitzer, Endicott y Robins 1975). Todo ello se completó con la elaboración de la entrevista semiestructurada, cuyo objetivo era reunir información relevante sobre cada categoría, se trataba de un protocolo para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS) que sería completada con otras modalidades de entrevista más específicas. Pero el culmen del trabajo clasificatorio del movimiento neokraepeliano se produjo en 1980 con la publicación del DSM-III, clasificación que enfatizaba como ejes centrales el descriptivismo atóxico y la observación. El objetivo era la elaboración de una nomenclatura de reglas uniforme que sirviera de comunicación homogénea entre clínicos independientemente de su orientación teórica. El afán normatizador hizo que se clasificaran trastornos que no respondían a alteraciones psicopatológicas, sino a problemas sociales de diferente índole. A ello se sumaron disímiles intereses como el de las compañías de seguros, que presionaron para que los médicos emplearan una nomenclatura oficial que posibilitase el reembolso de gastos por psicoterapia, o el de la industria farmacéutica, que utilizaba las clasificaciones estándar como base de su abanico prescriptivo. Todo ello hipertrofió el número de trastornos, llegando a 265 categorías agrupadas en 17 áreas, lo que puso en duda su estatus científico (Sartorius 1988; Miller et al. 1981).

Estamos ante una especie de biologización del conocimiento, ante una biomedicalización de la vida fruto de las nuevas inclusiones en las sucesivas DSMs de conductas que antes eran consideradas como normales.

Un ejemplo lo tenemos en el trastorno por hiperactividad (TDAH) que ha ido extendiéndose desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta, proceso en el que han jugado un papel capital las investigaciones de base orgánica, pero también otros aspectos como los intereses de la industria farmacéutica, los medios de comunicación, e incluso, la presión de asociaciones de pacientes de cuya catalogación como problema neurobiológico se obtienen beneficios derivados de su acreditación como discapacidad (Conrad 2007). El afán clasificatorio de las DSMs, que torna lo conductual en patológico, que convierte la angustia vital, las excentricidades normales, la ansiedad de la vida y la tristeza en anormalidades, se convierte en una especie de biopolítica promotora de las enfermedades mentales

de forma epidémica, y por ende del abuso de drogas psiquiátricas y del hiperdiagnóstico de lo mental patológico (Rose 2019; Carvalho et al. 2020). Este proceso se ha visto favorecido por el paso de los criterios monotéticos de diagnóstico, en el que se tenían que cumplir todos los síntomas para ser etiquetado como enfermo, a los criterios politéticos, en los que el diagnóstico es posible sin el cumplimiento de todos ellos, la consecuencia es un frívolo sobrediagnóstico del que obtiene provecho la industria farmacéutica (Ribé 2010).

Como acabamos de ver, el "*Rearme Neokraepeliano*" ha traído de la mano una expansión de la psicofarmacología cuyos albores podemos situar a mediados de siglo XX, a partir de la utilización en 1949, por parte de John Cade, del carbonato de litio para tratar la manía y del uso, en 1952, por parte de Pierre Deniker, de antimaníacos como la clorpromazina, primordio que condujo en los años 60 al desarrollo de los antidepresivos y antipsicóticos. Surge así, desde el inicio de la psicofarmacología psiquiátrica, una tendencia bidireccional reductora que considera a los fármacos antidopaminérgicos como tratamiento para trastornos psicótico-maníacos y a los fármacos potenciadores de aminas como posibles antidepresivos (Baldessarini y Tarazi 2005; Baldessarini, 2012). Este planteamiento dicotómico y reduccionista ha propiciado, a pesar de las inversiones masivas en investigación y desarrollo, una notable reducción innovadora real en este campo, a ello se suma la incapacidad de los ensayos clínicos de demostrar una eficacia real clara de los nuevos agentes, y la falta de pistas plausibles respecto al fundamento biológico coherente de los síndromes psiquiátricos principales idiopáticos (Baldessarini 2011). Pese a ello, el acervo de psicofármacos no ha hecho más que crecer y, a pesar de sus limitaciones reales en cuanto a efectividad, los pacientes son clasificados en función de los síntomas que ellos expresan, síntomas subjetivos que el terapeuta traduce a su propio lenguaje y adecua a los diferentes ítems diagnósticos prescribiendo los principios activos indicados para tratar a cada uno de ellos (Ribé 2010). Las manifestaciones clínicas se convierten en constructos de carácter heterogéneo y subjetivo que derivan en un diagnóstico a partir del cual el psiquiatra revisa la ficha técnica de los fármacos, cayendo en el riesgo de convertirse en un mero apéndice del laboratorio farmacéutico (Escudero, Aguilar y Cruz 2008). A ello se suma el hecho de que los fármacos son cada vez más polivalentes, es lo que los anglosajones denominan como *disease mongering*, dándose la paradoja de que recaptadores de la serotonina como la sertralina se utilizan para seis patologías distintas (Ioannidis 2008).

Estamos ante una reconexión con las teorías del siglo XIX, esta vez amparadas por los últimos resultados de la neurociencia, que da base a una medicalización de problemas sociales como no encontrar trabajo,

participar en disturbios, no encajar en el grupo mayoritario, etc, se crea así una nueva "ciudad psiquiátrica" no exenta de peligros y plagada de drogas psicótropas (Pignarre 2006). Un ejemplo de ello es la explosión que ha sufrido la depresión en las últimas décadas, los psiquiatras se han alejado del psicoanálisis para optar por la psiquiatría biológica, los fabricantes prueban drogas al azar a la vez que amplían sus definiciones de formas de depresión, duelo, problemas familiares, acoso escolar, se ha hecho innecesario bucear en la historia personal del paciente porque las drogas están ahí para restaurar la falta de "energía" (Pignarre 2012).

«Nueva antipsiquiatría»

El excesivo afán clasificatorio y universalizador del movimiento neokraepeliano, así como su propensión por clasificar las problemáticas humanas como parte del campo de la psiquiatría, llevó, a partir de los años 90, a un movimiento contra-neokraepeliano bautizado con el nombre de "nueva antipsiquiatría". El objetivo era poner de manifiesto la falsa neutralidad y objetividad de la medicina mental, para reconocerla en el campo de la ideología, como un producto de las relaciones de poder que se dan en el marco de un contexto histórico dado (Burstow 2014). Se trata de toda una serie de investigaciones y teorías críticas contra la psiquiatría biológica (Whitaker 2015; Bentall 2011; Breggin 2008; Read, Mosher y Bental 2006) que se oponen a la medicalización del malestar subjetivo y al uso abusivo de psicofármacos. Lo que se cuestiona son las propias condiciones de validación científica que hacen aceptable las intervenciones psiquiátricas, así como su cognición con el creciente proceso de medicalización de las dificultades vivenciales comunes, que se extiende hasta la misma psicología (Rapley, Moncrieff y Dillon 2011; Pérez-Soto 2009, 2012). En esta línea se concede importancia a los factores sociopsicológicos de la enfermedad mental y a los componentes políticos de la psiquiatría (Moncrieff 2008; 2006). Se trata de toda una miscelánea de agrupaciones orientadas a vertebrar una crítica del sistema psiquiátrico contemporáneo, como la *Critical Network Psychiatry*, que se reúne por primera vez en 1999 con el objetivo de promover marcos constructivos de renovación, o el movimiento *Postpsychiatry*, que cuestiona la búsqueda de soluciones técnicas a problemas considerados como parte de la vida (Double 2002, 2006; Bracken y Thomas 2001). En definitiva, se podría decir que estamos ante el eterno retorno de los conflictos y contradicciones que la psiquiatría dominante expresa en el marco de las problemáticas de las sociedades contemporáneas.

Reflexiones finales

La locura puede ser tratada como una realidad cultural que transcurre según los momentos ideológicos, sociales e históricos por diferentes posicionamientos ontológicos. En este sentido, las cosmologías que la alimentan la dibujan en clave de exclusión, inclusión e, incluso, de «inclusión exclusiva», en una especie de baile ideológico que pone en evidencia que está inmanentemente unida a su dimensión cultural, brotando en los límites de lo socialmente aceptable, en los extrarradios de lo que cada sociedad cataloga como "normal".

En este sentido, los tics de la modernidad traen consigo una nueva sociedad mercantil-normalizadora obsesionada por la corrección de las desviaciones según una lógica beneficio-utilidad. Se transita, así, desde un sistema asistencial basado en la custodia y el asilo, que aunaba formas médicas con modos caritativos y de defensa de lo social, a una nueva conformación basada en el encierro, vigilancia, disciplinamiento, corrección y castigo del "loco". Perspectiva que, de otra parte, sirve para legalizar una nueva psiquiatría emergente que pivota en torno al diagrama Panóptico característico del manicomio modernista. Es una nueva institución utilitarista que emerge como híbrido entre las nociones de encierro y disciplinamiento, propias de los códigos de exclusión aplicados históricamente a epidemias como la lepra o la peste, y que contribuye activamente en la construcción de un planteamiento estigmatizante que responde a la lógica binaria normal-anormal. Se trata de una retroalimentación iatrogénica que castiga al enfermo en su reintegración al campo social, de un sistema de contraproductividad que genera fines contrarios de los que persigue. Estamos ante una tendencia cultural, surgida de los modos del capitalismo, que se alimenta de la socialización del cuerpo como fuente generadora de productividad, de una tendencia por moldear al "loco" según los intereses biopolíticos aplicados por los "expertos". En definitiva, ante una nueva transición modernista desde nociones caritativas a modos basados en la reclusión de los "alienados", conformación que no se cimenta tanto en la objetividad de lo clínico, como en la construcción de un marco punitivo que excluye todo lo que está más allá de los límites de lo socialmente aceptado.

De otro lado, encontramos también nuevos aires surgidos de la postmodernidad, nuevas formas que entienden el manicomio como un espacio de cronificación, más que de curación, que lo prefiguran como una estructura clínica que estigmatiza la locura en su "ser" social. Se trata de un modelo asistencial en clave de inclusión, realidad que ya se esboza en los planteamientos morales defendidos por Pinel o Hegel, que dibujan

el trastorno mental como un proceso que no afecta a la totalidad de la consciencia, que no nubla la capacidad de discernir entre el bien y el mal. Es una apuesta por la consideración del "loco" desde su dignidad ontológica, como miembro de una comunidad inclusiva que debe posibilitarle la asunción de relaciones simétricas. En este contexto se sitúan las apuestas de la "antipsiquiatría" británica o los aires reformistas y desmanicomiolizadores italianos surgidos en el seno de la corriente de la "Psiquiatría Democrática".

Los primeros emanados de la *Asociación de Philadelphia*, de psiquiatras como David Cooper, Ronald Laing, Aaron Esterson o Thomas Szasz, y que suponen una postura más radical, en el sentido de que apuestan por una supresión de la disciplina, por una mentalidad más *underground* con tintes extremistas y psiquiatricidas. Los segundos más proclives por la reforma desde dentro, por el fomento de un proceso de desmanicomialización pivotado desde las instituciones, por una transformación interior hacia un modelo inclusivo de asistencia comunitaria. Correlato que tendrá su máximo exponente en la figura de Basaglia, y en su apuesta por un cambio de la estructura social en su totalidad, por una paulatina supresión de las instituciones represivas emanado del discurso estatal de la sociedad de clases. Pero una exégesis completa del relato de las corrientes inclusivas requiere también entrar en las paradojas inherentes a la forma en que ésta se produce en las sociedades actuales, al hecho de que las características que generan la inclusión son una expresión de las tensiones entre política y vida, resistencias que parecen destinadas al sometimiento de una sobre la otra, y en cuyas periferias se producen las paradojas de las "inclusiones exclusivas" de los modelos actuales.

Diferentes modelos de confrontación se prolongan a modo de corolario en lo que aquí hemos etiquetado como pos-postmodernidad. Periodo híbrido, a medio camino entre siglo XX y el nuevo milenio, caracterizado por la incertidumbre en el modo de pensar la locura. Limen en el que los tics postmodernos son matizados a partir de los años setenta por el rearme de la psicopatología neokraepeliana y su afán por la observación, investigación y clasificación de lo patológico. Por un nuevo impulso que apuesta por la cuantificación de los rasgos que definen la anormalidad, y que encuentran en los criterios de Feighner su punto de partida hacia una nueva concepción descriptivista y ateórica, que encontraría su *modus vivendi* normatizador con el desarrollo de la DSM-III. Perspectiva que sería puesta en duda, a partir de los años noventa, por los aires de la "nueva antipsiquiatría", corriente que cuestiona las propias condiciones de validación científica de las reglas de categorización diagnóstica neokraepelianas, denunciando una creciente asociación entre la creciente medicalización de los sufrimientos vitales y los

afanes uniformadores de éstas. Se trata de una nueva vuelta hacia la noción social del "loco" que problematiza las contradicciones de la psiquiatría dominante en el marco de las sociedades cosmopolitas occidentales.

Las metamorfosis contemporáneas en los modos de representar la locura no son, pues, más que un claro ejemplo de su "ser" social, histórico y cultural, en el sentido de que sus formas responden tanto a procesos de construcción colectivos como a realidades objetivas emanadas de su naturaleza somática. Enloquecer es también, por tanto, un proceso social, un camino que se edifica desde las delimitaciones culturales e ideológicas de lo colectivamente "normal", sus márgenes están también delimitados por la realidad de una convención sociohistórica irreductiblemente contingente al cambio cultural.

Recebido em 18 de janeiro de 2020.

Aprovado em 13 de junho de 2020.

José Manuel Hernández Garre

Doctor en Antropología social, profesor del Departamento de Ciencias Políticas, Antropología Social y Hacienda pública de la Universidad de Murcia. Miembro del grupo de investigación "Cultura y sociedad" del Área de Antropología Social de la Universidad de Murcia. Líneas de investigación: Antropología de la medicina, antropología del parto, folkmedicina, antropología del cine, religión e historia de la salud.

<http://orcid.org/0000-0002-2507-3121>

Correo institucional: jmhernandez@um.es

Baldomero de Maya Sánchez

Doctor en Antropología social, profesor del Departamento de Ciencias Políticas, Antropología Social y Hacienda pública de la Universidad de Murcia. Miembro del grupo de investigación "Cultura y sociedad" del Área de Antropología Social de la Universidad de Murcia. Líneas de investigación: Medicina tradicional, folklore, antropología del arte, antropología de la religiones e historia de la salud.

<https://orcid.org/0000-0002-8950-295X>

Correo institucional: baldo@um.es

Bibliografía

- AGAMBEN, Giorgio. 2003. *Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.
- _____. 2004. *Estado de excepción*. Buenos Aires: A. H. Adriana Hidalgo (editora).
- _____. 2005. *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer*. Valencia: Pre-textos.
- _____. 2006. *La comunidad que viene*. Valencia: Pre-textos.
- ARISTÓTELES. 1994. *Política*. Madrid: Gredos.
- BALANDIER, Georges. 1988. *El desorden. La teoría del caos y las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- BALDESSARIANI, Ross J. y TARAZI Frank I. 2005. "Drug therapy of depression and anxiety disorders and drugs for psychosis and mania". En: Brunton, Laurence., Lazo, John y Parker, Keith. (eds.). *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill pp. 429-500.
- BALDESSARIANI; Ross J. 2011. "Comentario: el estado actual de la psicofarmacología y la Psiquiatría". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1): 5-8:
- _____. 2012. *Chemotherapy in Psychiatry*. New York: Springer.
- BASAGLIA, Franco. [1979] 2008. *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Editorial topia.
- BASAGLIA, Franco. 1972. *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.
- _____. 1978. "La institucionalización psiquiátrica de la violencia". En Basaglia, F.; Langer, M; Caruso, I; Szasz, T; Verón. E; Suárez, A y Barrientos G., *Razón, locura y sociedad*. México: Siglo XXI. pp. 15-35
- BASTIDE, Roger. 1976. *El sueño, el trance y la locura*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- _____. 1983. *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- BENEDICT, Ruth. [1939] 1967. *El hombre y la cultura: investigación sobre los orígenes de la civilización contemporánea*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- BENTALL, Richard. 2011. *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
- BENTHAM, Jeremy. [1786] 2002. *Panoptique* (La petite collection t. 398). Traducción Christian Laval. Format Kindle.
- BERRÍO, Ayder. 2010. "La exclusión-inclusiva de la nuda vida en el modelo Biopolítico de Giorgio Agamben: algunas reflexiones acerca de los puntos de encuentro entre democracia y totalitarismo". *Estudios Políticos*, 36: 11-38. <https://doi.org/10.14201/gredos.137289>
- BLASHFIELD, Robert. 1984. *The Classification of Psychopathology. Neo-Kraepelinian and Quantitative Approaches*. New York: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-2665-6>
- BOURDIEU, Pierre. 1986. "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo". En Wright Mills, C.; Foucault, M.; Pollack, M; . Marcuse, H.; Habermas, J.; Elias, N.; Bourdieu, P y Goffman, E., *Materiales de Sociología Crítica.*, Madrid: Editorial La Piqueta. pp. 183-194

- BRACKEN, Patrick y THOMAS, Philp. 2001. "Postpsychiatry: a new direction for mental health". *British Medical Journal*, 322 (7288): 724-727. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724>
- BREGGIN, Peter. 2008. *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock, and the Psychopharmaceutical Complex*. New York: Springer Publishing Co.
- BURSTOW, Bonnie. 2014. "The Whitering Away of Psychiatry: An Attrition Model for Antipsychiatry". En Burstow, Bonnie.; LeFrançois, Brenda y Diamond, Shaindl. (Eds.) *Psychiatry Disrupted. Theorizing resistance and Crafting the (R)evolution*. Montreal & Kingston-London-Ithaca: McGill-Queen's University Press. pp. 34-51
- CANGUILHEM, Georges. [1966] 2005. *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- CARVALHO, Sérgio; ANDRADE, Henrique; MARÇON, Luana; COSTA, Fabrício y YASUI, Silvio. (2020). "Our psychiatric future and the (bio)politics of Mental Health: dialogues with Nikolas Rose". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24. <https://doi.org/10.1590/interface.190732>
- CAVANESE, Mariana. 2014. "Usos de Foucault en Argentina (1958- 1989)". *Antítesis*, 7(13): 392-414.
- CEBERIO, Marcelo R. 2010. *La nave de los locos: historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- CONRAD, Peter. 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- COOPER, David. 1967. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. E.E.U.U.: Paladin Press
- CORREA, Martín; TOMAS, J. Silva; MARCIÓ M. Belloc y MARTÍNEZ, Ángel. 2006. "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales". *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22.
- COTO, Esteban.; GÓMEZ-FONTANIL, Yolanda y BELLOCH, Amparo. 1995. "Historia de la psicopatología". En Belloch, Amparo., Sandín, Bonifacio y Ramos, Francisco. *Manual de psicopatología* (vol. 1), Madrid: Mcgraw-Hill. pp. 128-157
- DELEUZE, Gilles. 2004a. *Foucault*. París: Minuit.
- _____. 2004b. *L'Île déserte et autres textes. Textes et entretiens 1953-1974*. París: Minuit. <https://doi.org/10.3828/cfc.2003.27.2.013>
- DERRIDA, Jacques. 1985. *La voz y el fenómeno. Introducción al problema del signo en la fenomenología de Husserl*. Valencia: Pre-Textos. <https://doi.org/10.5944/rif.5.2007.5462>
- _____. 2010. *Seminario La bestia y el soberano*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- DESVIAT, Manuel 2006. "La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica". *Revista Norte de Salud mental*, (25): 8-14.
- DOUBLE, Duncan. 2002. "The limits of psychiatry". *BMJ*, 324(7342): 900-904. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.900>
- _____. 2006. "Historical Perspectives on Anti-psychiatry". En Double, Dunan. (Ed.) *Critical psychiatry: The limits of madness*, London: Palgrave Macmillan. pp. 19-39. https://doi.org/10.1057/9780230599192_2
- DURKHEIM, Emile. [1897] 2008. *El suicidio*. Madrid: Akal.
- ELIADE, Mircea. [1956] 1988. *Lo sagrado y lo profano: naturaleza de la religión*. Barcelona: Editorial Labor.

- ESCUADERO, Antonio; AGUILAR, Lola y CRUZ, Julia. 2008. "La lógica del Síndrome de Alienación Parental de Gardner (SAP): del síndrome "puro" a la "terapia de la amenaza". *Revista. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 102(28): 283-305. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000200004>
- ESPOSITO, Roberto. 2006. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones. <https://doi.org/10.18294/pm.2007.519>
- ESTERSON, Aaron. 1970. *Leaves of Spring: Study in the Dialectics of Madness*. London: Tavistock Publication
- EVARISTO, Pascuale. 2011. "La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31 (110): 345-351.
- FEIGHNER, John.P; ROBINS, Eli; GUZE, Samuel B.; WODRUFF, Robert A.; WINOKUR, George and MUÑOZ, Rodrigo. 1972. "Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research". *Arch. Gen Psychiat*, 26(1): 57-63.
- FOUCAULT, Michael. [1954] 1984. *Enfermedad mental y personalidad*. Editorial Paidós: Barcelona.
- _____. [1961]1998. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- _____. [1975] 2001. *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- _____. [1994] 1999. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales*, volumen III. Barcelona: Paidós.
- GALVÁN, Valentín. 2009. "La recepción extraacadémica de Michel Foucault en la cultura de la Transición española: la antipsiquiatría y la Historia de la locura en los psiquiatras progresistas". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 29 (104): 485-500.
- GOFFMAN, Erving. 1992. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- CRAGNOLINI, Mónica. 2007. *Derrida, un pensador del resto*. Buenos Aires: La Cebra.
- GRIFFITHS, Kathleem M.; CARRON-ARTHUR, Bradley; PARSONS, Alison y REID, Russell. 2014. "Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials". *World Psychiatry*, 13(2):161-75. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- HABERMAS, Jürgen. 1999. *La inclusión del otro. Estudios de la teoría política*. Barcelona: Editorial Paidós.
- HARAWAY, Donna. 1991. *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*. Londres: Routledge.
- _____. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- HARDT, Michael. y NEGRI, Antonio. 2000. *Empire*. Cambridge: Harvard University Press.
- HEGEL, Georg.W.F. [1830] 1970. *Werke in zwanzig Bänden*, a cargo de Eva Moldenhauer y Karl-Marcus Michel, Tomo 10, Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse, Francfort del Meno, Suhrkamp.
- HUERTAS, Rafael; CAMPOS, Ricardo y ÁLVAREZ, Raquel. 1997. "Entre la enfermedad y la exclusión. Reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX". *Historia Contemporánea*, (16): 47-65.
- ILLICH, Ivan. 1975. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Editorial Seix Barral.

- IOANNIDIS, John P. 2008. "Effectiveness of antidepressants: an evidence myth constructed from a thousand randomized trials?" *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 27;3:14. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-14>
- KROTZ, Esteban. 2002. *La otredad cultural entre utopía y ciencia: Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la antropología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LAING, Ronald D. 1960. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin Books.
- LIEBERMANN, Jeffrey A. 2016. *Historia de la psiquiatría. De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento*. Barcelona: Ediciones B.
- LISÓN, Carmelo. 2007. *Introducción a la antropología social y cultural. Teoría, método y práctica*. Madrid: Ediciones Akal.
- LYOTARD, Jean-François. 1984. *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. Minneapolis: MN: University of Minnesota Press.
- MARCOS, Sylvia. (coord.). 1983. *Manicomios y prisiones*. Aportaciones críticas del I Encuentro Latinoamericano y V Internacional de Alternativas a la Psiquiatría, realizado en la ciudad de Cuernavaca del 2 al 6 de octubre de 1981. México: Fontamara.
- MAGALDI, Felipe. 2019. "Das memórias de Nise da Silveira no hospital psiquiátrico do Engenho de Dentro". *Mana*, 25(3): 635-665. <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p635>
- MÁRQUEZ, María Isabel. 2010. "De las narrativas de la locura. ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?" *Perifèria. Revista de investigación y formación en antropología*, 12.
- MAUSS, Marcel. [1934] 1991. "Técnicas y movimientos corporales". En M. Mauss *Sociología y Antropología*., Madrid: Editorial Tecnos. pp. 337-356.
- MENA, Ángel L.; BONO DEL TRIGO, Águila; LÓPEZ, Andrés y DÍAZ DEL PERAL, Domingo. 2010. "Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4):597-611.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. 2005. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud colectiva*, 1 (1):9-32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- MILLER, Lorence S.; BERGSTROM, Douglas A.; CROSS, Herbert J. y GRUBE, Joel W. 1981. "Opinions and use of the DSM-III system". *Professional Psychology*, 12: 85-390. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.12.3.385>
- MONCRIEFF, Joanna. 2006. "Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism". *The British Journal of Psychiatry*, 188 (4) 301-302. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.301>
- _____. 2008. "Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience". *Liberatory Psychiatry: Philosophy, Politics, and Mental Health*, 235-255.
- MOREL, Bénédicte, A. [2010] 1857. *Traité Des Maladies Mentales*. Barcelona: Nabu Press.
- NEGRI, Antonio. y HARDT, Michael. 2004. *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Barcelona: Debate.
- Organización Mundial de la Salud OMS. 2001. *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

- _____. 2010. *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Ginebra: OMS.
- PALACIO, Andrés F. 2010. "La comprensión clásica del suicidio. De Emile Durkheim a nuestros días". *Revista Affectio Societatis*, 12 (7): 1-12.
- PEDERSEN, Dunca. 2005. "Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(1): 3- 14.
- PÉREZ-SOTO, Carlos. 2009. *Sobre la condición social de la psicología. Psicología, epistemología y política*. Santiago: Arcis – Lom.
- _____. 2012. *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico*. Santiago: Lom.
- PIGNARRE, Philippe. 2006. *Les malheurs des psys: Psychotropes et médicalisation du social*. París: Editions La Découverte.
- _____. 2012. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. París: Editions La Découverte
- PRECIADO, Paul B. 2008. *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.
- QUINTANA, Laura. 2006. "De la "nuda vida" a la "forma de vida"". Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder". *Revista Argumentos*, 52: 43-60. <https://doi.org/10.5944/endoxa.22.2007.5187>
- RAPLEY, Mark.; MONCRIEFF, Joanna y DILLON, Jacqui. (Eds.). 2011. *De-medicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition*. Basingstoke-New York: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230342507>
- READ, John; MOSHER, Loren y BENTALL, Richard. (eds). 2006. *Modelos de Locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder
- RIBÉ, José Miguel. 2010. "La trastienda de la psicofarmacología: el influjo biopsicosocial sobre la psicofarmacología en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos depresivos". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(3), 447-464.
- ROSE, Nikolas. *Our Psychiatric Future. The Politics of Mental Health*. Cambridge: Polity Press.
- SACRISTÁN, Cristina. 2009. "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar". *Cuicuilco*, (45): 163-189.
- SARTORIUS, Norman. 1988. "International perspectives of psychiatric classifications". *British Journal of Psychiatry*, 152: 9-14. <https://doi.org/10.1192/S000712500029555X>
- SASS, Louis. 2001. "Self and World in Schizophrenia: Three Classic Approaches". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(4): 251-270. <https://doi.org/10.1353/ppp.2002.0026>
- SILVEIRA, Nise. 1981. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- _____. 1986. *Casa das Palmeiras. A emoção de lidar. Uma experiência em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Alhambra.
- SPITZER, Robert L.; ENDICOTT, Jean y ROBINS, Eli. 1975. *Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders*. Nueva York: NY State Psychiatric Institute.
- SZASZ, Thomas S. 1970. *The Manufacture of Madness: A comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper & Row.

- VÁSQUEZ, Adolfo. 2011. "Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "razón psiquiátrica"". *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 31 (3).
- VAINER, Alejandro. 2000. El padre de la antipsiquiatría vivió en Argentina. *Clepios*, 19(6): 20-21.
- WHITAKER, Robert. 2015. *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. España: Capitán Swing.
- YÉBENES, Zenia. 2014. *Los espíritus y sus mundos: locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. México: Gedisa Editorial.

**ANTROPOLOGÍA DE LA LOCURA:
DE LOS PARADIGMAS DE
EXCLUSIÓN E INCLUSIÓN SOCIAL
AL REARME NEOKRAEPELIANO**

**ANTHROPOLOGY OF MADNESS:
FROM THE PARADIGMS
OF EXCLUSION AND
SOCIAL INCLUSION TO THE
NEOKRAEPELIAN REARMAMENT**

Resumen

El objetivo del artículo ha sido investigar los paradigmas, significaciones y formas de abordar la locura que han caracterizado el modo de pensar contemporáneo en términos de exclusión, inclusión e "inclusión exclusiva". Para ello se ha recurrido a un análisis documental de investigaciones pertenecientes a diferentes áreas del conocimiento, como la sociología, la antropología, la historia o la psiquiatría. La conclusión ha sido que la noción del "loco" ha transitado en la contemporaneidad desde los tics modernistas en clave de exclusión, centrados en el encierro, vigilancia, corrección y castigo de la locura, pasando por las nuevas coordenadas inclusivas postmodernas, encarnadas por corrientes como la "antipsiquiatría" inglesa más *underground*, o los afanes reformistas italianos de la "psiquiatría democrática", para terminar repesándose a medio camino entre un rearme neokraepeliano, que demanda su estatus positivo, y una "nueva antipsiquiatría" que evidencia su naturaleza social.

Palabras clave: Enfermedad mental, Antipsiquiatría, Psiquiatría democrática, Desmanicomialización, Rearme neokraepeliano.

Abstract

This article investigates the paradigms, meanings and ways of approaching madness that have characterized contemporary thinking in terms of exclusion, inclusion and "exclusive inclusion". Its method involves a documentary analysis of research belonging to different areas of knowledge such as sociology, anthropology, history or psychiatry. It concludes that the notion of the "crazy" has shifted in contemporaneity, from modernist tics in the key of exclusion, focused on the confinement, surveillance, correction and punishment of madness, through the new inclusive coordinates that emerged in postmodernity around currents as the more underground "anti-psychiatry" in England, or the Italian reformist zeal of "democratic psychiatry", to, finally, a midway position between a neokraepelian rearmament, that claims a positive status, and a "new antipsychiatry" that evinces its social nature.

Keywords: Mental illness; Antipsychiatry; Democratic psychiatry; de-commitment, rearmament neokraepeliano.

ANTROPOLOGIA DO LOUCO: DOS PARADIGMAS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO SOCIAL AO REARMAMENTO NEOKRAEPELIANO

Resumo

O objetivo do artigo foi investigar os paradigmas, os significados e as formas de abordar a loucura que caracterizaram o modo de pensar contemporâneo em termos de exclusão, inclusão e "inclusão exclusiva". Para tanto, foi utilizada uma análise documental de pesquisas pertencentes a diferentes áreas do conhecimento, como sociologia, antropologia, história ou psiquiatria. Concluiu-se que a noção de "louco" transitou na contemporaneidade a partir dos tiques modernistas na chave da exclusão, focados no confinamento, na vigilância, na correção e na punição da loucura, passando pelas novas coordenadas inclusivas pós-modernas, incorporadas por correntes como a "antipsiquiatria" inglesa mais *underground*, ou os cuidados reformistas italianos da "psiquiatria democrática", para terminar sendo repensada no meio do caminho entre um rearmamento neokraepeliano, que exige seu *status* positivo, e uma "nova antipsiquiatria" que evidencia sua natureza social.

Palavras-chave: Doença mental, Antipsiquiatria, Psiquiatria democrática, Desmanicomialização, Rearmamento neokraepeliano.