



Revista Direito e Práxis

ISSN: 2179-8966

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Pérez Pérez, Beatriz; Pujal i Llombart, Margot; Mora, Enrico
Los derechos humanos y el poder psiquiátrico en disputa. ¿Hacia una radicalización de la democracia?
Revista Direito e Práxis, vol. 15, núm. 1, e65459, 2024, Enero-Marzo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/65459e>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=350977577013>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

UNEM 

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

[Artículos inéditos]

Los derechos humanos y el poder psiquiátrico en disputa. ¿Hacia una radicalización de la democracia?

Human rights and psychiatric power in dispute. Towards a radicalization of democracy?

Beatriz Pérez Pérez¹

¹ Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. E-mail: beatriz.perez@uab.cat.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7563-9042>.

Margot Pujal i Llombart²

² Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. E-mail: margot.pujal@uab.cat.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4823-2949>.

Enrico Mora³

³ Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. E-mail: enrico.mora@uab.cat.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9118-0398>.

Artículo recibido el 17/02/2022 y aceptado el 01/10/2022.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la Licencia Creative Commons Atribución_4.0 Internacional.



Resumen

Este artículo analiza el tipo de poder que está en disputa en los debates contemporáneos sobre los derechos humanos, la salud mental y el igual reconocimiento ante la ley (Art. 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: CDPD), cuyo punto más candente es la abolición del tratamiento e internamiento involuntarios. Para ello, entrecruzamos las perspectivas de Foucault y Agamben sobre el poder soberano y los biopoderes. Analizamos la emergencia del dispositivo psiquiátrico como institución; medicina legal; determinismo biológico y; línea de fuga tanatopolítica, punto de surgimiento del exterminio Nazi. Entroncamos este análisis con la emergencia de los derechos humanos y de las normativas de la ONU sobre “discapacidad/enfermedad mental” hasta la CDPD. Entre otros, concluimos que la interpretación autorizada del Art. 12 deroga un estado de excepción a los derechos humanos, que es constitutivo de la democracia moderna y de la emergencia y despliegue del dispositivo psiquiátrico, cuyas competencias de poder soberano están en disputa.

Palabras clave: Salud mental; Derechos humanos; Poder soberano; Foucault; Agamben.

Abstract

This article analyzes the type of power that is disputed in contemporary debates on human rights, mental health and equal recognition before the law (Art. 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD), where the most burning issue is the abolition of involuntary treatment and commitment. To do so, we intersect Foucault's and Agamben's perspectives on sovereign power and biopowers. We analyze the emergence of the psychiatric device as institution; legal medicine; biological determinism, and; line of thanatopolitical escape, the point of emergence of Nazi extermination. We connect this analysis with the emergence of human rights and UN regulations on "disability/mental illness" up to the CRPD. Among other things, we conclude that the authoritative interpretation of Art. 12 abolishes a state of exception to human rights, which is constitutive of modern democracy and of the emergence and deployment of the psychiatric device, whose competencies of sovereign power are in dispute.

Keywords: Mental health; Human rights; Sovereign power; Foucault; Agamben.



1. Introducción¹

Una paradoja democrática ha constituido el campo de acción Estatal en “salud mental” y se ha inscrito en el régimen de los derechos humanos. Por un lado, la salud mental sobre la base de su codificación médica como parte de la salud (TOBIN, 2012), se ha consolidado como un derecho humano que el Estado debe promover, respetar, proteger y garantizar, y la sociedad civil puede exigir (OHCHR, 2022). Por el otro, está investida en la mayoría de los Estados de “competencias especiales” que permiten poner en suspenso los derechos y libertades fundamentales y, con ello, exponer impunemente a la ciudadanía a prácticas de privación de libertad, violencia y tortura, que son legitimadas por una retórica médica de “protección y cuidado” (MINKOWITZ, 2012; WELLER, 2017).

Esta aporía democrática está eclosionando en nuestra contemporaneidad. Así lo evidenció Dainius Pūras, Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud (2014-2020), cuando llamaba a una “revolución en la atención de la salud mental para poner fin a décadas de abandono, abuso y violencia”, un patrón de dilapidación de derechos humanos que opera tanto en el Norte como en el Sur global (OHCHR, 2017). La interpelación de Pūras se inscribe en un “desplazamiento equivalente” (LACLAU; MOUFFE, 1987) de los valores democráticos de igualdad, libertad y dignidad contenidos en la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH, 1948) que los ha hecho valer en nuevos dominios: el de la discapacidad y el de la salud mental. Este desplazamiento, al que notablemente contribuyó el movimiento internacional de (ex)usuarias y supervivientes de la psiquiatría (MINKOWITZ, 2012), ha sido realizado en un tratado de derechos humanos con carácter vinculante ratificado casi universalmente: la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* de Naciones Unidas (CDPD, 2006).

Contra todas las normativas previas en materia de derechos humanos en los dominios de la discapacidad y de la salud mental la CDPD, en su interpretación autorizada

¹ Este trabajo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), con la financiación del Ministerio de Educación Cultura y Deporte del Gobierno de España para la Formación de Profesorado Universitario (FPU16/05459) otorgada para la tesis doctoral de Beatriz Pérez Pérez. Agradecemos a los miembros de los grupos de investigación Lis-(Des)Subjectant de la UAB, dirigidos por Enrico Mora y Margot Pujal i Llombart, codirectoras de la tesis, y a Joan Subirats Humet, codirector de la tesis, su acompañamiento intelectual y afectivo durante el proceso de tesis en el que se inscribe este trabajo, y sus comentarios al diseño de este artículo. Agradecemos a los miembros del grupo de investigación Laicos lapse de la UAB y, a su director, Lupicínio Iñiguez Rueda, su lectura y comentarios al primer borrador de este artículo. Asimismo, a las personas anónimas que revisaron este manuscrito en el proceso de evaluación por pares y contribuyeron a su mejora.



del derecho al *Igual reconocimiento como persona ante la ley* (Art. 12), obliga a abolir las prácticas evaluativas y figuras jurídicas que vienen suspendiendo el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales por atribución de trastorno mental o discapacidad intelectual (CDPD, 2014). Este cambio radical de paradigma, que se fundamenta en el reconocimiento de la capacidad jurídica universal y es defendido por las organizaciones regionales de personas psiquiatrizadas en América Latina, Norteamérica, Europa, África y Asia-Pacífico², está siendo intensamente disputado (ASHLEY STEIN et al., 2021). El punto más candente de la disputa versa sobre la obligación de abolir el tratamiento e internamiento forzoso en salud mental, locus constitutivo de la psiquiatría, respecto al cual varios organismos internacionales y de derechos humanos se han posicionado en contra, incluida la Asociación Mundial de Psiquiatría (APPELBAUM, 2019) y el Comité de Derechos Humanos (CCPR, 2014, parag. 19)³ del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas* (PIDCP, 1966).

Este artículo aporta un marco de inteligibilidad histórica a la disputa contemporánea que opera en la intersección entre los derechos humanos, la salud mental y la interpretación autorizada del Art. 12 de la CDPD. No obstante, nuestro propósito no es analizar los argumentos que sostienen las posiciones enfrentadas, sino revelar qué *tipo* de poder está en juego y cómo éste remite, tanto al núcleo constitutivo de la psiquiatría como a la estructura fundacional de la democracia moderna. Para ello, entrecruzamos las perspectivas de Michel Foucault y Giorgio Agamben sobre la confluencia entre poder soberano y biopoderes. El trabajo de Agamben en *El Poder Soberano y la Nuda Vida* (1995) -primer tomo de la serie *Homo Sacer*- que es la obra que emplearemos, y especialmente los conceptos de “estado de excepción” y “nuda vida”, se han mostrado fructíferos por un lado, para reinterpretar la aproximación de Foucault al poder psiquiátrico (CAPONI, 2009a; JACOB; FOTH, 2013) y, por otro, para analizar los efectos políticos del Art. 12 de la

² Las principales organizaciones con carácter regional o consultivo comprometidas con la defensa e implementación de la CDPD además de la World Network of Users and Survivors of Psychiatry – que representó a las personas psiquiatrizadas durante la elaboración y negociación del tratado-, son: Redesfera Latinoamericana de la Diversidad Psicosocial; Pan African Network of Persons with Psychosocial Disabilities; Transforming Communities for Inclusion of Persons with Psychosocial Disabilities-Asia Pacific; European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry; Center for the Human Rights of Users and Survivors of Psychiatry, y MindFreedom International.

³ Parágrafo 19, CCPR/C/GC/35: “[...] toda privación de libertad [en salud mental] deberá ser necesaria y proporcional, con el propósito de impedir que el interesado se haga daño o cause lesiones a terceros” en cuyo caso deberán ofrecerse “programas de tratamiento y rehabilitación que sirvan a los fines aducidos para justificar la reclusión”.



CDPD (WELLER, 2017), si bien ninguna investigación se ha hecho cargo de hacerlos confluir transversalmente.

Dividimos el artículo en tres partes. En primer lugar, presentamos las principales herramientas teóricas foucaultianas y agambenianas con las que operamos, cuya contribución analítica es complementaria. En segundo lugar, caracterizamos desde el entrecruzamiento Foucault-Agamben, el poder psiquiátrico en cuatro actos y una línea de fuga. Partimos de la reinterpretación del basamento microfísico de poder en el que se fundamentó la psiquiatría según Foucault (2007a), para plantear la hipótesis desde el cruce Foucault-Agamben que pondremos a funcionar sobre una cadena genealógica de acontecimientos históricos de *emergencia* relativos al dispositivo psiquiátrico. En palabras de Foucault (2004, p. 34), la emergencia refiere “el punto de surgimiento. Es el principio y la ley singular de una aparición” ya sea esta un concepto, una práctica, un dispositivo o un régimen de derechos: aparición que “se produce siempre en un cierto estado de las fuerzas” dando lugar a una sustitución, un reemplazo, un desplazamiento, un giro sistemático. Abordaremos la emergencia de la psiquiatría, en tanto: a) institución, b) medicina legal, c) determinismo biológico y, d) línea de fuga tanatopolítica, es decir, punto de surgimiento del despliegue masivo del poder soberano de matar en el régimen Nazi. En tercer lugar, articulamos el análisis anterior con la emergencia de los derechos humanos, asentada sobre la condena intercultural del holocausto Nazi, para evidenciar, en su constitución, un régimen de invisibilidad contra la dominación que afectó a las primeras víctimas del exterminio. Posteriormente, mostramos como éste será explícitamente consagrado por las declaraciones y recomendaciones de la ONU sobre discapacidad y enfermedad mental hasta la aparición de la CDPD, cuyas claves genealógicas e interpretativas respecto al mandato de igualdad ante la ley analizamos desde el cruce Foucault-Agamben.

2. Poder Soberano y Biopoderes: entre Foucault y Agamben

En *La Voluntad de Saber* (1976) –primer tomo de *Historia de la Sexualidad*–, Foucault (2007b, p. 165) introdujo la contraposición entre el *poder soberano* de “hacer morir o dejar vivir” y el *biopoder* de “hacer vivir o dejar morir” que afianzó la transición al capitalismo: “destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a



obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas”. Dicho biopoder se organizó en torno a dos polos interpenetrados: a) la *anatomopolítica*, emergente en el siglo XVII, que tomó por objeto el cuerpo individual en tanto *máquina*, y aplicó sobre él tecnologías disciplinarias e individualizantes (sujeción y producción de cuerpos dóciles) y; b) la *biopolítica*, emergente a mediados del siglo XVIII, ligada al desarrollo de la estadística y centrada en el cuerpo colectivo en tanto *especie*, y en la aplicación de controles reguladores sobre fenómenos poblacionales: nacimientos, nivel de salud, mortalidad, etc. (es decir, control y regulación de las poblaciones). La relación entre poder soberano y biopoderes –central para nuestro análisis– resultaba ambigua, Foucault la planteó tanto en términos de “complementariedad” como en términos de “sustitución”. No obstante, la hipótesis de complementariedad, que explicaba el poder de muerte sin precedentes desplegado en las guerras y holocaustos del siglo XX, será la que tenga continuidad en sus investigaciones posteriores (CASTRO, 2011).

En *El Poder Soberano y la Nuda Vida* Agamben desarrolló una teoría capaz de explicar el punto de convergencia entre poder soberano y biopoderes a partir de los conceptos de “vida nuda” y “estado de excepción” aplicados al estudio del Nazismo. Advirtió que este punto de convergencia permanecía “abrumado” en las investigaciones de Foucault debido a su decidido abandono del modelo jurídico–institucional de la soberanía en favor del análisis innovador de la microfísica del poder. El trabajo de Agamben complementa la perspectiva gubernamental –conducción de conductas– desarrollada posteriormente por Foucault y seguidores (WELLER, 2017).

Dado que el enfoque gubernamental asume una matriz generativa del poder que requiere la libertad y la agencia del otro como condición de posibilidad, el límite que Foucault (1988, pp. 15–16) le reconoce es el cierre de toda posibilidad de acción, la reducción del otro a la impotencia mediante la coerción y la violencia. Límite que ejemplifica con el “encadenamiento” y la “constricción física”: prácticas que, en su versión medicalizada (contención mecánica o química) son significativamente habituales en instituciones de salud mental. Éste límite puede ser conceptualizado desde la misma perspectiva foucaultiana como un ejercicio de poder soberano que “hace morir” la libertad, la agencia, las posibilidades de acción. En el curso del *Collège de France* contemporáneo a *La Voluntad de Saber*, Foucault (2001, p. 232) clarificó que el “hacer morir” característico del poder soberano, incluía todo “asesinato indirecto: [...] exponer a la muerte, multiplicar el riesgo de muerte [...] o, sencillamente, la muerte política”.



La muerte política constituye precisamente el punto de partida sobre el que opera Agamben para desarrollar su teoría. Quién entrecruza las perspectivas de Foucault y Hanna Arendt, que conectan en la creciente implicación de la vida meramente biológica en la esfera política moderna, partiendo de la definición de “hombre” de Aristóteles, esto es, la distinción de la antigua Grecia entre los términos *zoé*, vida meramente biológica compartida con los animales, y *bíos*, vida políticamente calificada. Agamben pone a operar esta distinción en el marco de la soberanía a partir de la figura del *Homo Sacer* perteneciente al derecho romano arcaico. Esta figura originaria de la “nuda vida” identificaba a alguien que no podía ser sacrificado según los ritos y a quién, sin embargo, cualquiera podía matar impunemente, situándose en una relación de doble-exclusión respecto al derecho romano humano y al divino. Agamben identifica dicha relación como la forma del “estado de excepción” definitoria de la estructura soberana de la ley.

La relación de excepción es una relación de “exclusión–inclusiva” en el ordenamiento jurídico creada mediante una *exceptio*, cuyo efecto es la suspensión de la validez de la norma general. Constituye una forma extrema de relación que sólo incluye algo con objeto de excluirlo. La decisión soberana para Agamben, en tanto acto fundacional de la ley, es la que traza el umbral de indiferencia que define qué vidas van a ser desprovistas de existencia política (nudas vidas), y al estar exceptuadas del derecho normal y las protecciones que este confiere, arrojadas a regímenes de violencia impunes. Para Agamben (2019, p. 16), la implicación de la nuda vida en la esfera política occidental constituye “el núcleo originario –aunque oculto– del poder soberano” y aquello “sobre cuya exclusión se funda la ciudad de los hombres”. Por ello defenderá, a diferencia de Foucault, que “la producción de un cuerpo biopolítico es el acto originario del poder soberano” y que este poder sobre la vida, que Agamben identifica con el término biopolítica,⁴ es tan antiguo “como la excepción soberana”.

⁴ Sobre el uso del término biopolítica en Foucault y Agamben véase Natália Damazio Pinto Ferreira (2022).



3. El poder psiquiátrico en cuatro actos y una línea de fuga

3.1. Acto primero: el basamento de las relaciones de poder

En el curso *El Poder Psiquiátrico* (1973–1974) Foucault se propuso hallar la *microfísica de poder* en la que se cimentó la psiquiatría, antes de instituirse. Dicho curso inauguró el desplazamiento foucaultiano de la arqueología -centrada en el saber- a la genealogía, que hará resplandecer la dimensión generativa del poder, contra el modelo de soberanía, la teoría de Estado y el concepto de represión (MOREY, 2014). Allí buscó alejarse del análisis realizado en la *Historia de la locura* rechazando algunos conceptos centrales que lo habían guiado, institución, violencia y modelo familiar, para incorporar microfísica del poder, táctica y estrategia.

Foucault (2007a, p. 44) encontró “el basamento de relaciones de poder que constituyen el elemento nuclear de la práctica psiquiátrica” a partir del cual veremos erguirse “edificios institucionales” y “discursos de verdad” en la escena de descoronación del Rey Loco Jorge III de Inglaterra (1788), divulgada por Pinel en su *Traité médico-philosophique*. Abordó las relaciones de poder allí escenificadas pensándolas contra el modelo de soberanía –que todavía no había definido por contraposición al biopoder– y las caracterizó como un ejercicio de *poder disciplinario*. Sin embargo, ello le supuso contradicciones como hablar de “articulación” y “reemplazo” para situar, en la misma escena, la relación entre poder soberano y disciplina. Dichas ambigüedades se resuelven si complementamos la lectura de Foucault con sus desarrollos posteriores en torno al biopoder y con el aparataje agambemiano. La escena comprende tres episodios: el descoronamiento del Rey, el rol de los pajes y el enfrentamiento del Rey contra el médico.

Lo primero que le sucede al Rey, afirmó Pinel, es que lo encierran en una recámara de un castillo aislado “cuyos cristales y muros se cubren de colchones”, además “quien dirige el tratamiento le informa de que ya no es soberano [...] debe mostrarse dócil y sumiso” (apud FOUCAULT, 2007a, p. 36). Foucault (2007a, p. 37) conceptualizó lo anterior como una “ceremonia de destitución” en la que el médico es “operador de ese descoronamiento”. Por tanto, lo primero que pierde el Rey es, en términos agambemianos, su *existencia política*, a manos del médico que se sitúa en el centro de la decisión soberana. Foucault (2007a, p. 38) nota además que “en lugar del cetro, de la corona y de la espada” al rey sólo le quedan los colchones que lo reducen “a lo que es, es decir, a su cuerpo”: a su *nuda vida*, diría Agamben.



Dos pajes hercúleos, –escribe Pinel– “quedan a cargo de atender sus necesidades” y “de convencerlo de que se encuentra bajo su entera dependencia”, en adelante el Rey “debe obedecerlos” (apud FOUCAULT, 2007a, p. 36). Foucault (2007a, p. 41), nota que estos pajes “sobrepoderosos” que anteriormente servían las necesidades del rey bajo su voluntad soberana, ahora continúan sirviéndole contra dicha voluntad en “las exigencias mecánicas [...] del cuerpo”. El Rey por tanto ha sido reducido a su mera vida biológica, la cual, sin embargo, hay que preservar. Foucault (2007a, p. 39) interpretó el papel de los pajes como la instalación de un poder disciplinario que funciona en red “anónimo, múltiple, macilento” consistente en recaer “únicamente en su blanco”, el cuerpo del Rey “descoronado al que este nuevo poder debe hacer «dócil y sumiso»”. Lo anterior coincide con el efecto de reducción a la nuda vida, esto es, constituirse en un locus sobre el que cualquiera puede actuar provisoriamente como soberano.

En el último episodio Pinel indica que el Rey “en su fogoso delirio recibe con mucha dureza a su antiguo médico” embadurnándolo de suciedades, de excrementos. Ante tal ataque que deja al Rey “reducido a un estado de mugre repugnante” entra un paje y “sin decir palabra lo toma por la cintura y lo arroja con vigor sobre los colchones, lo desviste, lo lava [...] le cambia la ropa y mirándolo con altivez, sale deprisa” (apud FOUCAULT, 2007a, p. 36–37). Como indica Foucault (2007a, p. 42), aquí el Rey que “por armas no tiene más que las deyecciones de su cuerpo”, reproduce el gesto secular de la insurrección contra los poderosos del que había sido víctima: lanzar barro, basura, etc.: ya no se trata pues “de la desposesión de los atributos de la soberanía, sino de la inversión total de ésta”, el Rey reconoce en el médico a un soberano. Sin embargo:

Mientras que quien atentara contra la soberanía, le arrojara piedras e inmundicias, habría sido ejecutado, ahorcado y descuartizado según la ley inglesa [...] la disciplina que interviene ahora encarnada en el paje va [...] a derribar, desnudar, lavar, hacer del cuerpo algo limpio y verdadero (FOUCAULT, 2007a, p. 43).

En un intrigante comentario, Foucault afirmó (2007a, p. 39): “lo esencial de la escena: el afrontamiento, la sumisión, la articulación de un poder soberano con un poder disciplinario”. Efectivamente, lo que parece constituir el núcleo de la práctica psiquiátrica es la *síntesis paradójica* “hacer morir (soberanía) y hacer vivir (biopoder)”. Un *poder soberano* que mata políticamente reduciendo al individuo a una nuda vida queda perfectamente articulado con un *biopoder* disciplinario que toma a ese semi–viviente a su cargo, preservando su reproducción biológica, y aplicando sobre su cuerpo a través de



múltiples actores, la fuerza necesaria para doblegar una voluntad destituida, que deberá mostrarse “dócil y sumisa”. De ahí que la indiferenciación entre tratamiento y castigo (JACOB; FOTH, 2013) esté presente en todas las intervenciones forzosas, que vienen siendo denunciadas histórica y actualmente por las personas psiquiatrizadas como formas de tortura.⁵ La idea del semi-viviente resuena, además, con las descripciones habituales en nuestro mundo contemporáneo que las personas psiquiatrizadas hacen de los efectos de altas dosis de neurolépticos, como la zombificación, también con su genealogía histórica, encapsulada en una “política de la indiferencia” (CAPONI, 2019a).

3.2. Acto segundo: emergencia del dispositivo psiquiátrico

Robert Castel (1980) demostró que el punto de surgimiento institucional del alienismo se sitúa en “el artículo 9 de la ley sobre la abolición de las *lettres de cachet*” (1790), dictaminado por la misma Asamblea Constituyente de la Revolución Francesa que había emitido la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* (1789). Este antecedente directo de la DUDH trasplantó la soberanía del Rey a un cuerpo múltiple constituido por “los ciudadanos” (sujetos soberanos de derechos) dando lugar a múltiples excepciones que no alcanzarán dicho estatuto -personas esclavizadas, mujeres, infantes, extranjeros, condenados, pobres- entre los cuales la experiencia de la locura, que desde mediados del siglo XVII había sido vaciada de sentido e identificada con la pura sinrazón (FOUCAULT, 2015), constituye un caso específico (AGAMBEN, 2019).

La abolición de las *lettres de cachet* ponía fin a las ordenes reales que autorizaban el encierro de una persona, trastocando una política altamente consolidada del *Ancien Régime* colonial francés. Según Foucault (2015) el Gran Encierro emergió en Europa a mediados del siglo XVII afianzando, mediante un imperativo de trabajo y una condenación de la ociosidad, la transición al capitalismo, por lo que podemos situarlo en el espacio anatomopolítico de la disciplina. En territorio europeo, este sucedió a la expropiación de las tierras comunes y a la Caza de Brujas que acompañaron la conquista y expansión colonial -poder mortífero sin lugar a dudas- en el objetivo común de implementación del “patriarcado del salario” (FEDERICI, 2010). Implicaba internar de forma relativamente indiferenciada bajo unos mismos muros, en palabras de la época, a criminales, locos y

⁵ El marco de la CDPD (2014, par. 42) reconoce el “tratamiento forzoso” como una violación del artículo 12 y una infracción del derecho a la protección contra la tortura (Art. 15), entre otros.



locas, tullidos y tullidas, viejas chochas, personas acusadas de libertinaje u ociosidad, prostitutas, indigentes, imbéciles, etc. y en sus inicios, cuando las condenas por brujería se habían hecho muy raras, y el “desencantamiento del mundo” se consolidaba (FEDERICI, 2010), también a hechiceras, adivinatoras y otros practicantes de la magia (FOUCAULT, 2015).

Este dispositivo de dominación operaba, sin duda, como una forma de tutelaje. El internamiento no buscaba el exterminio físico, aunque pudiera suponer un mayor riesgo de muerte, y consumara, de hecho, una muerte política, pues proporcionaba alimento y cobijo, es decir, reproducción de la vida biológica. Constituía una manera de “encerrar” en “el afuera” lo que no podía ser asimilado “como interioridad de espera o de excepción” (BLANCHOT, 2008, p. 252). El poder real de encierro funcionaba principalmente como transmisor y regulador del ejercicio policial que operaba en las familias, quienes solicitaban la mayoría de los internamientos en todos los casos (CASTEL, 1980; FOUCAULT, 1996). El Rey respondía a la súplica que llegaba desde abajo, haciendo disponible su poder de soberanía a cualquiera que tuviera la astucia y los medios para emplearlo, mientras se apelaba al encierro desde una matriz de relaciones súbdito-súbdito claramente generizada y jerarquizada (FARGE; FOUCAULT, 1982; FOUCAULT, 1996). Por ello, no se trataba de efectuar una liberación masiva, sino principalmente de desproveer los encierros del calificativo de arbitrariedad atribuido al *Ancien Régime* despótico (CASTEL, 1980). Articulación pues, entre poder soberano y biopoder, en que la soberanía, por intermediación del monarca, se ejerce entre súbditos esencialmente a través de la institución familiar, núcleo principal de propagación de la matriz patriarcal y disciplinaria de relaciones capitalistas (FEDERICI, 2010).

La locura, que problemáticamente afectaba a ambos sexos, planteó un problema capital de legitimidad al naciente orden contractual burgués cuando la perpetuación de su encierro se percibía como más necesaria que nunca. Dado que había sido desposeída de la razón, esepreciado bien que definía lo humano y articulaba las relaciones contractuales, y por consiguiente de responsabilidad, no podía participar del contrato social burgués y, sin embargo, sus transgresiones tampoco podían ser castigadas vía penal (CASTEL, 1980). Además, como es sabido (ÁLVAREZ-URÍA, 1983; CASTEL, 1980; FOUCAULT, 2015), en la naciente industrialización que marcó el ocaso del *Ancien Régime*, los centros de internamiento venían siendo problematizados desde una nueva óptica del trabajo, como espacios que mantenían y perpetuaban la ociosidad proletaria y la miseria



con dinero público, lo que había dado lugar a la implantación, en muchos de ellos, del trabajo obligatorio. Bajo dicha imposición, las personas locas se distinguieron por ser difícilmente subordinables a las reglas comunes, y fueron conceptualizadas desde una actitud compasiva por la pérdida de la razón, como “animales” o “salvajes”, “incapaces de trabajar” y, con ello, de desempeñar los roles de género asignados.

Según Castel (apud 1980, pp. 14–15) mediante *El artículo 9 de la ley sobre la abolición de las “lettre de cachet”* como solución de contingencia, los hombres de la revolución otorgaron un estatuto de “enfermedad” a la locura, a verificar por los “médicos bajo supervisión de los directores de distrito”, y establecieron su “atención” en “hospitales que se indicarán a tal efecto”, a fin de evitar el calificativo de arbitrariedad y legitimar el encierro como un derecho de asistencia: ello a pesar de que el código médico carecía de especificidad para darle un estatuto científico de enfermedad.

Los alienistas construyeron el saber sobre la “enfermedad mental” inicialmente haciéndolo pivotar bajo el nodo articulador del “delirio”, que también abarcaba lo que hoy conocemos como discapacidad intelectual, valiéndose de la objetivación de personas encerradas a las que tenían por objeto “curar”, para lo cual desarrollaron el tratamiento moral, dónde el encierro acabó por racionalizarse como el principio curativo esencial de un orden disciplinar (ÁLVAREZ-URÍA, 1983; CASTEL, 1980; FOUCAULT, 2007a, 2015).

Vemos como el alienismo nace de una inscripción jurídica en el espacio constitutivo por excelencia de la democracia moderna: tras la afirmación absoluta del poder del pueblo y el triunfo de la Revolución Francesa. La locura, identificada como sinrazón y desposeída de todo sentido y utilidad, es capturada en el ordenamiento jurídico republicano como una *exceptio*. Sin embargo, esta forma extrema de inscripción, que tiene por objeto legitimar la perpetuación de su encierro, es revestida de una lógica humanitaria, que no propone el ejercicio de una violencia impune –aunque tenga el efecto de producirla– sino la “curación”. Emerge, por tanto, un estado de excepción, que si bien desposee a la persona de su existencia política y la confina, tiene atribuido el deber hipocrático de no dañar esa vida e intentar curarla. De nuevo la fórmula de poder, heredada del *Ancien Régime*, responde a una articulación entre soberanía y disciplina (biopoder), en la que “hacer morir y hacer vivir” se fusionan en una nueva lógica medicalizada.

Además, esta inscripción legislativa da lugar a lo que Agamben (2019, p. 222) llamó un “campo”, y concibió como el paradigma político de la modernidad: esto es, un



espacio geográficamente delimitado -en este caso el Manicomio- en el cual el estado de excepción se convierte en la regla, y en el que “se cometan atrocidades no es algo que dependa del derecho sino solo del civismo y el sentido ético” de quien “actúa provisoriamente como soberano”. Quizás esto explique por qué, bajo el gobierno Nazi, las instituciones psiquiátricas constituyeron los primeros centros de exterminio masivo, para los que fue inventada la cámara de gas; una tecnología de muerte luego aplicada en el Holocausto (FRIEDLANDER, 1995; LIFTON, 1986; MÜLLER-HILL, 1998). No obstante, para que los psiquiatras se dedicasen a asesinar a sus pacientes, un cambio radical tuvo que acontecer en el saber psiquiátrico; tuvo que liberarse del mandato de curar (hacer vivir) o desplazarlo fuera del manicomio. Nos aproximaremos posteriormente a este episodio oscuro.

3.3. Acto tercero: surgimiento de la medicina legal

Según Foucault (2007c), la querrela en torno a la “monomanía homicida” es a la que hay que remitir genealógicamente la transición entre la psiquiatría de la sinrazón, inscrita en el eje “verdad-error-conciencia”, y la de la anormalidad organizada en torno al “eje pasión-voluntad-libertad” (FOUCAULT, 2007a, p. 387). Este pasaje nos permitirá situar el locus desde el cual la psiquiatría empezó a conquistar las competencias jurídicas que hoy en día la caracterizan, esto es, la posibilidad de emitir juicio vinculante sobre la inclusión/exclusión de una persona en la jurisdicción normal o en un estado de excepción, dónde la suspensión del sujeto de derecho y la reducción a la nuda vida, permiten un ejercicio de violencia impune: espacio por excelencia de “la decisión soberana” (AGAMBEN, 2019, p. 32).

La monomanía homicida, planteada inicialmente por Esquirol (1772-1840) a principios del siglo XIX (DE SAUSSURE, 1946), definía una forma de locura imprevisible, una posesión instintiva e irresistible que se apoderaba de la voluntad de hombres y mujeres y les llevaba a matar sin motivo aparente para el monstruoso crimen, con la conservación de las cualidades del entendimiento, por lo que, paradójicamente, esta nueva categoría de locura parecía cordura, engañando a los sentidos más sublimes y afinados (ÁLVAREZ-URÍA, 1983; CASTEL, 1980).

Los alienistas reclamaban para sí a personas que habían cometido asesinatos atroces. Según Foucault (1996, p. 106), la invención de esta “identidad absolutamente



ficticia [...] un crimen que es todo él locura [...] una locura que no es otra cosa que crimen”, respondía al afán alienista por conquistar nuevos ámbitos de poder y competencia profesional dentro de la naciente justicia. Éstos enfrentaron fuertes resistencias de magistrados, juristas y abogados por la tautología que no lograba esconder su argumentación: el crimen cometido quedaba explicado y “exento de punición” por una locura “invisible” y sobre todo, por una locura “racional” (CASTEL, 1980; DE SAUSSURE, 1946). Sin embargo, la monomanía homicida permitió a los alienistas conquistar la competencia especial de diferenciar entre la locura y la criminalidad (inimputabilidad penal), y otorgar el veredicto sobre quién debía ser juzgado y potencialmente castigado/absuelto, y quien debía ir directa e indefinidamente al manicomio,⁶ gracias a que el manicomio era igualmente efectivo para neutralizar la peligrosidad social, pero también debido a la impotencia del naciente subjetivismo de la justicia “para determinar la punición de un crimen sin haber determinado los motivos” (FOUCAULT, 1996, p. 110).

Esta artificiosa identificación entre locura y peligrosidad social, que actualmente constituye un estigma no superado, y articula en la mayoría de los países las ordenes de internamiento y tratamiento involuntario bajo el criterio de “riesgo de daño para uno mismo o para los demás” (SAYA et al., 2019), se tradujo inicialmente en la *Ley francesa del 30 de junio del 1838 sobre los alienados*. Dicha ley efectuó “la síntesis entre peligro y locura que la monomanía, antaño, tenía que demostrar teóricamente [...] en todos los individuos cuya internación se dictamina” (FOUCAULT, 2007c, p. 36). La Ley del 38, establecía que la psiquiatría debía “recibir y curar” en los manicomios a “toda persona, incapacitada o no, cuyo estado pueda comprometer el orden público o la seguridad de las personas” (apud CASTEL, 1980, p. 331). Desplazamiento importante, en la medida en que el nodo articulador pasará del antiguo desorden de la conciencia (incapacidad) a la defensa social, y la atribución biopolítica del cuidado del cuerpo de la nación (seguridad y orden público).

Esta ley orientó el “certificado médico” de los alienistas, al examen de los indicios patológicos que revelasen a la persona como ser peligroso y susceptible de comprometer el orden público, y pobló los manicomios de cuerpos sospechosamente peligrosos que vagabundeaban en desarraigo por el espacio público, sin que los alienistas pudieran hacer

⁶ Antes de Esquirol, quienes habían cometido delitos sólo eran consideradas “enfermas mentales” si se encontraban en estado de delirio (desorden de consciencia) lo cual no conllevaba esfuerzo ni experticia pues jueces, jurados y médicos coincidían en la atribución de locura (DE SAUSSURE, 1946).



más que asilarlos y emitir su juicio patológico a posteriori (CASTEL, 1980; FOUCAULT, 2007c). Además, éstos heredaron las prerrogativas del Rey, pero para posibilitar el encierro “no arbitrario”, tuvieron que patologizar todo tipo de comportamientos, dando lugar a la psiquiatría de la anormalidad; su saber científico-técnico constituyó el nuevo elemento que engarzó la política de confinamiento heredera del antiguo régimen con “la justicia inmanente [de] las familias” (FOUCAULT, 2007c, p. 140).

3.4. Acto cuarto: determinismo biológico y desplazamiento al cuerpo-especie

En 1857 Benedict Morel publicó “la gran pieza teórica de la medicalización del anormal” (FOUCAULT, 2007c, p. 293): el *Traité des dégénérescences*.⁷ Dónde concibió la “degeneración” como un estado anormal y mórbido que afecta a quienes por causa “adquirida o congénita” se desvían del “tipo normal de la especie humana”, esto es, “la obra maestra y el resumen de la creación” (MOREL, 1857, p. 1). La degeneración es incurable y amenaza a la especie humana “con la destrucción y la degradación” (MOREL, 1857, p. 3). Independientemente de su origen causal, se transmite hereditariamente a las subsiguientes generaciones de forma aleatoria en la expresión de sus efectos produciendo en la cuarta generación la extinción de la estirpe por esterilidad (CAPONI, 2009b). El “laxismo causal” de esta teoría permite “establecer las redes hereditarias más fantásticas”, y sitúa en la sexualidad de los ascendentes el mecanismo reproductivo responsable de las aberraciones verificadas en los descendientes (FOUCAULT, 2007c, p. 291).

La teoría de la degeneración dio lugar a La Caza de degenerados y degeneradas, en tanto cuerpos portadores de un peligro biológico que corroe a la especie humana, y que se expresa en patrones de estigmas físicos, intelectuales y morales. La reconceptualización moreliana del encierro como “profilaxis defensiva”, esto es, internamiento y tratamiento moral, sin pretensión de curar, exclusivamente destinado a proteger de la influencia mórbida, el interés social y familiar (MOREL, 1857, p. 391) transmutó los manicomios en depósitos de personas consideradas “incurables” o “ineducables”, esto es, “grandes lugares de la muerte” (CASTEL, 1980, p. 291). Por otro lado, la “profilaxis preventiva” que Morel (1857, p. 682) planteó como “universalización

⁷ Todas las citas de obras no traducidas cuyo idioma original no es el español, son nuestras.



del tratamiento moral a las masas sociales”, abrió un campo infinito de intervenciones higiénicas extra–manicomiales para el poder/saber psiquiátrico, orientadas a prevenir lo que es incurable (CASTEL, 1980). Además de liberarse del mandato de curar a las mujeres, hombres e infantes a su cargo, y ganar nuevos ámbitos de competencia, el carácter organicista del degeneracionismo (su determinismo biológico), permitió legitimar a la psiquiatría como disciplina médica (CASTEL, 1980).

Ésta psiquiatría entregada a defender la sociedad contra la “herencia degenerada” que deje a su paso todo ser humano, cuya conducta inmoral, corporalidad, capacidades, sexualidad, e incluso ideas políticas, desafíen al “tipo normal de la especie humana”, fue hegemónica hasta principios del siglo XX (FOUCAULT, 2007c). Se proyectó como neutralizador contra todo tipo de movimientos sociales, patologizando, entre otros, a anarquistas, sufragistas o defensoras de los animales (CAPONI, 2019b; FOUCAULT, 2007c; HUERTAS, 1993). Mediante el aparato de verificación de “estigmas”, el “tipo normal de ser humano” irá adquiriendo, a imagen y semejanza de sus escultores, la blanquitud, la adultez y la masculinidad como marcas características; llegando a tipificarse a la mujer en sí misma como desviación mórbida del “tipo hominal” (CAPONI, 2019b, p. 27). En este transcurso la teoría de la degeneración quedó desacralizada e interpenetrada por el darwinismo social, que ya fue introducido por su más temprano sistematizador, Valentín Magnan (CAPONI, 2012), y por el principal difusor a finales del siglo XIX en el campo de la antropología física, la criminología y la medicina legal, Cesare Lombroso (HUERTAS, 1993; PESET, 1983).

La función de la psiquiatría degeneracionista fue, según Foucault (2007c, p. 294), la “protección biológica de la especie”. Desde la matriz del biopoder que planteó posteriormente (FOUCAULT, 2001, 2007b), esto constituye un desplazamiento curativo (hacer vivir) de un ámbito anatomopolítico (disciplinar, basado en el cuerpo–individuo) a uno estrictamente biopolítico: lo que hay que preservar es la vida del cuerpo–especie, amenazada por “degenerados” y “degeneradas”, que constituyen el enemigo a erradicar (hacer morir).

3.5. Línea de fuga: el despliegue del exterminio Nazi

Tanto Foucault como Agamben, concibieron el régimen Nazi como la expresión más paroxística de la articulación entre el poder soberano de matar y los biopoderes, esto



es, entre un “hacer morir y hacer vivir” que opera sobre el cuerpo nacional Ario del *Volk* (cuerpo-raza), para el cual Agamben (2019) adoptó el término tanatopolítica. Foucault, afirmó que el racismo biológico que el Nazismo llevó a su máxima expresión tenía un origen psiquiátrico que debía referirse históricamente a la teoría de la degeneración, y que el Nazismo lo conectó con el racismo étnico endémico en Europa (FOUCAULT, 2007c), desatando así “la mecánica inscrita en el funcionamiento del Estado moderno” (FOUCAULT, 2001, p. 235).

A principios del siglo XX, la eugenesia, inspirada por Francis Galton (1822-1911) y por el redescubrimiento de las leyes mendelianas sobre la transmisión de la herencia genética, se hizo cargo de abogar por la aplicación sistemática de los nuevos saberes biológicos como política de Estado contra la degeneración. Aquí ya hubo un desplazamiento fundamental, pues la eugenesia Galtoniana buscó frenar la degeneración y “mejorar la raza humana”, abandonando el término especie desde una posición pretendidamente universalista (MAZUMDAR, 2005, p. 1). En 1907, Estados Unidos (Indiana) inauguró, con la esterilización forzosa de individuos “defectuosos” y “criminales” (KEVLES, 1986), una nueva estrategia de defensa contra la degeneración que se hará endémica.

En Alemania, Emil Kraepelin, fue uno de los difusores más importantes del degeneracionismo eugenésico, que allí adoptó el calificativo de “higiene racial” (*Rassenhygiene*) (CAPONI, 2012; ENGSTROM, 1991). En 1908, alertaba a los gobiernos de la inutilidad de los programas de asistencia para la “auto-purificación” de “nuestra raza”, definida por contraposición a otra “raza” que ya consideraba degenerada por su predisposición a “las enfermedades mentales”: la judía (CAPONI, 2010). Para Kraepelin (2007, p. 404) la “auto-purificación” racial dependía de la “menor capacidad para sobrevivir” de los individuos degenerados del *Volk*, por lo que, “desafortunadamente, nuestra extensión de los programas de la asistencia social tiene el efecto de impedir” dicho proceso. La estrategia que subyace a esta racionalidad implica “arrojar a la muerte” a los portadores de la degeneración (soberanía) para “hacer vivir” al cuerpo sano del Volk (biopolítica).

Los estudios sobre el exterminio Nazi coinciden en destacar un acontecimiento crucial respecto al despliegue del derecho soberano de matar, que para nuestro análisis tiene una significación especial en la medida en que se produce desde el ensamblaje entre psiquiatría y justicia (FRIEDLANDER, 1995; LIFTON, 1986; MÜLLER-HILL, 1998). En 1920, el



jurista Karl Binding y el psiquiatra y neuropatólogo Alfred Hoche, publicaron un panfleto que fue ampliamente comentado en los círculos médico–psiquiátricos alemanes de entreguerras: La libertad de destruir la vida indigna de ser vivida (*Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens*). Allí, propusieron el concepto de “vidas indignas de ser vividas” o “vidas sin valor” (*lebensunwertes leben*), sobre el que dos décadas después pivotará el despliegue del exterminio Nazi, para defender como derecho de Estado, específicamente, el asesinato de “esas vidas de lastre y cáscaras vacías humanas que llenan nuestras instituciones psiquiátricas” (apud READ; MASSON, 2005, p. 36). Concebían dichos asesinatos como “un tratamiento curativo” que aliviaría al cuerpo-nación de tener que sustentar unas existencias a las que se les atribuía un valor negativo (LIFTON, 1986, p. 46).

Agamben (2019, p. 173) vislumbró en este panfleto “la primera articulación jurídica” entre el poder soberano de matar y la gestión biopolítica de la vida, que revela “la estructura biopolítica fundamental de la modernidad” esto es “la decisión sobre el valor (o sobre el disvalor) de la vida como tal”. Señaló que la biopolítica moderna se encuentra “en la encrucijada entre la decisión soberana sobre esa vida suprimible impunemente y la asunción del cuidado del cuerpo biológico de la nación”, dónde la encrucijada representa “el punto en que la biopolítica se transforma necesariamente en tanatopolítica” (AGAMBEN, 2019, p. 180). No explicó, sin embargo, por qué fue específicamente desde el ensamblaje entre la psiquiatría y la justicia desde dónde se expresó por primera vez la “encrucijada”. De hecho, su análisis excluyó inicialmente al manicomio como “estado de excepción” para luego proponer una definición de “campo” que lo incluía. En su estudio no aparece el degeneracionismo, tan solo la eugenesia. Pero su mismo aparatage nos permite comprender porque, tras este panfleto, los primeros centros de exterminio en el Nazismo serán las instituciones psiquiátricas (FRIEDLANDER, 1995; LIFTON, 1986; MÜLLER-HILL, 1998).

El “fundamento racial” que Hitler (2013, p. 276) propuso desplegar contra el principio de igualdad constaba de un doble eje: la desigualdad entre “los pueblos en base a la raza a la que pertenecen” y entre “los individuos dentro de una determinada colectividad [...] en base a la capacidad y la destreza”. No debe sorprendernos que el eje capacitista/cuerdista vinculado al manicomio fuera escogido por Hitler para desplegar el primer exterminio masivo. En este espacio geográficamente delimitado dónde el estado de excepción constituía la regla (el manicomio como campo), estaban ya concentradas y



apresadas personas reducidas a una nuda vida, mientras que el exterminio de la población no-aria (fundamentalmente judía y gitana) requirió primero un proceso legislativo de desposesión de la existencia política (desnacionalización) para poder apresarla en los campos de concentración (AGAMBEN, 2019; ARENDT, 1999). Si además comprendemos que la psiquiatría, cuyo núcleo constitutivo hemos situado precisamente en la articulación entre poder soberano y biopoder (hacer morir y hacer vivir), en su vertiente degeneracionista había desplazado su mandato curativo al cuerpo-raza del *Volk*, respecto al cual los “incurables” constituían el enemigo, tampoco resulta sorprendente la amplia colaboración y la escasa resistencia de la psiquiatría en la matanza (LIFTON, 1986; MÜLLER-HILL, 1998).

4. El régimen de los Derechos Humanos

Tras la II Guerra mundial, el primer derecho humano formulado por las Naciones Unidas fue el de la no discriminación “por motivos de raza, sexo, idioma o religión”, consignado en *La Carta de las Naciones Unidas* (1945) durante la Conferencia de San Francisco, el cual subvertía lo pactado por Estados Unidos, Gran Bretaña y la Unión Soviética en la primera Conferencia de Dumbarton Oaks (1944) (LAUREN, 2013, p. 173). El segundo fue el derecho a el “goce del grado máximo de salud”, definida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, que fue formulado en el preámbulo de la Constitución de la OMS, aprobada en julio de 1946 y efectiva a partir del 7 de abril de 1948.

Brock Chisholm (1896-1971), el psiquiatra y delegado canadiense electo primer director general de la OMS (1948-1953), además de ser un decisivo impulsor de la reconversión internacional de la “higiene mental” en la “salud mental” (BRODY, 2004), tuvo una gran influencia en la conceptualización del “derecho a la salud”, que figuraba ya en el primer borrador de Constitución que él redactó y presentó el 5 de abril de 1946 (FARLEY, 2008). En 1946 también se publicaba su respuesta a la pregunta de si sería positivo promover una paz mundial duradera. Chisholm defendió la paz, aunque para él “podría argumentarse a favor de las guerras si pudieran ser libradas por los ancianos y los defectuosos mentales” dado que éstas motivan una activación económica, pero ello no constituye “siquiera una posibilidad remota” y “la matanza de un gran número de



hombres aptos” es indudablemente desventajosa (CHISHOLM, 1946, p. 4). Paralelamente el biólogo y primer director general de la UNESCO, Julian Huxley (1946, p. 16–21), reconociendo que la variabilidad humana en términos raciales y de dotes mentales era deseable hasta cierto punto, defendía como tarea de relevancia mundial para la UNESCO, ajustar el “principio de igualdad democrática” al hecho eugenésico de “la desigualdad biológica”, ya que “la existencia de debiluchos, locos, y deficientes morales, no puede ser sino mala”.

El pensamiento progresista de la época guardaba una íntima continuidad con la tanatopolítica eugénica Nazi: estaba de acuerdo con que sus primeras víctimas de exterminio –las personas calificadas como “defectuosas” e “improductivas”– eran “vidas sin valor” que podían ser arrojadas o abandonadas a la muerte. De hecho, la idea de asesinar a “deficientes” “locos” y “criminales”, había sido también planteada antes y durante el exterminio Nazi en estados democráticos (JOSEPH, 2005; MÜLLER-HILL, 2000).

La DUDH, cuyo consenso intercultural se asentó sobre la condena común del holocausto Nazi (MORSINK, 1999, p. 37), incorporó un régimen de invisibilidad contra la opresión, que es perceptible tanto en la naturaleza de “lo humano” en la que se sustentó (Art. 1) como en los ejes de no–discriminación que incluyó (Art. 2). Éste perpetuará, entre otros, el cuerdismo, el capacitismo y el heterosexismo, no condenando el exterminio Nazi que afectó a los seres humanos capturados en el espectro psiquiátrico de la “degeneración”.

En los años 70, lo anterior empezó a traducirse en un “estado de excepción” interno al régimen de los derechos humanos, aplicable a quienes queden codificados bajo el retraso, la deficiencia y la enfermedad mental, campo psiquiátrico por excelencia. La *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental* (DDRM, 1971), que consagra la incapacitación jurídica, la inimputabilidad penal y perpetúa el encierro en instituciones totales, contiene en su Art. 7, la fórmula primigenia. Ésta se hizo extensiva a los “impedidos mentales” (*mentally disabled*) por contraposición a los “impedidos físicos”, mediante la *Declaración de los Derechos de los Impedidos* (DDI, 1975), que fusionaba la vieja diferenciación psiquiátrica retraso vs. enfermedad mental, en un mismo destino excepcional:

Si algunos retrasados mentales [impedidos mentales] no son capaces [...] de ejercer efectivamente todos sus derechos [humanos], o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee [...] deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados (DDRM, Art. 7.)



Estas declaraciones no-vinculantes pero discursivamente universalizantes fueron consagradas en las posteriores resoluciones de la ONU específicas sobre “discapacidad”, hasta la CDPD. Paralelamente, en 1991 la ONU proclamó *Los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Estos universalizaron discursivamente la incapacitación jurídica, y la “admisión” y “tratamiento” en contra de la voluntad de la persona en instituciones cuya “función primaria es la atención de la salud mental”. El criterio reiterado para legitimar la entrada al estado de excepción es el de la peligrosidad, que encontramos genealógicamente vinculado a la “monomanía homicida”: “impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros”. Este mismo criterio es el que defienden el Comité de Derechos Humanos del PIDCP y la Asociación Mundial de psiquiatría, entre otros, contra el mandato de abolir el internamiento y tratamiento involuntario derivado del Art. 12 de la CDPD, dónde la desposesión de la existencia política y la producción de la vida nuda, sobre la que es posible ejercer la violencia impunemente (soberanía) está articulada con la asunción del cuidado del cuerpo individual y nacional, tanto en su forma anatomopolítica (prevenir el daño al paciente-individual) como biopolítica (prevenir el daño a terceros).

Ernesto Laclau y Chantal Mouffe (1987) demostraron que el motor de la cultura democrática se fundamenta en “desplazamientos equivalentes” de los principios ilustrados de igualdad y libertad a nuevos dominios reivindicados por identidades políticas organizadas en torno a la denuncia de una opresión común. La característica común de estos grupos oprimidos es haber sido históricamente contruidos como una otredad respecto al sujeto privilegiado de la modernidad occidentalocéntrica, a saber: el hombre, blanco, propietario, heterosexual, cuerdo, cuerpo-capacitado. Los derechos humanos, que consagran un orden democrático, en tanto producto de una contingencia histórica, y en tanto derechos fundamentados en los mismos valores ilustrados, no escapan a esta lógica.

En la elaboración de la CDPD confluyeron diversas luchas contra la opresión bajo una misma categoría de gobierno médico-administrativa, la discapacidad, que históricamente vino aglutinando a una amplia heterogeneidad de condiciones y formas de estar en el mundo como igualmente defectuosas o incompletas en base a un tipo normativo de lo humano (TREMAIN, 2001). La CDPD es reconocida como la Convención que ha contado con una mayor participación de las organizaciones de personas cuyos



derechos humanos estaban en cuestión, cuya amplia heterogeneidad en términos de condiciones humanas, historias de lucha y realidades territoriales, las llevó a constituirse en un *Disability Caucus* para prevenir la fragmentación y apoyarse mutuamente en una única voz representativa (REINA, 2008; WILDEMAN, 2013).

La *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* participó en la fundación y coordinación del Disability Caucus, dónde destacó como la organización que estaba abogando por un cambio más radical respecto a las normativas previas (MINKOWITZ, 2012). Sus principales ejes de defensa, “capacidad legal para tomar las propias decisiones; prohibición de la detención discriminatoria; y prohibición de intervenciones/tratamientos no consensuados” (MINKOWITZ, 2015, p. 173), convergen y son sostenidos en la interpretación autorizada del Comité de la CDPD sobre el Art. 12, *El Igual Reconocimiento ante la Ley*: requisito indispensable para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

La interpretación del Comité reconoce la capacidad jurídica universal, como atributo inherente a la condición humana que encapsula, parafraseando a Hanna Arendt (1999), el “derecho a ejercer los derechos que se tienen”. Rompe con la distinción entre personalidad jurídica (ser titular de derechos y obligaciones) y capacidad de obrar (reconocimiento de la agencia para ejercerlos) en la que se han venido basando las figuras jurídicas que suspenden el ejercicio de los derechos y libertades fundamentales por atribución de trastorno mental o discapacidad intelectual: esto es, la incapacitación jurídica, el tratamiento e internamiento forzoso y la inimputabilidad penal. Deroga también los criterios médico-psiquiátricos que fundamentan la decisión soberana de entrada al estado de excepción, incluidos los de: “estado o condición” (diagnósticos), “funcionales” (evaluación de capacidad o competencia), y de “resultado” (peligrosidad u anticipación de daño para uno mismo o los demás) (CDPD, 2014, parag. 15).

Además, para posibilitar la plena inclusividad de las personas con discapacidad en el aparato legislativo, obliga a los Estados a establecer sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica y a la toma de decisiones, que son concebidos como el ejercicio de un derecho positivo rechazable, asentado en *la voluntad y preferencias de la persona* y no en lo que se percibe como su interés superior (CDPD, 2014, parag. 29). La única *exceptio* que incorpora para permitir substituir en la toma de decisiones sobre su propia vida a las personas con discapacidad es “cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar [su] voluntad y [...] preferencias”, en cuyo caso el criterio del



“interés superior” debe substituirse por el de la “mejor interpretación posible” de la voluntad y preferencias (CDPD, 2014, parag. 21).

Si, como Foucault (2016, p. 78) consideramos que, aunque “todas las relaciones de poder están investidas por deseos y [...] por esquemas de racionalidad” fundamentalmente “lo que ponen en juego, son voluntades”, tenemos un principio hermenéutico para comprender el mandato de la CDPD desde el entrecruzamiento Foucault-Agamben. Dicho mandato tiene como principio y límite el respeto de la voluntad de la persona. Según Foucault, la voluntad constituye “el acto puro del sujeto”, no por su carácter pre-fundacional, sino porque el sujeto es “un efecto de la voluntad”, en tanto ésta es el acto que fija y determina la propia posición de sujeto en un entramado de relaciones de poder y alternativas de acción más o menos delimitado (FOUCAULT, 2016, p. 79). Se comprende así que lo que restituye fundamentalmente el mandato del Art. 12. es la agencia y la libertad, sellando el umbral que separa el ejercicio del poder sobre un sujeto libre, que es intrínseco a toda relación social, del ejercicio de la dominación sobre un ser cosificado y reducido a la impotencia (FOUCAULT, 1988), por haber sido constituido como nuda vida, exceptuada del derecho humano, y con ello arrojada a regímenes de violencia impunes (AGAMBEN, 2019).

5. Conclusión y consideraciones finales

En este trabajo hemos abordado desde el entrecruzamiento de herramientas foucaultianas y agambemianas, y con una perspectiva genealógica, el tipo de poder que está en disputa actualmente en los debates sobre los derechos humanos, la salud mental y el mandato de igualdad ante la ley de la CDPD. Iniciamos el artículo señalando la paradoja democrática de la salud mental, el hecho de haber sido constituida históricamente a un mismo tiempo como un derecho humano y como un campo excepcional de dilapidación de derechos humanos. Ahora podemos afirmar que esta aporía no hace más que expresar la articulación entre poder soberano y biopoder que, bajo la paradójica fórmula “hacer morir y hacer vivir”, constituye el núcleo de la práctica psiquiátrica.

Hemos puesto a funcionar esta hipótesis en diversos acontecimientos históricos de emergencia relativos al dispositivo psiquiátrico; surgimiento institucional, medicina legal, determinismo biológico y línea de fuga tanatopolítica en el régimen Nazi. Nuestra



hipótesis se ha mostrado productiva para recorrer y enlazar estos acontecimientos. Significativamente, ha explicado cómo con las nociones de heredabilidad e incurabilidad degeneracionistas, que constituyeron a los y las pacientes como un peligro biológico a erradicar (hacer morir), el mandato curativo de la psiquiatría (hacer vivir) se desplazó mediante la lógica preventiva al cuerpo-especie (degeneracionismo), y posteriormente, con la emergencia de la eugenesia, en el caso alemán se proyectó en el cuerpo-raza del *Volk* (Higiene Racial). Además, nuestra hipótesis ha permitido explicar desde la comprensión del manicomio como “campo”, esto es, como espacio geográficamente delimitado dónde el estado de excepción se torna la regla, porque el primer exterminio masivo Nazi se desplegó desde el espacio psiquiátrico, que fue el locus de invención de la cámara de gas.

Posteriormente hemos mostrado cómo el régimen de los derechos humanos participó de esta racionalidad, inserta en la producción de lo humano y de las condiciones liminales y degradadas de humanidad (vidas sin valor). Lo hizo fundamentalmente desde la imbricación de la eugenesia con el derecho a la salud, y desde la constitución progresiva de un estado de excepción en el marco de los derechos humanos específicamente aplicable por atribución de deficiencia, discapacidad o enfermedad mental. Hemos mostrado, también, como el mandato de igualdad ante la ley de la CDPD reconoce la lucha histórica internacional de las personas psiquiatrizadas, restituyendo a través del respeto de la voluntad y preferencias de la persona y el reconocimiento incondicional de su existencia política, la libertad y la agencia, umbral que separa el ejercicio del poder, intrínseco a toda relación social, del ejercicio de la dominación.

Concluimos que el mandato de igualdad ante la ley de la CDPD constituye la abolición de un “estado de excepción”, largo tiempo inscrito en el régimen de los derechos humanos, que es constitutivo del régimen democrático moderno y de la emergencia y despliegue histórico del dispositivo psiquiátrico, cuyas competencias de poder soberano están en juego en la disputa contemporánea en torno al Art. 12. Lo anterior implica que el “hacer morir políticamente” que conforma parcialmente el núcleo constitutivo del poder psiquiátrico está en disputa. ¿Qué queda si lo eliminamos de la ecuación? El “hacer vivir o dejar morir”, característico de la disciplina y la biopolítica, que abre un espacio potencial de “abandono” a la muerte. No obstante, la CDPD es completamente contraria a la “fantasía de autosuficiencia” que subyace a esta lógica individualista cuyo punto de engarce es (andro)occidentalocéntrico y capacitista (BUTLER,



2021, p. 47). Precisamente porque parte de uno de los sujetos sobre los que históricamente se ha depositado unilateralmente la "dependencia" y la "vulnerabilidad" que caracteriza nuestra existencia en tanto cuerpos, e incorpora reivindicaciones del sujeto político de la discapacidad, es la primera Convención cuya conceptualización de la libertad y de la autonomía mantiene la obligación de "no injerencia" antipaternalista, característica de la autonomía liberal, al tiempo que reconoce que el ejercicio de la agencia se apoya en múltiples relaciones de interdependencia, las cuales incluyen no sólo a otras personas, sino también a sistemas en los que quedan imbricadas infraestructuras materiales, sociales y comunicativas.⁸ Por ello, los Estados deben implantar sistemas de apoyo para el ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con discapacidad, incluyendo la vida en comunidad, lo cual, constituye efectivamente una forma de profundizar en los valores democráticos de igualdad y libertad.

El mandato de igualdad ante la ley particularmente obliga a los Estados a proveer a las personas con discapacidad de apoyos -voluntarios- para el ejercicio de la capacidad jurídica, la toma de decisiones y la vida en comunidad, también en lo que respecta a las situaciones de "crisis" o sufrimiento intenso, derogando la respuesta tradicional que posibilita el ejercicio de la violencia impune, el internamiento y tratamiento involuntario. Prácticas justificadas, por quienes buscan perpetuarlas –incluido el Comité de derechos humanos del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas* – apelando a un principio de protección y cuidado que en última instancia esconde un locus securitario y biopolítico que atribuye al Estado la preservación de la integridad del cuerpo individual y del cuerpo-población, "prevenir un riesgo para uno mismo o para terceros". ¿Es justificable la violencia en nombre del cuidado? O mejor, ¿qué es lo que legitima el uso instrumental de la violencia y cómo frenar sus espirales?

Siguiendo a Judith Butler (2021), quien asienta su análisis de la violencia de Estado para el caso del racismo migratorio y policial en el reconocimiento de la articulación entre soberanía y biopolítica a través del cruce Benjamin-Fanon-Foucault -entre otros-, podemos entender el tropo que legitima el internamiento e tratamiento involuntario

⁸ Esta apuesta particular, a caballo entre "la autonomía liberal en su dimensión negativa" y "la autonomía relacional en su dimensión positiva", ha sido denominada por M. Àngels Porxas Roig (2019, p. 253) "autonomía con apoyos". Para una discusión teórica acerca de los problemas de abrazar plenamente la autonomía relacional sin los límites que impone el principio de no injerencia véase John Christman (2019) y, en los respectivo a la CDPD Fleur Beaupert (2018).



como una "atribución táctica" de violencia, que se fundamenta en la construcción de la experiencia de la locura como una amenaza para el "nosotros", y del sujeto de la locura como un ser esencialmente violento. Hemos evidenciado que la identificación entre locura y peligrosidad social es un artificio genealógicamente heredero del concepto de "monomanía homicida" en tanto nódulo discursivo que permitió a los primeros alienistas franceses conquistar las competencias que ostenta la psiquiatría en la justicia, cuyos efectos de saber-poder desembocaron en la constitución de la psiquiatría de la anormalidad y en las políticas degeneracionistas de defensa social. En palabras de Butler (2021, pp. 11-20), estaríamos ante un mecanismo de "inversión" de la relación de violencia asentado en el nodo discursivo de la "defensa propia", que es el que permite justificar la violencia de Estado como *un medio* para alcanzar el más loable fin de la "autopreservación".

No obstante, en el caso particular de la locura, a diferencia de los casos del racismo y de la guerra, el marco de producción de la alteridad no se ajusta completamente al esquema antagonista "nosotros/ellos". Los Estados interpelan en un mismo gesto (riesgo para uno mismo/a o para los demás) la protección del "tu" (sujeto de la locura) y la protección del "nosotros" (resto de cuerpos ciudadanos del Estado). Esto se debe, como demostró Foucault (2001, 2007), a que la locura y la anormalidad no pueden ser enteramente externalizadas al otro, y son constituidas como una amenaza interna que acecha la identidad de "lo humano" en tanto especie, particularmente en lo que respecta a los constructos de la razón y la voluntad.

Es desde este lugar que la CDPD se inscribe en un proyecto de democracia radical que apunta al reconocimiento de la multiplicidad de lo humano. La abolición del tratamiento e internamiento forzoso abre la posibilidad de imaginar y desplegar formas de apoyo y acompañamiento libres de violencia, desmedicalizadas, desjudicializadas y radicalmente democráticas para quienes atraviesan experiencias de sufrimiento intenso o de locura (MINKOWITZ, 2021), lo que potencia su reconocimiento como constitutivas de lo humano.

En el plano ontológico de lo humano, el mandato de igualdad ante la ley impacta en la razón instrumental (CUNHA, 2017), locus sobre el que ha pivotado la legitimación de las diversas formas de exclusión y dominación en la modernidad colonial, patriarcal y capitalista. Así lo vienen mostrando, entre otras aproximaciones, la teoría decolonial mediante el concepto de la "colonialidad del ser" (MALDONADO-TORRES, 2007;



MIGNOLO, 1995; WYNTER, 2003), que ha operado diferencialmente en función del género y la sexualidad (MARÍA LUGONES, 2011), y las epistemologías del sur, a través del concepto de "línea abisal" (SANTOS, 2007), que ha sido puesto a funcionar, también, respecto a la construcción de lo humano en los derechos humanos (DE SOUSA SANTOS; MARTINS, 2020). Estas aproximaciones coinciden en señalar que la producción histórica de categorías de subhumanidad ha operado en el advenimiento de la modernidad occidentalocéntrica a partir de las atribuciones ontológicas de la "irracionalidad", de la "animalidad" y del "salvajismo", las cuales se han mostrado capaces de inscribir a grupos humanos en el proyecto de apropiación y dominio de "la naturaleza", esa gran alteridad de la modernidad (andro)occidentalocéntrica de la que, sin embargo, somos parte. El punto de diálogo aquí, que cabe explorar con mayor atención en futuros trabajos, radica en que la experiencia de la locura ha compartido el hecho de ser constituida en la transición a la modernidad (andro)occidentalocéntrica como alteridad de lo humano a partir de su identificación con la "sinrazón", y con el mundo "salvaje" y acechante de la "animalidad" (ÁLVAREZ-URÍA, 1983; CASTEL, 1980; COMELLES, 1981; FOUCAULT, 2015).

En nuestro mundo contemporáneo, la abolición del tratamiento e internamiento forzoso es capaz de poner freno a espirales ubicuas de violencia en las que están insertos cuerpos precarizados, sufrientes y divergentes. Los trastornos mentales contemporáneos suelen trasmutar la precarización y la exposición diferencialmente distribuida de los cuerpos a la violencia políticamente inducida, que intersecta con múltiples ejes de opresión, en desequilibrios neuroquímicos que neutralizan lo político. La psiquiatrización, allí donde opera, captura cualquier fuente de sufrimiento y diferencia, mostrándose especialmente incisiva con quienes aún resisten constituyendo los contornos del sujeto privilegiado de la modernidad: mujeres, personas racializadas, clases desposeídas, criminalizadas, con sexualidades e identidades no-binarias, trans, infantes, ancianas, diversas funcionales y por supuesto, aquéllas que desestabilizan los constructos de la razón y la capacidad mental, en cuyo eje de opresión naturalizado reside esta alquimia.

Referencias bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida**. Valencia: Pre-Textos, 2019.



- ÁLVAREZ-URÍA, Fernando. **Miserables y locos**. Barcelona: Tusquets, 1983.
- APPELBAUM, Paul S. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - from itself. **World Psychiatry**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–2, 2019. DOI: 10.1002/wps.20583.
- ARENDR, Hannah. **Los orígenes del totalitarismo**. Madrid: Taurus, 1999.
- ASHLEY STEIN, Michael; MAHOMED, Faraaz; PATEL, Vikram; SUNKEL, Charlene (eds.). **Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights**. Cambridge: Cambridge University Press, 2021.
- BEAUPERT, Fleur. Silencing Prote(x)t: Disrupting the Scripts of Mental Health Law. **University of New South Wales Law Journal**, [Sydney, NSW], v. 41, n. 3, 2018. DOI: 10.53637/LMKR9909.
- BLANCHOT, Maurice. **La conversación infinita**. Madrid: Arena Libros, 2008.
- BRODY, Eugene B. The World Federation for Mental Health: its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies. **World Psychiatry**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 54–55, 2004.
- BUTLER, Judith. **La fuerza de la no violencia**. Barcelona: Paidós, 2021.
- CAPONI, Sandra. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95–103, 2009. a. DOI: 10.1590/S1413-81232009000100015.
- _____. Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 425–445, 2009. b. DOI: 10.1590/s1678-31662009000300004.
- _____. Emil Kraepelin y el problema de la degeneración. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, São Paulo, v. 17, n. Suppl 2, p. 475–494, 2010. DOI: 10.1590/s0104-59702010000600012.
- _____. **Loucos e degenerados** [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- _____. **Uma sala tranquila**. São Paulo: LiberArs, 2019. a.
- _____. Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. In: MIRANDA, Marisa. **Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental**. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata, 2019. b. p. 19–48.
- CASTEL, Robert. **El orden psiquiátrico**. Madrid: La Piqueta, 1980.
- CASTRO, Edgardo. **Diccionario Foucault**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.
- CCPR. **Observación general No. 35. Artículo 9: Libertad y seguridad personales**. [S. l.]: 2014.



CRPD. **Observación general No. 1. Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley.** [S. l.]: 2014.

CHISHOLM, Brock. The psychiatry of enduring peace and social progress. *Psychiatry*, Baltimore, MD, v. 9, n. 1, 1946.

CHRISTMAN, John. Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves. *Philosophical Studies*, [S. l.] v. 117, n. 1/2, p. 143–164, 2004. DOI: 10.1023/B:PHIL.0000014532.56866.5c.

COMELLES, Josep Maria. La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre antropología y psiquiatría. **Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona**, Barcelona, v. 8, n. 2, p. 149–170, 1981.

CUNHA, Jose Ricardo Ferreira. Para uma crítica humanista da sociedade racional e do direito moderno. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul RS, v. 2, n. 52, p. 153, 2017. DOI: 10.17058/rdunisc.v2i52.9664.

DE SAUSSURE, Raymond. The influence of the concept of monomania on French medico-legal psychiatry (from 1825 to 1840). **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, [Oxford, UK], v. 1, n. 3, p. 365–397, 1946. DOI: 10.1093/jhmas/1.3.365.

ENGSTROM, Eric J. Emil Kraepelin: Psychiatry and public affairs in Wilhelmine Germany. **History of Psychiatry**, [S. l.], v. 2, n. 6, p. 111–132, 1991. DOI: 10.1177/0957154X9100200601.

FARGE, Arlette; FOUCAULT, Michel. **Le Désordre des familles**. Paris: Gallimard, 1982.

FARLEY, John. **Brock Chisholm, the World Health Organization, and the Cold War**. Vancouver: UBC Press, 2008.

FEDERICI, Silvia. **El Caliban y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.

FERREIRA, Natália Damazio Pinto. Vivente e vida nua: Conceitos de Biopolítica. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 893–915, 2022. DOI: 10.1590/2179-8966/2021/57022.

FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. **Revista Mexicana de Sociología**, [Mexico DF], v. 50, n. 3, p. 3–20, 1988.

_____. **La vida de los hombres infames**. Argentina: Editorial Altamira, 1996.

_____. **Defender la Sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

_____. **Nietzsche, la Genealogía, la Historia**. Valencia: Pre-Textos, 2004.



_____. **El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. a.

_____. **Historia de la sexualidad 1-La voluntad del saber**. México DF: Siglo XXI, 2007. b.

_____. **Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. c.

_____. **Historia de la locura en la época clásica, I**. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2015.

_____. **Sublevarse**. Viña del Mar: Catálogo Libros, 2016.

FRIEDLANDER, Henry. **The Origins of Nazi Genocide: from euthanasia to the final solution**. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1995.

HITLER, Adolf. **Mi Lucha**. Medellín: Sigfrido Casa Editora, 2013.

HUERTAS, Rafael. Madness and degeneration, III.* Degeneration and criminality. **History of Psychiatry**, [S. l.], v. 4, n. 14, p. 141–158, 1993. DOI: 10.1177/0957154X9300401401.

HUXLEY, Julian. **UNESCO: Its Purpose and Philosophy**. [London and Paris]: Preparatory Commission of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1946.

JACOB, Jean Daniel; FOTH, Thomas. Expanding our understanding of sovereign power: on the creation of zones of exception in forensic psychiatry. **Nursing Philosophy**, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 178–185, 2013. DOI: 10.1111/nup.12017.

JOSEPH, Jay. The 1942 “euthanasia” debate in the American Journal of Psychiatry. **History of Psychiatry**, [S. l.], v. 16, n. 2, p. 171–179, 2005. DOI: 10.1177/0957154X05047004.

KEVLES, Daniel J. **In the Name of Eugenics: Genetics and the Uses of Human Heredity**. Berkeley: University of California Press, 1986.

KRAEPELIN, Emil. ‘On the question of degeneration’. **History of Psychiatry**, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 399–404, 2007. DOI: 10.1177/0957154X070180030502.

LACLAU, Ernesto; MOUFFE, Chantal. **Hegemonía y estrategia socialista**. Madrid: Siglo XXI, 1987.

LAUREN, Paul Gordon. **The Evolution of Human Rights: Visions Seen**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2013.

LIFTON, Robert Jay. **The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide**. New York: Basic Books, 1986.

LUGONES, María. Hacia un feminismo descolonial. **La Manzana de la Discordia**, [Santiago de Cali], v. 6, n. 2, p. 105, 2016. DOI: 10.25100/lamanzanadeladiscordia.v6i2.1504.



MALDONADO-TORRES, Nelson. Sobre la colonialidad del ser. Contribuciones al desarrollo de un concepto. In: CASTRO-GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramón (org.). **El giro decolonial**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007. p. 127–167.

MAZUMDAR, Pauline. **Eugenics, Human Genetics and Human Failings**. London: Routledge, 2005.

MIGNOLO, Walter D. Decires fuera de lugar: Sujetos dicentes, roles sociales y formas de inscripción. **Revista de Crítica Literaria Latinoamericana**, [Medford, MA], v. 21, n. 41, p. 9–41, 1995. DOI: 10.2307/4530794.

MINKOWITZ, Tina. CRPD advocacy by the world network of users and survivors of psychiatry: The Emergence of an User/Survivor Perspective in Human Rights. **SSRN Electronic Journal**, [S. l.], 2012. DOI: 10.2139/ssrn.2326668.

_____. Advancing the rights of users and survivors of psychiatry using the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In: SPANDLER, Helen; ANDERSON, Jill; SAPEY, Bob (org.). **Madness, Distress and the Politics of Disablement**. Bristol: Policy Press, 2015. p. 171–182.

_____. **Reimagining Crisis Support**. Chestertown: Lilith's Warrior Press, 2021.

MOREL, Bénédicte Auguste. **Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine**. Paris: Baillière, 1857.

MOREY, Miguel. **Lectura de Foucault**. México: Editorial Sexto Piso, 2014.

MORSINK, Johannes. **The Universal Declaration of Human Rights: Origins, Drafting, and Intent**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1999.

MÜLLER-HILL, Benno. **Murderous Science: elimination by scientific selection of Jews, Gypsies, and others, Germany 1933-1945**. New York: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 1998.

_____. Truth, justice, and genetics. **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 43, n. 4, p. 577–583, 2000.

OHCHR. **World Needs “Revolution” in Mental Health Care, UN Rights Expert**. 2017. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689>. Acceso en: 31 jan. 2022.

OHCHR. **The right to mental health**. 2022. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/RightToMentalHealth.aspx>. Acceso en: 31 jan. 2022.



PESET, José Luis. **Ciencia y marginación: una historia de negros, locos y criminales**. Barcelona: Crítica, 1983.

PORXAS ROIG, M. Àngels. **El dogma de las capacidades y la racionalidad: un análisis crítico sobre el tratamiento jurídico de las personas diagnosticadas con problemas de salud mental**. 2009. Tesis (Programa de Doctorat Interuniversitari en Dret, Economia i Empresa) – Departament de Dret Públic, Universitat de Girona, Girona, 2019.

READ, John; MASSON, Jeffrey. Genetics eugenics and mass murder. In: READ, John; MOSHER, Loren; BENTALL, Richard P. (eds.). **Models of Madness**. [S. l.]: Taylor & Francis e-Library, 2005. p. 35–42.

REINA, Maria Veronica. **How the International Disability Caucus Worked During Negotiations for a UN Human Rights Convention on Disability**, p. 4–7, 2008. Disponible en: <http://globalag.igc.org/agingwatch/events/CSD/2008/maria.htm>

SANTOS, Boaventura de Sousa. Beyond abyssal thinking: From global lines to ecologies of knowledges. **Review (Fernand Braudel Center)**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 45–89, 2007. DOI: 10.3726/978-1-4539-1797-8/12.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MARTINS, Bruno Sena (eds.). **El pluriverso de los derechos humanos**. México: Akal, 2020.

SAYA, Anna. *et al.* Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. **Frontiers in Psychiatry**, [S. l.], v. 10, n. APR, 2019. DOI: 10.3389/fpsyt.2019.00271.

TOBIN, John. **The Right to Health in International Law**. New York: Oxford University Press, 2012.

TREMAIN, Shelley. On the government of disability. **Social Theory and Practice**, [Tallahassee, FL], v. 27, n. 4, p. 617–636, 2001. DOI: 10.5840/soctheorpract200127432.

WELLER, Penelope. Mental capacity and states of exception: revisiting disability law with Giorgio Agamben. **Continuum**, [Australia], v. 31, n. 3, p. 400–410, 2017. DOI: 10.1080/10304312.2016.1275135.

WILDEMAN, Sheila. Protecting Rights and Building Capacities: Challenges to Global Mental Health Policy in Light of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, [Australia], v. 41, n. 1, p. 48–73, 2013. DOI: 10.1111/jlme.12005.



WYNTER, Sylvia. Unsettling the coloniality of being/power/truth/freedom: towards the human, after man, its overrepresentation—an argument. **CR: The New Centennial Review**, [East Lansing, MI], v. 3, n. 3, p. 257–336, 2003. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/41949874>. Acceso en: 20 feb. 2022.

Sobre las autoras

Beatriz Perez Perez

Becaria doctoral por el Ministerio de Educación Cultura y Deporte del Gobierno de España (FPU16/05459) en el Doctorado en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo de la UAB. Miembro de los Grupos de Investigación: Lis-Estudios Sociales y de Género sobre la Corporalidad, la Subjetividad y el Sufrimiento Evitable y; Des-subjectant - Grupo de Estudios Sociales de la Sujeción i la Subjetividad des de una Perspectiva de Género (UAB). Vocal de Investigación en ActivaMent Catalunya Associació, organización autogestionada por personas psiquiatrizadas dedicada a la defensa de los derechos humanos, la investigación y el apoyo mutuo. Mi línea de investigación actual problematiza desde una perspectiva genealógica de inspiración foucaltiana las relaciones de poder-saber en la intersección entre el régimen de los derechos humanos, la locura y el dispositivo de salud mental.

Margot Pujal i Llombart

Doctora en Psicología Social. Profesora Titular del Departamento de Psicología Social de la UAB. Profesora de los Programas de Doctorado: Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas (IIEDG); Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo (UAB), y; Programa de Sociología (UAB). Profesora de los Masters: Mujeres, Género y Ciudadanía (IIEDG); Investigación e Intervención Psicosocial (UAB); Psicología General Sanitaria (UAB); La Perspectiva de Género en las Políticas Públicas (UAB). Profesora de los Grados en Psicología y en Estudios Socioculturales de Género (UAB). Campo de investigación: Análisis feminista interseccional de la tensión sujeción-agencia en la producción de identidades, corporalidades y sexualidades y en relación con los mecanismos de transformación del dispositivo de poder de género y sus violencias en prácticas psicosociales de salud, cuidado y bienestar feminista y queer. Coordinadora del grupo de Investigación Des-Subjectant: Estudios Sociales de la sujeción y la subjetividad desde una perspectiva de género interseccional.

Enrico Mora

Doctor en Sociología y Máster en Psicoanálisis Bases Teóricas y Clínicas. Profesor del Departamento de Sociología de la UAB. Profesor de los Masters: Mujeres, Género y Ciudadanía (IIEDG); Género i Comunicación (UAB); Política Social, Trabajo y Bienestar (UAB), y; Feminismos Jurídicos (UAB). Campo de investigación: Análisis de las desigualdades sociales y del poder según las relaciones de sexo, género, sexualidad y clase social en el ámbito de la salud y del trabajo (mercantil y doméstico), y su impacto en la formación de las corporalidades, las subjetividades, y las emociones desde una aproximación sociológica, feminista y psicoanalítica queer. Aplicación de la perspectiva de género a las dimensiones epistemológicas, éticas, metodológicas y analíticas de la investigación. Coordinador del grupo de Investigación Lis: Estudios sociales y de género sobre la corporalidad, la subjetividad y el sufrimiento evitable. Coordinador del Doctorado en Sociología (UAB) y Coordinador para la UAB del Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas.

Beatriz Pérez Pérez ha liderado la elaboración de este artículo y Margot Pujal i Llombart y Enrico Mora han participado sustancialmente en las diversas fases del mismo.

