

## Psicoanálisis y el delirio de normalidad en las instituciones de salud mental

**Juan Pablo Sánchez Domínguez**  
Universidad Autónoma del Carmen  
[jsanchez@pampano.unacar.mx](mailto:jsanchez@pampano.unacar.mx)

### Resumen

A lo largo de este artículo se propone analizar alguno de los antecedentes de la “salud mental” en México, la instauración e institucionalización de los servicios de “sanidad” en este campo, así como las discordancias y desencuentros que esta práctica tiene con la lógica psicoanalítica.

Por otro lado, se examinan los intentos fallidos de las instituciones públicas de normalizar lo irreductible del síntoma en su vertiente psíquica, se precisa que estas intenciones frecuentemente se encuentran bajo los ideales de la búsqueda de bienestar ejercida por parte del estado y la ciencia.

Bajo el concepto Freudiano de *malestar* se propone vislumbrar que los intentos de silenciar el síntoma mediante el discurso postmoderno de la “felicidad para todos” están condenados al fracaso.

**Palabras clave:** Psicoanálisis, salud mental, síntoma, malestar

---

## Introducción

Podemos pensar que los antecedentes de la salud mental se remontan al movimiento que inicialmente se articuló a la higiene mental en 1908 y de esta forma sabemos que el trabajo realizado por Clifford Beers en Estados Unidos dio inicio a este enfoque de orden público, para este entonces Beers publicó “*Amind That Found Itself*” que básicamente consistía en exponer la experiencia personal de su labor como psiquiatra, cabe mencionar que la influencia que este libro tuvo fue altamente significativa, puesto que provocó que para este mismo año se estableciera “*The Mental Health Society on Connecticut*” de esta manera el término “higiene mental” alcanzó bastante popularidad concretándose en 1909 con la creación de “*The National Commission of Mental Hygiene*” y en 1919 la internacionalización de las actividades de la comisión dio lugar al establecimiento de algunas asociaciones centradas en la “higiene mental” (Bertolote, 2008).

El movimiento de “higiene mental” orientado por el trabajo de Beers estaba básicamente encaminado a mejorar la atención de los pacientes con trastornos “mentales”, con el tiempo este hecho dio lugar a la formación de una comisión cuyo propósito fue humanizar la atención de los enfermos mentales procurando erradicar los abusos y brutalidades presentes en las instituciones. Más adelante y con la autoridad del comité se incluyeron formas leves de “discapacidad mental” y una mayor preocupación por la labor preventiva con la idea de que los trastornos mentales frecuentemente encuentran su origen en la infancia o en la juventud y que las medidas preventivas son más eficaces a principios de la vida (Bertolote, 2008).

Por otro lado, tenemos que hasta 1946 no se encuentran referencias técnicas en lo referente al término “Salud mental”, se propone para esas fechas la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la instauración en Londres de “*The Mental*

Health Association” el término empleado hasta a entonces para este campo siguió siendo “higiene mental”. En 1948, al tiempo que se instaura la OMS se celebra el primer congreso de salud mental en Londres en el cual por vez primera se definen los términos “salud Mental” e “higiene mental” describiendo a este último como las actividades y técnicas que fomentan y mantienen la salud mental y el primer como la “condición” sometida a las fluctuaciones debido a factores sociales y biológicos que permiten al individuo alcanzar la síntesis satisfactoria de sus propios instintos. En este mismo preámbulo de fundación de la OMS se logró establecer que la salud es un estado de “bienestar completo” físico, social y mental y no solamente la ausencia de afección o enfermedad. Para agosto de ese mismo año y en el marco del congreso internacional de la OMS se dio inicio con una conferencia sobre “higiene mental” en donde se aprecia el uso indiscriminado de los términos higiene y salud con el adjetivo mental con ello se fue reemplazando gradualmente el término de higiene por el de salud. Posteriormente se convoca a una conferencia en donde desde el punto de vista conceptual y quizás como reflejo de la posguerra Flugel presidente del comité de programas de conferencias, solo expuso un concepto de salud mental, el cual definió como la condición que permite el desarrollo físico, intelectual, y emocional óptimo de un individuo, en la medida en que ello sea compatible con la de otros individuos.

A manera de puntualización sintetizaremos al menos dos cosas que prevalecen en lo ya expuesto, en primer lugar, aquello que constituye un modo particular de implementar el término “salud mental” en el discurso de la OMS, de tal manera que permeo algunos otros campos que ostentan la misma racionalidad biológica, en segundo, mediante esta concepción se vislumbra la mirada positivista sobre “lo mental” con ello el señalamiento de Flugel encierra una comprensión de un sujeto escindido de sus cualidades, estableciendo contrariamente un estándar de manifestaciones fenoménicas.

### Antecedentes, institución y enfermos mentales

Los antecedentes que se tienen de las primeras instituciones que se dedicaron al cuidado de los “enfermos mentales” en México, fue la de san Hipólito fundada esta en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera. Por otro lado, para 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Estas instancias de origen religioso como es de suponerse sustentaban dentro de sus principios una labor filantrópica hacia los que padecían alguna enfermedad “mental”. Este discurso cristiano y su afán de hacer el bien a todos, se contraponen a las decisiones y responsabilidades subjetivas implicadas en las manifestaciones sintomáticas de los sujetos enfermos, contradice incluso, la pulsión de muerte intrínseca en todo ser hablante (Lucchelli, 2003).

El discurso religioso por su origen y sus modos sui géneris de operar desculpabilizan y des-responsabilizan todo acto psíquico presente en el “enfermo”, ofreciendo por otro lado la promesa de una felicidad en oposición al malestar de la cultura inevitable en la constitución de todo sujeto (Freud, 1927).

Dentro de otras importantes instauraciones de este tipo de instituciones, se tiene que para el año de 1898 se creó el Manicomio Estatal en Orizaba, Veracruz, en donde gracias al progreso económico de este estado, la preocupación del gobierno, y de las clases sociales pudientes por mantener bajo control a los grupos minoritarios, se decide la edificación de este centro hospitalario (Morales, 2009). El carácter del gobierno de fundar sistemas de control social cada vez más sofisticados permite pensar que la construcción de este espacio fue una estrategia para hacerlo, por un lado, se mantiene el orden social de las mayorías y por el otro se niega la realidad frente a los alienados procurando su “bienestar” al ofrecerles ciertas “garantías individuales”: comida, vestido y cobijo.

La manera y el contexto en como se edifican estos espacios físicos hacen notar las formas de control por parte del estado sobre los grupos minoritarios denominados

“enfermos mentales” donde el silencio y la marginación de los cuerpos se hace notable y, peor aun se pone en evidencia el deseo de los discursos oficiales de reducir toda diferencia posible. Es decir, ocultar todo aquello que no es el común denominador para “todos”, idea normativizante proveniente de una nueva racionalidad que escinde toda diferencia, sin embargo, esto es del orden de lo imposible, sabemos desde el psicoanálisis que no hay regla que opere, si existe al menos uno que no cumpla con esta condición, en contradicción a esto, el único des-orden social que valdría sería el de reconocer la diferencia y poder hacer algún vínculo desde esta perspectiva lógica.

Por otro lado, para este periodo y bajo la orden política del presidente Porfirio Díaz se inaugura el manicomio general en los terrenos de la hacienda “La Castañeda” en Mixcoac, ciudad de México. En este caso se conservan expedientes de pacientes que fueron reclusos por mostrar comportamientos que trasgredían los discursos de moralidad de la época; motivo por el cual se les consideró “enfermos mentales” (Ríos, 2009). Estos centros permitían recluir y mantener desterrado a todo aquel que se manifestara en contra de las decisiones del régimen e incluso disidieran sobre las ideas dominantes impuestas por el estado.

Tenemos que en esta época el fenómeno de reclusión de los “anormales” fue una manera de excluir toda manifestación en contra de los cánones de normalidad social y una consecuencia sobre aquellos que no acataran las disposiciones del gobierno en turno. Es decir, el des-conocimiento de los fenómenos humanos determinó las formas de proceder y ejercer el poder, la imposición se inscribe como la única manera de escribir la historia.

Esta procuración de homogenizar las cualidades humanas no es más que una búsqueda de control sobre las diferencias subjetivas que constituyen a cada uno de los sujetos hablantes, sin embargo, el inconciente se resiste al afán de la estandarización, es el psicoanálisis que convoca a cuestionar todo aquello que apunta a establecer normas

comunes, que no corresponde a la realidad psíquica sino a una nueva realidad que homogeniza y abre toda posibilidad de negar la realidad que nos habita (Freud,1927).

Todas estas instituciones que intentaron tratamientos sobre “enfermos mentales” en México funcionaron en el tenor de una lógica común. Cabe mencionar que estos centros de reclusión carecían también de conocimientos mínimos para su intención, y aquellos que fungían como responsables eran en exclusividad religiosos, administrativos o médicos, sin contar con la infraestructura suficiente para el trato al menos digno de los reclusos.

### **Lo inconsistente de la promoción de la salud**

En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la Secretaría de Salud pública. Este proponía un programa de salud que tenía como objetivo “promover la salud mental” (Secretaria de Salud, 2001).

Este afán de las instituciones sanitarias de “mover hacia delante”, de alcanzar un estado de “bienestar, físico y mental enfrenta dos problemas centrales; lo institucional y lo científico, el primero cuyas propuestas y respuestas es de que la salud mental es realizable y alcanzable y el segundo que busca sustraer la verdad última de los cuerpos y el medio de legitimizar las prácticas de control sobre los sujetos. Ya para 1959 las acciones sobre la “salud mental” estaban acompañadas por el establecimiento de módulos de “higiene mental” en algunos centros de salud, creándose 6 unidades, 3 establecidas en el Valle de México y otras 3 en los estados de Sonora, Oaxaca, y Tabasco respectivamente.

Durante los periodos siguientes que corresponde los años de 1964 a 1970 se busca la reestructura de la unidad central que coordina estos servicios y se instituye la Dirección de Salud Mental cuya finalidad fue ejecutar el plan “Operación Castañeda” el cual consistió en que la Secretaria de Salud Nacional cerrara el hospital de la hacienda “La

Castañeda” y se crearan seis centros hospitalarios en los cuales se mejorarían las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y de rehabilitación. Estos nuevos esquemas buscaban desarrollar por medio de la fármaco-dependencia, de la actividad ocupacional, y de talleres terapéuticos alternativas para que los pacientes se reintegraran al orden social.

Es este contexto y desde el panorama del estado mexicano se instaura un nuevo recurso pragmático de procedimientos institucionales respecto a la “salud mental” donde el fin último será la reincorporación del “enfermo” a la dinámica de la producción social, sin importar claro, la dinámica subjetiva de los sujetos reclusos, lo que ocupará a las instituciones y a las nuevas políticas de salud pública será volver a los sujetos a “un estado anterior”, que se traduce en la recuperación de sus espacios de habitación y capacidades de producción.

En esta lógica el sujeto tendrá salud en la medida en que pueda regresar a su vida cotidiana anterior a la reclusión, en la medida en que sea “re-habilitado” nuevamente en sus funciones físicas, la finalidad es retirarlo de las instituciones publicas y albergarlo de nuevo con sus familiares, esto debía ser subsanado por nuevos profesionales que lo certificaran, favoreciendo con ello prácticas que garantizaran resultados cifrables y demostrables mediante la reincorporación de los “anormales” a la sociedad: la farmacología psiquiátrica, las terapias de ocupación agrícola y de servicios habían de realizar esta función.

En lo que respecta al psicoanálisis es una dificultad que enfrentó y sigue enfrentando, a decir, el ataque de las instituciones y de los agentes idealistas de la “salud mental” traducidos en la búsqueda de la función utilitarista del tratamiento.

### **En busca del bienestar**

Un factor común que atraviesa a las políticas de salud y no solamente en México es la búsqueda incesante del bienestar promovido y avalado por la Organización Mundial de la Salud desde su aparición (Laurent, 1999). Esta propuesta ha servido de base para que la administración de la Secretaría de Salud en México de 1988-1994 estableciera un cuerpo colegiado ex profeso para fortalecer la comisión para el bienestar del “enfermo mental”. Posteriormente entre 1995-2000 se produjo una reforma cuyo principal objetivo fue reducir los efectos sociales de la salud mental para lo cual se planeo una serie de acciones entre ellas la expedición de la Norma Oficial Mexicana cuyo propósito es la de unificar criterios de tratamientos en la atención hospitalaria (Secretaría de Salud, 2001). Reducir los efectos sociales se traduce en reducir los costos económicos, síntesis de tres décadas de arduo trabajo por parte del estado, desde los intentos de retirar a los “enfermos mentales” de las instituciones a partir de las terapias ocupacionales de los años 70s. Como vemos también la reducción del costo tiene que ver con la estandarización de los tratamientos, donde lo más importante es atender en el menor tiempo posible el mayor número de enfermos, sin importar claro está, la singularidad del caso clínico.

Hasta nuestros días esto no ha sufrido mayor variación, hay una falta constante de personal y presupuesto que cubra la demanda cada vez mayor de la población (Sandoval, 2005).

### **Psicoanálisis, respuesta, e ideales de la normalización**

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, existe un imposible en el campo de la salud mental, a saber, la normalidad; las acciones del estado responsable en imponer políticas de salud, las instituciones de hacerlas valer y los profesionales responsables de llevarlas a cabo se han circunscrito en este cortocircuito. Una condición válida para que esto se mantenga es tratar a los sujetos como categorías haciendo los casos singulares casos estandarizables, cuantificables y clasificables (Laurent, 2009).

Por esta razón se piensa que es momento que el psicoanálisis en México tome algunos desafíos que consistan en proponer servicios públicos bien orientados y delimitados, dando lugar a una clínica de la escucha de la palabra de manera tal que los síntomas puedan tener un lugar de inclusión subjetiva. Es cierto que se ha dado respuesta a los ideales de normalidad en México, pero esta respuesta ha sido insipiente en relación a las nuevas reformas de la Secretaría de Salud Pública que han estado orientadas por la reducción del costo, el control de las prácticas y de los tratamientos.

A diferencia de países como Francia donde han aparecido diversos intentos de reglamentar las prácticas “psi” y han surgido resistencias unificadas tanto por psicólogos, psicoterapeutas y psicoanalistas, posibilitando la discusión de las enmiendas que pretenden estandarizar (Brodsky, 2004). En nuestro país la formación en el campo “psi” es muy diverso, tanto en la práctica como en la teoría, adjudicándose el psicólogo en lo práctico cualquier autodefinición, “general” siendo la más común en caso que posea algunos instrumentos que le permitan incurrir en la realidad cotidiana que labora, en lo teórico, no es difícil encontrar aquel que se define como “ecléctico”, siendo un pragmático

con pocos conceptos, muchas nociones, uso arbitrario de categorías y una gran avidez para valerse de cualquier recurso a fin de responder a una dificultad clínica (Ortega, 2006). Bajo estas circunstancias sería complicado resistirse a la propuesta del estado y de las instituciones de imponer cualquier regla de control de nuestra labor clínica, de colectivizar en un utilitarismo y lenguaje común.

En este sentido Lacan no dejaba de anunciar proposiciones provocadoras tal como “todo el mundo esta loco” confirmándonos entonces, que la salud mental producto del montaje de ideales colectivos es insostenible (Cárdenas, 2009). Lacan nos ofrece las posibilidades de dar respuesta a lo inadmisibles de la normalidad, por un lado, poder diferenciar que no se trata de una práctica del orden singular y por otro, la producción de un sujeto que sólo es reconocible a partir de la interpretación psicoanalítica (Kruger, 2008).

En este mismo sentido el psicoanálisis nos propone otro viraje, desde que Freud introdujo la dimensión de lo que llamó pulsión de muerte sabemos que todos los discursos sobre el imperativo del bien, sobre lo útil, sobre la búsqueda de bienestar tienen debajo intenciones peligrosas que se imponen y demandan la renuncia a todo deseo. El discurso del psicoanálisis apunta a lo que no funciona del discurso totalizador, a lo que hace síntoma y de este a lo que permanece irreductible, lo real del síntoma que desde la experiencia analítica nos indica que no puede ser reducido a un sentido común (Miller, 2008). En estos términos, la cuestión lógica de lo irreductible del síntoma nos muestra aquello que lo que tendremos que arreglárnosla el resto de nuestras vidas y no aquello que se habrá de negar, como lo inscribe la salud mental.

## Conclusión

A manera de conclusión podemos señalar, que uno de los antecedentes que se tienen sobre la salud mental básicamente es, que ésta fue orientada por un carácter puramente asistencial, la intención fue mejorar las condiciones de los enfermos en los espacios de reclusión. Posteriormente pasado ya al interés del orden público tanto en práctica como en teoría la salud mental se sostuvo y orientó por la OMS, ésta sin criterio alguno fue introduciendo el término a otros espacios de intervención, legalizando su uso indiscriminado y confundiéndolo en ocasiones con el de “higiene mental”.

En lo que respecta a las instituciones y los sistemas de reclusión de los llamados “enfermos mentales” nuestro país inicialmente se vio cobijado por discursos religiosos en donde el imperativo del “bien común” mostró sus estragos, de tal modo que jamás se pensó que los síntomas formaran parte del mismo paciente y al cual había que fincarle responsabilidades subjetivas. Por el contrario se pensaba que todo padecer era producto de una manifestación divina o demoniaca.

Posteriormente el estado intervino en este tipo de reclusiones, con el afán de mantener a los disidentes bajo control, en ocasiones bastaba simplemente en ir en contra del gobierno o tener una conducta inapropiada al orden moral en cuestión para terminar confinado a las cuatro paredes de un asilo.

Más tarde ya con un propósito más claro el gobierno instauró una serie de instancias que procuraban ante todo la reinserción de los enfermos al orden socio-productivo, de tal modo que ellos mismos pudieran ser fuente de su propio sostenimiento, teniendo como finalidad una cierta reducción de gastos. Esta estrategia de

reducción de gastos y con la idea de la salud mental normalizable ha favorecido a que las clínicas y los profesionales de la “salud mental” estandaricen los tratamientos y se olviden de la escucha del caso por caso, de tal modo que los médicos psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas basan sus diagnósticos en los manuales y cuestionarios de fácil aplicación y atiendan a un sin número de pacientes al día, evitando con ello menor costo en la atención.

El psicoanálisis nos convoca a la escucha de lo singular muy por el contrario de esta época del hombre sin cualidades, donde la intención de la ciencia y del estado es de reducir al síntoma a una estadística, a una simple cifra.

## Bibliografía

Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *Revista de la asociación mundial de psiquiatría. Tomo 6, número 2.*

Consultado en línea. <http://www.wpanet.org/v1/publications/>

Brodsky, G. (2004). Una polémica que llegó al consultorio. *Revista digital de la escuela de orientación Lacaniana: Virtualia. Numero 10.* Consultado en línea en, <http://virtualia.eol.org.ar>

Kruger, F. (2008). El análisis por añadidura. *Revista digital de la escuela de orientación Lacaniana: Virtualia. Numero 17. 2008.*

Consultado en línea en, <http://virtualia.eol.org.ar>

Cárdenas, H. (2009). Formas singulares de lazo. *Revista digital de la escuela de orientación Lacaniana: Virtualia. Numero 19.* Consultado en línea en, <http://virtualia.eol.org.ar>

Freud, S. (1979). El porvenir de una ilusión, el malestar en la cultura en O.C., Volumen XXI. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. [Obra originalmente publicada en 1927-1931]

Lacan, J. (1991). El seminario Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Paidós, Buenos Aires. [Obra originalmente dictada en 1964]

Laurent, E. (2009). El delirio de normalidad. *Revista digital de la escuela de orientación Lacaniana: Virtualia. Numero 19.* Consultado en línea en, <http://virtualia.eol.org.ar>

Lucchelli, P. (2003). Entrevista a Olivier Flournoy *Revista digital de la escuela de orientación Lacaniana: Virtualia. Numero 07.* Consultado en línea en, <http://virtualia.eol.org.ar>

Miller, J. (2008). El partenaire-síntoma, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2008.

Morales, F. (2009). El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920). *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. Número.38. 2009.

Consultado en línea en,

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018526202009000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018526202009000200008&script=sci_arttext)

Ortega, R. (2006). Ensayos de psicología clínica y psicoanálisis. Universidad Autónoma del Carmen. 2006. Campeche, México.

Organización mundial de la salud. Enseñanza de la psiquiatría y la salud mental. Ginebra. OMS, 1963.

Ríos, A. (2009). El Manicomio General La Castañeda en México *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Debates*. Numero 09. 2009.

Consultado en línea en, <http://nuevomundo.revues.org/50242>

Sandoval J. (2005). La salud Mental en México. Parlamento de política social. México D.F.

Secretaria de Salud Pública. (2001). Programa de acción en salud mental. Primera edición. México D.F.