



Revista Iberoamericana de Derecho, Cultura y Ambiente



Edición Nº 9 – Julio de 2026

Capítulo de Discapacidad y Derechos

www.aidca.org/revista

DEL PADECIMIENTO MENTAL AL SUJETO DE DERECHO TERMINOLOGÍA, ANTIPSIQUIATRÍA Y CIENCIAS SOCIALES EN LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL 26.657

Por María Silvina Matioli¹

Introducción

Las palabras importan. Especialmente en salud mental, donde la nomenclatura que utilizamos carga con décadas de prejuicio, institucionalización y exclusión. Cuando Argentina sancionó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010, no solo legisló procedimientos: alteró el vocabulario oficial con el que se habla de la angustia, la confusión y el sufrimiento psíquico. El término “padecimiento mental” sustituyó al de “enfermedad mental”, un cambio que parecería menor a primera vista, pero que en realidad condensa un giro

¹ Abogada – Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Procuradora- UNLZ. Posgrado en Discapacidad y Derechos-Facultad de Derecho-UBA. Docente de UBA y UNLZ. Posgrado de actualización de Derecho a la salud UBA. Diplomada en salud mental y adicciones AGRAFA. Me encuentro cursando Diplomatura en Discapacidad- Centro de formación judicial. Colaboradora en la Revista sobre discapacidad y derechos dirigida por el Dr. Prof. Juan Antonio Seda. IJ Editores 2023/2024. Encargada de la Dirección de Discapacidad de la Municipalidad de Alberti. Abogada asesora en la Dirección de Género de la Municipalidad de Alberti. Autora de publicaciones sobre discapacidad y salud.



epistemológico de largo aliento. Este artículo rastrea los orígenes teóricos e históricos de esa reformulación terminológica.

Encontramos que la Ley 26.657 no emerge en el vacío: es deudora de una genealogía intelectual que incluye la antipsiquiatría de los años 1960-70 (particularmente la obra de David Cooper), el movimiento de reforma psiquiátrica italiano liderado por Franco Basaglia, la sociología de la desviación de Erving Goffman, el análisis histórico de Michel Foucault sobre la invención moderna de la “locura”, y la teoría crítica de figuras como Thomas Szasz. De igual modo, las ciencias sociales argentinas, con autores como Hugo Cohen, Gabriela Stolkiner y Mariano Plotkin, proporcionaron el andamiaje local para repensar la salud mental desde una perspectiva de derechos.

Mi objetivo es demostrar que el cambio terminológico de “enfermedad mental” a “padecimiento mental” no es cosmético, sino que expresa una transformación fundamental en cómo concebimos el sufrimiento psíquico: de un “objeto patológico” a ser “tratado”, hacia una “experiencia subjetiva” de un sujeto portador de derechos. En otras palabras, el lenguaje de la ley condensa una batalla por la dignidad.

Del Modelo Médico Hegemónico al Paradigma de Derechos

Durante el siglo XX, el campo de la salud mental estuvo dominado por lo que la literatura especializada denomina el “modelo médico hegemónico”. Este modelo opera bajo dos supuestos centrales: primero, que existe una “enfermedad mental” análoga a las enfermedades corporales (con síntomas, etiología, evolución y pronóstico); segundo, que el “enfermo mental” es un sujeto pasivo, un objeto de intervención médica, alguien cuya voluntad debe ser subsumida en favor del tratamiento.

Este modelo produjo instituciones específicas: manicomios, hospitales monovalentes, regímenes de internación indefinida. Produjo también una categoría de persona: el “enfermo mental”, un sujeto despojado de capacidad legal, de voto, de libertad de movimiento, de autonomía en decisiones sobre su



propio cuerpo y mente. La terminología no era accidental: “enfermedad” implica causalidad biológica, determinismo, incompetencia del sujeto afectado para comprender su propia condición.

A partir de los años sesenta, ese modelo comenzó a ser cuestionado desde múltiples direcciones. Las ciencias sociales, particularmente la sociología y la antropología, comenzaron a demostrar que la “enfermedad mental” no era una entidad natural universal, sino una construcción histórica y cultural. Los movimientos de reforma psiquiátrica, en Italia primero y en otros países después, comenzaron a dismantelar los manicomios.

Y la antipsiquiatría, especialmente en sus exponentes británicos como David Cooper y R.D. Laing, argumentó que la “psicosis” no era un error neurológico, sino una experiencia humana legítima, frecuentemente “producida” por estructuras familiares patógenas y por sistemas sociales represivos.

La Ley 26.657 hereda esta crítica. Al reemplazar “enfermedad mental” por “padecimiento mental”, la ley crea espacio discursivo para un nuevo sujeto: ya no el “enfermo” pasivo, sino el sujeto de derecho activo, portador de agencia, cuya experiencia de sufrimiento debe ser escuchada y respetada, no medicalizada unilateralmente.

David Cooper y la Antipsiquiatría: Cuestionando lo “Mental”

David Cooper fue un psiquiatra británico que se convirtió en uno de los críticos más radicales de la institución psiquiátrica misma. En su obra fundamental “Psychiatry and Anti-Psychiatry” (1967) y en sus estudios sobre la “psicosis y la familia”, Cooper argumentó algo provocador: que la “locura” no era un trastorno intrínseco del individuo, sino una reacción legítima a estructuras familiares y sociales que generaban dominación, represión y alienación.

Para Cooper, la institución psiquiátrica tradicional (el manicomio, el hospital psiquiátrico) reproducía las mismas lógicas de control y violencia que caracterizaban a la familia patógena o a la sociedad represiva que la gente experimentaba “afuera”. El manicomio no curaba la “locura”: la perpetuaba, la



institucionalizaba, la convertía en una identidad permanente. De ahí que Cooper propugnara la “antipsiquiatría”: no una psiquiatría reformada, sino un cuestionamiento fundamental de si “enfermedad mental” era siquiera una categoría válida.

Esta posición tenía implicancias radicales para cómo hablar del fenómeno. Si la “locura” o la “psicosis” no era una “enfermedad” (con todo lo que eso conlleva de determinismo biológico, de incompetencia del sujeto, de necesidad de confinamiento), entonces, ¿cómo llamarla? El término “padecimiento” responde a esta pregunta: describe la experiencia subjetiva de malestar, sin prejuzgar su origen o naturaleza, sin medicalizar ni patologizar a priori.

Cooper no escribió la ley argentina de 1960-70, pero su obra circulaba en los ambientes progresistas de América Latina. Su pregunta fundamental; “¿qué es realmente la enfermedad mental?”;atraviesa el trabajo legislativo que produciría, décadas después, la Ley 26.657. En ese sentido, la antipsiquiatría de Cooper es un precursor intelectual directo de la reformulación terminológica.

La ley argentina, al hablar de “padecimiento mental”, hace suyo este cuestionamiento antipsiquiátrico: reconoce que el sufrimiento mental existe y debe ser atendido, pero rechaza la medicalización automática y la negación de derechos que caracterizó al viejo modelo.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657: Derechos, Personas y Terminología

La Ley 26.657, sancionada el 25 de noviembre de 2010, es el resultado de un trabajo legislativo que incluyó a psiquiatras críticos, abogados, activistas de derechos humanos y referentes de las ciencias sociales. Entre los protagonistas de ese proceso estuvo Hugo Cohen, psiquiatra e historiador de la medicina que participó activamente en la redacción final de la ley y cuya marca intelectual es visible en su espíritu de transformación.

El Artículo 3 de la ley es emblemático de esta transformación. Establece que “Se reconoce a la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho”. Nótese la estructura semántica: no “el enfermo mental”, sino “la persona con



padecimiento mental”. La palabra “persona” afirma la plenitud del ser humano. La palabra “padecimiento” describe una experiencia, no una identidad patológica permanente. Y “sujeto de derecho” devuelve autonomía a quien, bajo el modelo anterior, había sido convertido en objeto pasivo de intervención médica.

La ley introduce además un conjunto de principios que desglosan esta reformulación terminológica en marcos operacionales. Promueve “trato digno”, “autonomía”, “responsabilidad compartida”, “inclusión social”. Establece el derecho a la educación, al trabajo, a la vida en comunidad, rechazando explícitamente el confinamiento indefinido. En su Artículo 27, ordena que los manicomios sean reemplazados por dispositivos comunitarios, basados en la desinstitucionalización progresiva. Esta cláusula hereda directamente del trabajo de Franco Basaglia en Italia, quien había transformado la salud mental italiana cerrando manicomios entre los años 1960 y 1980.

En resumen, la Ley 26.657 no es solo una ley sanitaria: es un documento político que reformula los términos del discurso sobre la salud mental. “Padecimiento mental” es la palabra clave que sintetiza esa reformulación.

Las Ciencias Sociales y la Construcción Social del Padecimiento Mental

Mientras la antipsiquiatría cuestionaba el fundamento clínico de la “enfermedad mental”, las

ciencias sociales daban un paso más: demostraban que la “enfermedad mental” no era simplemente mal nombrada, sino que era una construcción social e histórica. Michel Foucault, en “Historia de la Locura en la Época Clásica”, realizó un análisis genealógico de cómo occidente “inventó” la categoría de “locura” a partir del siglo XVII. Lo que parecía un dato natural (que ciertos comportamientos son patológicos) era en realidad un producto de dispositivos de poder, de discursos que legitimaban la exclusión y el confinamiento.

Foucault mostró que el “loco” medieval no existía como categoría médica: era visto como un tipo de persona diferente, a veces venerada, a veces evitada, pero no patologizada. Con la modernidad, especialmente a partir del siglo XVIII y



XIX, la medicina moderna “psiquiatrizó” la locura, la convierte en enfermedad, la confina en manicomios. El confinamiento, entonces, no es una consecuencia de la enfermedad: la enfermedad es una justificación para el confinamiento.

Erving Goffman, desde la sociología interaccionista, proporcionó otro ángulo de crítica en “Internados: Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales”. Goffman estudió las instituciones totales (manicomios, prisiones, conventos, cuarteles) como espacios donde se produce un tipo particular de socialización: la “carrera moral del enfermo mental”. Según Goffman, la internación no cura: degrada, estigmatiza, institucionaliza una identidad negativa. El “enfermo mental” no es alguien que tiene una enfermedad; es alguien a quien la institución, la familia y la sociedad han etiquetado como tal, y cuya identidad se ve reconstituida por esa etiqueta.

Thomas Szasz fue aún más radical. En “El Mito de la Enfermedad Mental”, Szasz argumentó que la “enfermedad mental” es precisamente eso: un mito. No existe como entidad neurológica verificable. Lo que llamamos “enfermedad mental” son, en realidad, problemas en la vida: conflictos morales, existenciales, relacionales. Tratarlos como enfermedades médicas es un error categórico que termina medicalizando y despolitizando problemas que son fundamentalmente sociales y éticos.

Estas perspectivas de las ciencias sociales no son abstracciones teóricas sin implicancias prácticas. Demuestran por qué la terminología importa. Si la “enfermedad mental” es una construcción social, un dispositivo de poder, entonces cambiar el término a “padecimiento mental” es un acto de reconfiguración del poder. Es decir: desmedicalizar, despatologizar, reconocer la legitimidad de la experiencia humana más allá del diagnóstico.

Autores Clave en la Reformulación Latinoamericana: Hugo Cohen, Gabriela Stolkiner, Franco Basaglia

Si bien Foucault, Goffman y Szasz proporcionaban el análisis crítico desde Europa y Estados Unidos, fue el trabajo de reformadores locales, especialmente en



Italia y luego en América Latina, el que tradujo esas críticas en políticas públicas concretas. Franco Basaglia y la Reforma Psiquiátrica Italiana

Franco Basaglia (1924-1980) fue un psiquiatra italiano que lideró la transformación más radical de la salud mental en la segunda mitad del siglo XX. Partiendo de los supuestos de la antipsiquiatría y de las ciencias sociales, Basaglia desarrolló una crítica institucional práctica. Comenzó a trabajar en el manicomio de Trieste en 1961, un edificio de horror donde los pacientes vivían encadenados, en condiciones de extrema violencia. En lugar de reformar ese manicomio desde adentro, Basaglia decidió cerrarlo, desmontarlo, eliminar la institución total.

El trabajo de Basaglia en Trieste demostró algo que parecía imposible: que la salud mental podía reorganizarse fuera de los manicomios. Creó servicios comunitarios, grupos terapéuticos, espacios de acogida donde los pacientes recuperaban su humanidad. Legalizó y popularizó el concepto de “desmanicomialización”: no simplemente cerrar hospitales, sino crear un nuevo ecosistema de cuidado basado en la comunidad, el trabajo, la dignidad. Su trabajo influyó en legislaciones de toda Europa y luego en América Latina.

La Ley 26.657 argentina hereda explícitamente de Basaglia cuando, en su Artículo 27, ordena el cierre progresivo de los establecimientos de internación.

Hugo Cohen: Arquitecto Argentino de la Ley 26.657

Hugo Cohen es un psiquiatra e historiador de la medicina argentino cuyo trabajo fue central

en la construcción de la Ley 26.657. Cohen participó directamente en redacción de la ley, llevando sus años de investigación sobre la historia de la psiquiatría argentina, sobre los manicomios, sobre las vidas marginalizadas de los “enfermos mentales”. Cohen es reconceptualización del “sujeto de derecho”. Para Cohen, no es suficiente mejorar el trato de los enfermos en los manicomios. Hay que abandonar la categoría misma. Hay que dejar de pensar en “el enfermo mental”, esa figura sin agencia, sin voto, sin propiedad, sin capacidad legal. Hay



que comenzar a hablar de “personas con padecimiento mental”: seres humanos plenos, cuya experiencia de sufrimiento es legítima, pero que no los define, que no los despoja de sus derechos fundamentales.

Cohen argumenta que la Ley 26.657 marca un quiebre con siglos de discriminación legal. Por primera vez en Argentina, la ley reconoce que una persona con padecimiento mental tiene derecho a votar, a trabajar, a contraer matrimonio, a cuidar de sus hijos, a decidir su propio tratamiento. Es decir: tiene derecho a la capacidad legal, a la autonomía, a la vida digna.

Gabriela Stolkiner: Salud Colectiva y Crítica al Modelo Médico

Gabriela Stolkiner es una sanitarista argentina cuyos trabajos sobre la salud colectiva y la crítica al modelo médico hegemónico han sido influyentes. Stolkiner utiliza el término “padecimiento subjetivo” en lugar de “enfermedad”, argumentando que la enfermedad es una construcción del discurso médico, mientras que el padecimiento es la experiencia vivida del sujeto.

En textos como “Interdisciplina e intersectorialidad”, Stolkiner propone que la salud mental requiere un abordaje interdisciplinario y intersectorial: no solo médicos, sino trabajadores sociales, psicólogos, abogados, educadores, personas con vivencia de padecimiento mental. Esto es coherente con la filosofía de la Ley 26.657, que declara que la atención debe ser multidisciplinaria e intersectorial. Stolkiner, así, es tanto teórica como práctica de la transformación que la ley propone.

Mariano Plotkin: La Historia Crítica de las Categorías

Mariano Plotkin es historiador y ha estudiado cómo se construyó la categoría de “enfermedad mental” en Argentina, específicamente a través de instituciones como el Borda y otras instituciones totales. Su trabajo demuestra que lo que parecía un hecho natural era, en realidad, el producto de una historia específica de poder, medicalización y exclusión. Esta perspectiva histórica es fundamental para entender por qué era necesario cambiar la terminología: porque



la terminología anterior era expresión de un régimen de poder que la Ley 26.657 buscaba transformar.

Implicancias Prácticas: De la Terminología a la Política Pública

El cambio terminológico de “enfermedad mental” a “padecimiento mental” no es meramente simbólico. Tiene implicancias concretas para las políticas públicas, las prácticas clínicas y los derechos de las personas.

En primer lugar, terminar la patologización automática. Un “enfermo mental” es alguien a quien se le presume incapacidad. Una “persona con padecimiento mental” es alguien cuya capacidad se respeta a menos que un proceso judicial demuestre lo contrario. Esto invierte la carga probatoria: ya no es el paciente quien debe probar que es competente, sino el estado quien debe probar que no lo es. Este cambio ha tenido consecuencias reales en Argentina: más personas con diagnósticos psiquiátricos mantienen ahora sus derechos civiles, pueden ejercer su voto, pueden trabajar.

En segundo lugar, el cambio termina con el monopolio médico sobre el significado y el tratamiento. Si es “padecimiento mental” y no “enfermedad mental”, entonces su abordaje no puede ser exclusivamente médico. Requiere perspectivas jurídicas (derechos), sociales (reinserción, inclusión), educativas, comunitarias. La Ley 26.657 insiste explícitamente en esto: la atención debe ser multidisciplinaria e intersectorial. Esto abre espacios para trabajadores sociales, psicólogos, abogados, educadores especiales, y crucialmente, para las propias personas con vivencia de padecimiento mental, cuyas perspectivas durante décadas habían sido excluidas de las decisiones sobre su cuidado.

En tercer lugar, el cambio requiere desmanicomialización real. Un manicomio es la expresión arquitectónica y institucional del modelo que trataba a “enfermos mentales”. Si estamos hablando de personas con padecimiento mental, sujetos de derecho, entonces los manicomios no tienen lugar. La Ley 26.657 no prohíbe explícitamente los manicomios, pero ordena su cierre progresivo en el Artículo 27. Esto ha generado procesos de transformación en varias jurisdicciones:



hospitales monovalentes han sido reconfigurados como servicios comunitarios, se han abierto casas de convivencia, centros de día, equipos de intervención en crisis basados en territorio.

Esto no quiere decir que la Argentina haya completado la desmanicomialización. De hecho, a más de una década de sancionada la ley, muchos manicomios siguen existiendo, muchas personas permanecen internadas indefinidamente, muchos servicios comunitarios aún están en construcción. Pero la Ley 26.657, al cambiar la terminología, ha instalado un horizonte político claro: la salud mental debe ser comunitaria, basada en derechos, y centrada en la dignidad del sujeto. La palabra “padecimiento” es la llave que abre esa puerta.

Conclusión

A lo largo de este artículo hemos argumentado que el cambio terminológico de “enfermedad mental” a “padecimiento mental” en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 no es cosmético ni arbitrario. Es la expresión condensada de un giro epistemológico que hunde sus raíces en la antipsiquiatría de David Cooper, en los análisis históricos de Michel Foucault, en la sociología de Erving Goffman, en la radicalidad clínica de Franco Basaglia, y en el trabajo local de Hugo Cohen, Gabriela Stolkiner y otros referentes de las ciencias sociales argentinas.

El término “padecimiento mental” destituye el régimen anterior en el cual la “enfermedad mental” justificaba el confinamiento indefinido, la negación de derechos, la medicalización total de la existencia. En su lugar, el nuevo término afirma la agencia humana: reconoce que el sufrimiento existe (padecimiento), que es experiencia legítima, pero que no define la identidad de la persona, que no la desposee de sus derechos fundamentales, que requiere respuesta plural (médica, psicológica, jurídica, comunitaria, educativa).

Esto, claro, es el horizonte de la ley. La implementación es otro asunto, más difícil, más lento, más conflictivo. Pero el cambio terminológico marca el terreno de la lucha política: nos dice dónde está el enemigo (el modelo médico hegemónico,



la patologización, la exclusión) y dónde está el objetivo (una salud mental comunitaria, desinstitucional, basada en derechos).

Para profesionales de la salud mental, para trabajadores sociales, para abogados, para activistas de derechos humanos, la palabra “padecimiento” es una invitación y una responsabilidad: invitación a escuchar las voces de las personas más allá del diagnóstico; responsabilidad de construir servicios que respeten la dignidad, que sumen fuerzas, que reconozcan que la salud mental es un asunto ético y político, no solo médico. Las palabras importan. En salud mental, importan mucho.

Bibliografía

- Basaglia, F. (1982). “The Destruction of the Asylum”. En: F. Basaglia, *Psychiatry inside out*. New York: Columbia University Press.
- Cohen, H. (2015). “Derecho(s) a la Salud Mental. Perspectivas sobre la Ley Nacional 26.657”. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications.
- Cooper, D. (1971). *The Psychiatry of the Family*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1961/2006). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
- Plotkin, M. B. (2003). *Freud en las Pampas: Historia Intelectual de la Psicoanálisis en la Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- República Argentina. (2010). “Ley Nacional de Salud Mental No 26.657”.
- Stolkiner, A. (2000). “Interdisciplina e intersectorialidad en la atención de la salud mental”. En: *Revista de Salud Mental y Ciencias Sociales* 5. Buenos Aires.
- Szasz, T. (1961/2009). *El Mito de la Enfermedad Mental*. Buenos Aires: Amorrortu