



LIBROS

Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento : perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi

María E. Epele [comp.]

Instituto de Investigaciones Gino Germani, CLACSO, Buenos Aires, 2020

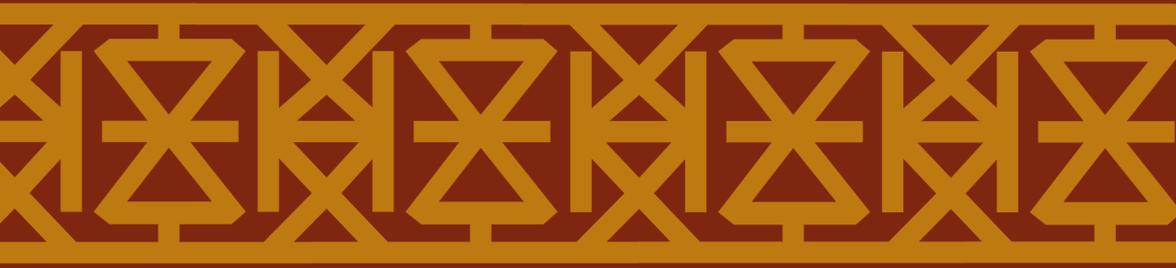
Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





María E. Epele
[compiladora]

Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento

Perspectivas y debates contemporáneos
sobre las tecnologías psi



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

IIGG | GINO
GERMANI

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



CLACSO

POLÍTICAS TERAPÉUTICAS Y ECONOMÍAS DE SUFRIMIENTO

PERSPECTIVAS Y DEBATES CONTEMPORÁNEOS
SOBRE LAS TECNOLOGÍAS PSI

Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento : perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi / María E. Epele ... [et al.] ; compilado por María E. Epele. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani - UBA, 2020.

Libro digital, PDF - (IIGG-CLACSO)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-29-1854-9

1. Sociología. 2. Antropología Social. I. Epele, María E., comp.
CDD 301.01

Otros descriptores asignados por la Biblioteca virtual de CLACSO:

Antropología / Sociología / Etnografía / Salud mental / Psicología
y psiquiatría / Economía política de la salud / Medicina familiar /
Medicalización / Problematización del dolor / Latinoamérica

Esta publicación ha sido sometida al proceso de referato doble ciego.

POLÍTICAS TERAPÉUTICAS Y ECONOMÍAS DE SUFRIMIENTO

PERSPECTIVAS Y DEBATES CONTEMPORÁNEOS
SOBRE LAS TECNOLOGÍAS PSI

María E. Epele
[compiladora]

Diego Zenobi
Oliva López Sánchez
Ángel Martínez-Hernández
Francisco Ortega
María E. Epele
Octavio Bonet
Romina Del Monaco
Anahi Sy
Andrea García-Santesmases Fernández
Martín Correa-Urquiza
Asun Pié Balaguer
Mercedes Serrano Miguel
Elisa Algre-Agís
Xavier Cela Bertran
Nicolás Morales Sáez
Deborah Bekele



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
IIGG | GINO
GERMANI
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



CLACSO



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

**IIGG | GINO
GERMANI**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Martín Unzué - Director

Carolina De Volder - Coordinadora del Centro de Documentación e Información

Rafael Blanco, Daniel Jones, Alejandro Kaufman, Paula Miguel, Susana Murillo, Luciano Nosetto,

Facundo Solanas, Melina Vazquez - Comité Editor

Sabrina González - Coordinación técnica

Fabiana Blanco - Edición

Agustín Sousa - Imagen de tapa

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires

Pte. J.E. Uriburu 950, 6° piso | C1114AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina | www.iigg.sociales.uba.ar



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO SECRETARÍA EJECUTIVA

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

Nicolás Arata - Director de Formación y Producción Editorial

EQUIPO EDITORIAL

María Fernanda Pampín - Directora Adjunta de Publicaciones

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

María Leguizamón - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar | www.clacso.org

Patrocinado por la Agencia Sueca de Desarrollo Internacional



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

ISBN 978-950-29-1854-9



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercialCompartirIgual 4.0 Internacional

ÍNDICE

Introducción <i>María Epele</i>	11
Salud mental y derechos humanos: del terrorismo de Estado al incendio de Cromañon <i>Diego Zenobi</i>	21
El alma mexicana o de cómo las disciplinas psi construyeron la identidad psíquica del mexicano en los siglos XIX y XX <i>Oliva López Sánchez</i>	49
Crónica de un desencuentro: la medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana <i>Ángel Martínez-Hernández, Asun Pié Balaguer, Mercedes Serrano-Miguel, Elisa Alegre-Agís, Nicolás Morales Sáez, Xavier Cela Bertran, Deborah Bekele, Andrea García-Santemases Fernández y Martín Correa-Urquiza</i>	79
Negociación pragmática de categorías diagnósticas: el caso del autismo en Brasil <i>Francisco Ortega</i>	103
Políticas de la palabra, secretos y modos de tratar psi en los márgenes de Buenos Aires <i>María Epele</i>	129

En busca de la salud mental. Sufrimiento y vulnerabilidades en la formación en Medicina Familiar y Salud Mental <i>Octavio Bonet</i>	153
Empresarios de sí mismos: subjetividades en las terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina <i>Romina Del Monaco</i>	175
Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínicas de un hospital psiquiátrico de la Argentina: una problematización del objeto y los métodos psi <i>Anahi Sy</i>	197

POLÍTICAS TERAPÉUTICAS Y ECONOMÍAS DE SUFRIMIENTO

PERSPECTIVAS Y DEBATES CONTEMPORÁNEOS
SOBRE LAS TECNOLOGÍAS PSI

María E. Epele

INTRODUCCIÓN

La importancia actual de las investigaciones en antropología y ciencias sociales sobre problemas psi ha desbordado los dominios tradicionales del padecer y la salud. Esta relevancia creciente se debe a la conjunción de tres dimensiones íntimamente relacionadas. Por un lado, las investigaciones focalizan en el examen de los modos de vivir, narrar y tratar las aflicciones en relación con las teorías, técnicas, intervenciones e instituciones psicológicas y psiquiátricas. Por otro lado, estos desarrollos examinan el campo psi a la luz de otros procesos contemporáneos: las economías y políticas del capitalismo, las instituciones, las tecnologías, los movimientos sociales, las geografías y las geopolíticas. Además, en estos estudios, lo contemporáneo, el presente, la actualidad se han convertido en problemáticos, específicamente en el sur global. En vez de investigar los cambios en los saberes, las terapéuticas y las políticas solamente a través de temporalidades lineales de la modernidad eurocéntrica, estas modificaciones son contextualizadas en lo contemporáneo, en un presente en el que coexisten fragmentos nuevos y del pasado en contradicción y conflicto entre sí, cuyo examen trazan, al mismo tiempo, las historias que los han producido (Benjamin, 1968; Foucault, 1991; Rabinow, 2008; Comaroff y Comaroff, 2013; Epele, 2013).

Este libro estudia algunos de estos desarrollos a través del análisis de problemas específicos del campo psi que son representativos

de la agenda teórica contemporánea, en contextos histórico-políticos particulares en países de América Latina (Argentina, Brasil y México) y en España (Barcelona). Situando las investigaciones socioantropológicas respecto a los desafíos actuales en estas geografías, el objetivo de la presente compilación consiste en cartografiar ciertos modos de argumentar sobre problemas psi que han adquirido relevancia en estas áreas y países. De este modo, las temáticas analizadas en los distintos capítulos articulan diferentes orientaciones socioantropológicas, modelos de inteligibilidad y de crítica que dan forma y contenido a los principales desarrollos actuales sobre el campo psi en las regiones consideradas.

La agenda teórica y política que atraviesa los argumentos de este libro puede sistematizarse brevemente en los siguientes ejes principales. En primer lugar, encontramos los *abordajes socioantropológicos del campo de salud*. Desde perspectivas interpretativas, se investigan las aflicciones a través de las experiencias, las narrativas, los modos de traducirlas en saberes expertos psi y legos, las lógicas terapéuticas e institucionales para tratarlas y sus formas de apropiación en diversos contextos y sociedades. Cuestionando el carácter individualizante y universal de ciertas orientaciones en psicología y psiquiatría, estos estudios entienden los malestares y las dolencias en torno a sus modos sociales de producción, experiencia y expresión. Además, problematizan el dolor y el sufrimiento como una suerte de zócalo conceptual y terminológico para desmedicalizar y despseudologizar los análisis. A su vez, la inclusión de las experiencias y perspectivas de los propios actores sociales sobre el padecer diluye el carácter exclusivo de las categorías psi en su experiencia y tematización (Dias Duarte, 1986; Scheper Hughes, 1979; Kleinman *et al.*, 1997; Martínez-Hernández, 2017). En segundo lugar, encontramos los *abordajes que se corresponden con la economía política de la salud*. Desde una perspectiva posmarxista, estos estudios investigan los procesos económicos e histórico-políticos del capitalismo que distribuyen geopolítica y geográficamente las dolencias, como así también las instituciones, los saberes, las terapéuticas y las industrias para entenderlas, tratarlas, controlarlas y mercantilizarlas. A través de las etnografías en contextos sociales específicos, se han determinado los modos en que la desigualdad social y de género, la marginación social y territorial erosionan y afectan la vida, lo que produce dolencias específicas en estas poblaciones, que se convierten, a su vez, en blanco de un amplio repertorio de acciones, saberes, medicaciones e intervenciones psi. Además, estos abordajes incluyen los aportes de la antipsiquiatría, las reformas en salud mental y las políticas de los derechos humanos en respuesta a la crueldad, los encierros y la falta de consentimiento y autonomía para los conjuntos

que padecen (Menéndez, 1979 y 1990; Singer, 1995; Biehl, 2005; Epele, 2010; Romani, 2013; Abadía, 2015). En tercer lugar, encontramos los *abordajes modelados desde las perspectivas foucaultianas y posfoucaultianas* sobre las tecnologías, los saberes psi, las instituciones, sus historias en el presente y sus relaciones con los modos de decir verdad y de subjetivación en ciertos sectores sociales. Desde estas miradas, los saberes y las prácticas psi en las sociedades occidentales dan forma a las tramas más íntimas de los sujetos, los modos de sentir, sufrir y entenderlos, de relacionarse con otros y con ellos mismos. Con la noción de tecnología se enfatiza el carácter productivo de los saberes y las prácticas respecto al proceso de subjetivación tanto en acciones realizadas por otros (saberes, instituciones, legislaciones, etc.) como en aquellas autorreferenciales realizadas sobre sí. A su vez, la exploración de las tensiones y los conflictos entre diferentes saberes y técnicas psi en contextos específicos permite esclarecer los modos terapéuticos de gobierno de ciertas poblaciones (Foucault, 2006; Rose, 1998; Biehl, 2004; Epele, 2016; Vidal y Ortega, 2017). Asimismo, las revisiones y críticas a las intervenciones en catástrofes sociales y humanitarias han examinado el repertorio de las aproximaciones psi que incluyen (la noción de trauma, las tecnologías del yo, etc.), así como también los modos en que estas nociones y técnicas desdibujan los procesos geopolíticos, económicos y políticos que dan forma tanto a las catástrofes como a las dolencias que producen (Fassin, 2012). En cuarto lugar, están los *abordajes modelados por las perspectivas de Deleuze*, que privilegian el deseo y el devenir como flujos abiertos y transformadores, creativos y destructivos de los campos sociales. Desde el microanálisis etnográfico, se hace visible el dinamismo de la vida social con el que la gente lidia en un devenir abierto e indeterminado: las restricciones y opresiones económicas, los diagnósticos y las intervenciones psi, la corporización de fármacos y las regulaciones institucionales, los modos de sujeción y fuga que hacen y transforman los sujetos (Biehl, 2005). Por último, cuestionando los modelos globales de salud mental que dominan las investigaciones internacionales, se encuentran los *abordajes decoloniales*. Situando los estudios en las geopolíticas del sur, las investigaciones incluyen las nociones de colonización y la colonialidad como ejes centrales de los argumentos sobre saberes y tecnologías psi. Teniendo en cuenta antecedentes y articulaciones con otros desarrollos del sur global (Fanon, 1963; Das, 2007), estos abordajes buscan descolonizar el eurocentrismo en la modernidad capitalista presente tanto en los fundamentos epistémicos y éticos de los modos de vida y el bienestar como en sus relaciones respecto de las etnias, el género, las razas, las clases y las diferencias en general. Para dismantelar las hegemonías biomédicas y psi, es-

tos abordajes incluyen ecologías, saberes, políticas, prácticas y éticas de sociedades no occidentales y originarias, haciendo de las aflicciones un campo de indagación y acción en el que participan medicinas sociales, indígenas, tradicionales, interculturales, de salud colectiva, entre otras (Iriart *et al.*, 2002; Ortiz-Hernández *et al.*, 2007; Escobar, 2014; Basile, 2018).

Los distintos capítulos de este libro privilegian y articulan algunas de estas perspectivas para argumentar sobre un amplio espectro de problemas psi que emergen como relevantes en las regiones consideradas. Basados en investigaciones de metodología cualitativa (etnografías, entrevistas, acción/intervención, análisis de documentos históricos y textos específicos, etc.), los textos convergen en ciertas *zonas de intensidad teórica* que estructuran la trama de este libro. Por un lado, en las tensiones y los debates sobre ciertas dolencias y malestares, confluyen teorías, políticas y terapéuticas y las perspectivas y experiencias de las personas que participan en el proceso terapéutico. A su vez, las revisiones críticas de noseologías y tecnologías psi son el resultado tanto de los cambios en la formación de los profesionales, las reformas de salud mental y de abordajes terapéuticos como de los movimientos sociales y políticos que focalizan en los derechos y las autonomías de pacientes. Por otro lado, los saberes y las técnicas psi han sido y son parte inherente de las ideologías que legitiman ciertos modelos de sujetos como integrantes del Estado-nación y que dejan a otros sometidos a la segregación racial, de género, clase y salud. Además, focalizando en el capitalismo neoliberal en el sur global, los modos de subjetivación que incluyen se corresponden con la relevancia creciente de los abordajes cognitivo-conductuales frente a otras terapéuticas que han sido dominantes en ciertos sectores sociales. Al mismo tiempo, las formas de decir y narrar las aflicciones, incluso aquello que no es susceptible de ser dicho, se articulan tanto con los discursos psi como con las políticas que regulan lo decible y que participan en la producción de la marginación social. Por último, los escritos cuestionan los modelos temporales lineales en el entendimiento de las reformas y transformaciones de las prácticas y los saberes psi, ofreciendo otros alternativos (coexistencia, ensambles, continuidades, rupturas, palimpsesto).

Partiendo de esta trama intertextual, la organización de los capítulos se corresponde con las principales dimensiones socio-antropológicas en los desarrollos contemporáneos sobre el campo psi.

Diego Zenobi estudia los tratamientos estatales de salud mental orientados a las víctimas de un incendio ocurrido en Buenos Aires en 2004, en el que murieron 194 personas y 1500 resultaron heridas. A través del análisis histórico del campo político, académico y profesio-

nal que articula salud mental y derechos humanos en Argentina, el autor examina los saberes y las prácticas de los *psicólogos comprometidos*. Estos trabajan desde perspectivas diseñadas para las víctimas del terrorismo de Estado durante la dictadura militar (1976-1983), que fueron extendidas a víctimas de violencia estatal en general. Sobre la base de estas particularidades, Zenobi problematiza el trauma psíquico en el campo de los derechos humanos, específicamente las relaciones entre *trauma e impunidad*, *dimensión social del trauma* y *reparación simbólica*, centrales en estos procesos político-terapéuticos, con diversos resultados no solo para los afectados sino también para la conformación del campo psi que los incluye.

Oliva López Sánchez examina la íntima colaboración entre las instituciones científicas y el Estado en torno a la resolución de los problemas económicos y sociales en los proyectos de modernización y de progreso en México entre los siglos XIX y XX. Diferentes partidos y políticas compartían la visión de que la *degeneración social* de la población era la causa del atraso en el progreso de la nación. Como parte de la ingeniería social que acompañaba esta teoría, se desplegó un programa de vigilancia de la vida mental y de comportamiento de la población mexicana, específicamente de los diversos y numerosos grupos indígenas que la integraban. Este programa focalizaba en la lucha de la criminalidad, el alcoholismo, la prostitución, la locura y otras conductas *degenerativas*. La construcción del nacionalismo mexicano elaborado por los intelectuales encontraba no solo sus bases en el racismo, la desigualdad social, de género y de clase inherente a la teoría de degeneración, sino también en los aportes de la psicología y luego la psiquiatría para la gestión de la vida emocional de la población.

Ángel Martínez-Hernández y equipo (Andrea García-Santesmases Fernández, Asun Pié Balaguer, Deborah Bekele, Elisa Alegre-Agís, Martín Correa-Urquiza, Mercedes Serrano-Miguel, Nicolás Morales Sáez y Xavier Cela Bertran) abordan los conflictos entre pacientes, profesionales y cuidadores respecto a la medicación neuroléptica o antipsicótica en el tratamiento de las esquizofrenias y de otros trastornos psicóticos. El capítulo está basado en una investigación etnográfica y de acción participativa en Cataluña sobre la gestión colaborativa de la medicación. Esta orientación es la expresión local de la iniciativa desarrollada en Canadá y Brasil, para democratizar la práctica clínica, específicamente en relación a los derechos de los pacientes respecto al acceso de la información, participación y educación sobre los medicamentos, y la escucha de sus experiencias de sufrimiento. Los resultados señalan ciertas disonancias que dificultan cualquier alianza terapéutica, en relación con las necesidades de las personas para la vida y no para la gestión de los trastornos, que tematizan los efectos

adversos de la medicación, la conciencia de la enfermedad y las relaciones coercitivas.

Francisco Ortega problematiza los modos en que la categoría noseológica del *autismo* se ha convertido en un escenario de debates, movilizaciones, disputas y negociaciones clínicas y políticas en la historia reciente de Brasil. Haciendo foco en las tensiones entre políticas y servicios de salud mental, el autor analiza críticamente las diferentes perspectivas sobre el estatus noseológico y el cuestionamiento de las visiones cristalizadas e irreversibles de los expertos sobre esta condición, producido por aquellos profesionales, familiares y personas afectadas que trabajan, conviven y viven con ellas. Asimismo, Ortega examina cómo a través de investigaciones etnográficas e históricas se hace evidente que en los contextos particulares domina el pragmatismo: los propios actores sociales, expertos y legos negocian ideologías, diagnósticos, tratamientos, servicios de salud mental y prácticas cotidianas.

Sobre la base de una investigación etnográfica sobre los tratamientos psi que trabajan con la palabra en centros del sistema público de salud, María Epele problematiza los modos de narrar los padeceres en relación con las políticas de lo decible en contextos de pobreza urbana. A partir del análisis de siete casos, la autora examina los modos de decir lo no dicho, lo no decible y sus transformaciones en secretos de diferente orden (públicos, subjetivos, colectivos, a voces, etc.). A diferencia de los abordajes clásicos que localizan los secretos en la textura más íntima de los sujetos, el examen de los modos de decir lo no dicho en estos tratamientos abre al escrutinio los procesos de privatización de lo público, publicitación de lo íntimo y politización de lo privado. El abordaje etnográfico y barrial privilegia los procesos políticos y económicos en la producción social tanto de lo decible como de lo interdicto de ser enunciado en zonas de marginación social y territorial.

Octavio Bonet aborda el vínculo entre salud mental y sufrimiento en el proceso de formación de los médicos en la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). El capítulo está basado en una investigación etnográfica centrada en la observación-participante, entrevistas, análisis de informes y grupos focales, en las rutinas de formación de alumnos del último año de la carrera de Medicina. Fundamentado en el análisis de las características de las prácticas finales obligatorias realizadas de modo conjunto entre medicina familiar y salud mental, Bonet cuestiona el sufrimiento que emerge en estas actividades de formación. Al examinar las expresiones del sufrimiento en las prácticas clínicas en contextos de formación de médicos, Bonet analiza la noción de *sufrimiento difuso*, que se presenta centralmente como quejas de “falta de preparación” para lidiar con los malestares y padeceres en las clínicas de la familia donde realizaban sus prácticas.

Partiendo de la historización de las terapias cognitivo-conductuales en Argentina, Romina Del Monaco indaga este abordaje terapéutico incluido en el conjunto de terapias breves, en culturas psi tradicionalmente dominadas por el psicoanálisis, y como parte de las transformaciones económico-políticas neoliberales de la década de 1990. Focalizando en el análisis de los saberes, técnicas e intervenciones de los profesionales psi, el capítulo analiza el tipo de sujetos que se producen durante el proceso terapéutico bajo el modelo de *empresarios de sí mismos*. En contextos de precarización y flexibilización laboral, estas terapéuticas tienden a la identificación y resolución de los problemas individuales por parte de los mismos sujetos, en lugar de accionar colectivamente hacia la transformación social. Específicamente, la autora examina los modos en que estas terapéuticas gestionan objetivos-problema, en cuya resolución los pacientes, como individuos, deben tomar un papel activo, *hacer y enfrentar* aquellas situaciones que les ocasionan malestar, teniendo como horizonte adaptarse a las crisis que las reformas neoliberales imponen en la vida cotidiana.

A partir de una investigación sobre el archivo de historias clínicas de mujeres internadas en hospitales psiquiátricos durante un siglo (1885-1985), Anahi Sy analiza dos casos de mujeres que han sufrido internaciones psiquiátricas prolongadas, hasta su fallecimiento. En el abordaje antropológico y etnográfico de las historias clínicas y otros documentos que las contextualizan, la autora trabaja desde las perspectivas foucaultianas acerca de la historia no lineal del presente que privilegia las discontinuidades y rupturas. Para Sy, el análisis de las historias clínicas explora las transformaciones en las prácticas (saberes, internaciones, intervenciones, etc.) de la psiquiatría argentina. A través del análisis de las articulaciones entre *cuerpo, género y crueldad*, Sy examina las prácticas e intervenciones sobre sus cuerpos y sus transformaciones en el tiempo. Apoyándose en el modelo del palimpsesto, Anahi Sy concluye que, en las instituciones psiquiátricas, las nuevas terapéuticas, reformas y aperturas se superponen con las antiguas prácticas e intervenciones centradas en la represión, el encierro y la crueldad.

Para finalizar la introducción e invitar a la lectura de este libro, es necesario agregar algo más, a modo de un breve cierre. En lugar de reproducir los lógicas psi en la forma en que se comprenden los problemas sociales o reproducir las lógicas socioantropológicas para el entendimiento de las lógicas psi, estos textos son una invitación a explorar ciertos modos de ensamblar experiencias, miradas, narrativas y teorías legas y expertas para argumentar sobre las aflicciones, los procesos que le dan forma y las acciones colectivas que las alivian y nos producen. Al mismo tiempo, se ofrecen ciertos recursos teóricos, analíticos y fácticos que hacen posible advertir el inevitable carácter

provisorio del montaje de esos argumentos y situarlos en la complejidad de un presente, siempre frágil y con devenir incierto y abierto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadía, C. (2015). Neoliberal Justice and the Transformation of the Moral: The Privatization of the Right to Health Care in Colombia. *Medical Anthropology Quarterly*, 30(1), 62-79.
- Basile, G. (2018). *Salud internacional Sur Sur: Hacia un giro decolonial y epistemológico*. II Dossier de Salud Internacional Sur Sur, GT Salud Internacional, CLACSO.
- Benjamin, W. (1968). Thesis on the Philosophy of History. En *Illuminations* (pp. 253-267). Nueva York: Schocken Books.
- Biehl, J. (2004). Ciencia, tecnología e saúde mental. En Leibing, A. (comp.). *Tecnologias do corpo: Uma antropologia das medicinas no Brasil* (pp. 19-35). Río de Janeiro: Nau.
- (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Comaroff, J. y Comaroff, J. (2013). *Teorías desde el sur: O cómo los países centrales evolucionan hacia África*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Dias Duarte, L. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Río de Janeiro: Zahar.
- Epele, M. (2010) *Sujetar por la Herida. Una Etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica políticamente correcta. *Cuadernos de Antropología Social*, 38, 7-31.
- (2016). Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine*, 23(3), 244-258.
- Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra: Postdesarrollo y diferencia radical*. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana.
- Fanon, F. (1963). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M. (1991). ¿Qué es la ilustración? En *Saber y verdad* (pp. 197-208). Madrid: La Piqueta.
- (2006). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-135.
- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (comps.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Martínez-Hernández, A. (2017). El secreto está en mi interior. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos. En Comelles, J. y Perdiguero-Gil, E. (comps.). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias sociales y humanas* (pp. 305-321). Tarragona: Publicaciones de la Universitat Rovira y Virgili.
- Menéndez, E. (1979). *Cura y control: La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- Ortiz-Hernández, L., López Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad económica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.
- Rabinow, P. (2008). *Marking Time: On the Anthropology of the Contemporary*. Princeton: Princeton University Press.
- Romaní, O. (comp.) (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: Un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili.
- Rose, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scheper-Hughes, N. (1979). *Saint, Scholars and Schizophrenics: Mental Illness in Rural Ireland*. Berkeley: University of California Press.
- Singer, M. (1995). *Critical Medical Anthropology*. Nueva York: Baywood Publishing Company
- Vidal, F. y Ortega, F. (2017). *Being Brains: Making the Cerebral Subjects*. Nueva York: Fordham University Press.

Diego Zenobi

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: DEL TERRORISMO DE ESTADO AL INCENDIO DE CROMAÑÓN

En el mundo actual nos encontramos frente a una multitud de colectivos conformados por personas que han sufrido algún tipo de daño y que exigen reconocimiento y reparación. Como producto de la moral humanitaria extendida a lo largo del globo (Fassin, 2016), diversos mecanismos y aparatos estatales y no estatales se han puesto en funcionamiento para garantizar la protección de la vida y los derechos humanos de los sufrientes. Entre estos dispositivos (jurídicos, políticos, reparatorios, administrativos, etc.) que se ponen en marcha como parte del gobierno de las víctimas (Irazusta y Gatti, 2017), se destacan aquellos que se proponen trabajar en torno a la salud mental.

Desde mediados de la década de 1970, el lenguaje para hablar del sufrimiento de las víctimas y de las personas vulnerables ha puesto en el centro la categoría de “trauma”. La difusión del lenguaje del trauma psíquico como un modo poderoso y novedoso de entender el sufrimiento transformó la noción contemporánea de víctima tal como la entendíamos hasta la primera mitad del siglo XX (Fassin y Rechtman, 2009)¹. En este escenario, las políticas de atención en salud mental han adquirido una relevancia creciente y los saberes psi —la psicología

1 Para el caso latinoamericano, pueden consultarse: Arosi, 2017; Caple James, 2010; Ospina Martínez y Uribe Tobón, 2011; Sarti, 2011; Zenobi, 2017a, entre otros.

gía, el psicoanálisis, la psicología social y la psiquiatría— son aceptados con total naturalidad como los adecuados para tratar con aquellas personas que han sufrido violencia (Latté, 2005).

Desde hace algunas décadas en nuestro país las víctimas vienen cobrando protagonismo en el debate público al exigir reconocimiento, pero también la incorporación de sus problemáticas al ámbito estatal al que se le piden respuestas y soluciones. En los últimos años ha aumentado notoriamente la cantidad de dispositivos que tienen como finalidad la asistencia en salud mental a las personas que han sufrido violencia.² Cuando nos referimos a la proliferación de dispositivos en los que se brinda atención psicológica a víctimas en Argentina, no podemos obviar algunas cuestiones entre las que se destacan el altísimo número de profesionales de la psicología con que cuenta nuestro país³ y la penetración en la cultura local de los saberes psi que hace de sus especialistas agentes autorizados para intervenir como intelectuales y expertos en el debate público (Plotkin y Visacovsky, 2007). Pero sobre todo, al considerar las relaciones entre víctimas y psicología, debe tenerse en cuenta la configuración histórica del campo profesional, político y académico que articula salud mental y derechos humanos.

Esa experiencia de articulación se inició en la década de 1980 desde los organismos de derechos humanos como parte de la búsqueda de justicia y reparación para las víctimas de la dictadura militar argentina. Hacia los años 2000 recibió un nuevo impulso a partir de la reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad y de la incorporación de esas experiencias en el diseño de dispositivos estatales de atención en salud mental a víctimas de violencia estatal (Calmels y Sanfelippo, 2019), de los que forman parte *profesionales comprometidos* con la defensa y promoción de los derechos humanos.⁴

2 En cuanto a las iniciativas estatales, se pueden mencionar a modo de ejemplo la creación del Consejo Federal de Oficinas de Asistencia a la Víctima del Delito, así como la sanción de herramientas normativas como la ley 27.372 de Protección Integral a las Víctimas del Delito. Entre los dispositivos orientados a asistir en situaciones de violencia, se destacan el Observatorio de Víctimas de Delito de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia, el Centro Ulloa para Víctimas de Violaciones a Derechos Humanos, el Mecanismo de Rescate de Víctimas de Trata y la Dirección de Orientación a la Víctima del Ministerio Público Fiscal de la Nación.

3 Según Alonso *et al.* (2008), en Argentina habría unos 196 psicólogos cada cien mil habitantes. Esta proporción crece enormemente a 828 cuando se trata de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

4 El campo jurídico cobra especial relevancia en los procesos de objetivación de la condición de víctima: numerosos trabajos han avanzado, de forma directa o indirecta, en el estudio de esa cuestión. Sin embargo, a pesar de la relevancia del campo psi en ese mismo proceso, no se ha avanzado de igual forma en la objetivación del papel

Si deseamos comprender los modos a través de los cuales ciertas víctimas llegan a ser socialmente reconocidas y legitimadas, debemos incorporar en el análisis las relaciones que mantienen con otras víctimas, así como las que entablan con profesionales (médicos, psicólogos, abogados, trabajadores sociales) que se desempeñan en aquellos dispositivos orientados a recibirlas (Jensen y Ronsbo, 2014). Estos recorridos que incumben a un amplio y diverso conjunto de agentes forman parte central de lo que algunos han llamado el “proceso de producción” del estatus de víctima (Lefranc y Mathieu, 2009) o, más directamente, “proceso de victimización” (Barthe, 2017b).

En este capítulo, abordo una parte del tratamiento estatal de la salud mental de las víctimas de un incendio ocurrido en Buenos Aires en 2004. Allí murieron 194 jóvenes y más de 1500 resultaron heridos. Aquí me enfoco en el campo político constituido por la convergencia de víctimas y profesionales psi comprometidos con su causa para imponer la definición del hecho como un caso de derechos humanos. Muestro que, sobre la base de esa definición, ellas fueron recibidas y asistidas en el marco de un dispositivo de salud mental inicialmente diseñado para el trabajo con las víctimas del terrorismo de Estado. Las relaciones entre *trauma e impunidad* y las ideas acerca de la *reparación simbólica* y la *dimensión social del trauma* fueron centrales a lo largo de ese proceso político controversial. Concluyo que ese proceso tiene consecuencias tanto para las propias víctimas que luchan por reconocimiento como para el campo psi, en la medida en que el modo de entender el trauma está estrechamente vinculado con el compromiso político de los profesionales del psiquismo.

LA MASACRE Y SUS CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Luego del incendio en Cromañón, los medios de comunicación participaron activamente en las disputas por construir e imponer determinados sentidos sobre la *tragedia* sucedida. Por un lado, el tratamiento periodístico enfatizó la gran cantidad de fallecidos. Por ese motivo, el incendio fue comparado con otros sucesos ocurridos en las últimas décadas que implicaron gran número de muertos: el atentado realizado a la Embajada de Israel, a la Asociación Mutual Israelita Argentina

de sus profesionales. Por un lado, las aproximaciones historiográficas y sociológicas han tratado algunos aspectos del vínculo entre salud mental y derechos humanos como un capítulo derivado, secundario, de los debates acerca de la función social del psicólogo, la radicalización política y la profesionalización (Noailles, 2010; Visacovsky, 2002; Chama, 2015). Por otro, si bien existe una amplia literatura vinculada a ese campo profesional particular a la que me refiero a lo largo del trabajo, no se trata de investigaciones sociológicas sino, sobre todo, de producciones elaboradas por agentes que se identifican como parte de ese universo.

(AMIA) y el accidente del avión de Líneas Aéreas Privadas Argentinas (LAPA). A su vez, la baja edad de las víctimas que tenían un promedio de 22 años sumaba un componente trágico a la denominada “mayor catástrofe no natural de la historia argentina”. Por otro lado, mientras los medios de comunicación difundían imágenes de la tragedia, los sobrevivientes y los familiares de los fallecidos movilizados en esos días rechazaron tal clasificación del siniestro. Ellos sostenían que ese término connotaba la ausencia de personas concretas que pudieran ser responsabilizadas por lo sucedido. De un modo diferente, afirmaron públicamente que se había tratado de una *masacre* producto de la *corrupción política y empresarial* que facilitó el funcionamiento de un espacio que no contaba con las medidas de seguridad necesarias. El modo de nombrar un determinado evento crítico es relevante en cuanto implica la realización de diagnósticos y evaluaciones, luchas políticas y jurídicas por deslindar responsabilidades, así como la propuesta de organizar respuestas y soluciones. En este caso, en la disputa por la definición de estos modos de categorización social estaba implícito el problema de la responsabilidad por la ocurrencia del incendio.⁵

Entre 2006 y 2009, año en que finalizó el juicio penal por el incendio, los sobrevivientes del hecho y los padres de los fallecidos —ambos se presentaban públicamente como *víctimas*— organizaron nutridas movilizaciones mensuales exigiendo *justicia por la masacre*. A esas marchas se sumaban numerosas actividades tales como muestras de fotos, conferencias de prensa, actos religiosos, charlas en instituciones, etc., que tenían por objeto conmemorar a los fallecidos y reflexionar sobre lo sucedido. Además de sobrevivientes y familiares de los fallecidos, allí participaban otros actores reconocidos como *los que acompañan*. Entre esa categoría se encuentran los amigos, ciudadanos que apoyan la causa, militantes políticos, pero también profesionales del campo de la salud mental: psicólogos, psicólogos sociales, psicoanalistas y psiquiatras. Su presencia siempre fue considerada como una cuestión normal, ya que brindan contención afectiva, actúan como intermediarios cuando hay conflictos, aportan recursos y conocimientos, etc.

En este tipo de situaciones, los especialistas suelen ocupar un lugar muy destacado en lo que hace a la construcción de una etiología, de una puesta en relación entre causas y consecuencias, de la

5 Quienes exigían justicia coincidieron en denunciar al empresario que administraba el local República Cromañón, a diversos funcionarios estatales que habían permitido su funcionamiento y al jefe de Gobierno de CABA, Aníbal Ibarra, por considerarlo como el máximo responsable político de un Estado que no había cumplido adecuadamente con sus tareas de control.

explicación acerca de qué se trata el daño que se sufre y que debe ser atribuido a algún responsable. ¿Quién mejor que los expertos para dar cuenta del vínculo entre un suceso y los daños que ha generado? ¿Cómo nombrar el daño? ¿A quién adjudicárselo? ¿Qué tipo de sujetos emergen de esas situaciones? ¿Cuáles son las consecuencias para ellos? Las respuestas a estos interrogantes están en el centro de la conexión entre la causa política que las víctimas impulsan y la política de las causas, es decir, la construcción de conexiones entre el hecho y las consecuencias que son denunciadas (Barthe, 2017a).

A lo largo de los años durante los cuales se extendió el movimiento de lucha, uno de los puntos más debatidos fue la relación entre ese colectivo y los organismos de derechos humanos de los que esperaban apoyo político y reconocimiento.⁶ En algunas de las actividades públicas organizadas, en donde se debatían estas cuestiones, participaban como invitados psicólogos que apoyaban su causa y referentes del campo de los derechos humanos. Según algunos especialistas en salud mental, era absolutamente necesario que el incendio fuera nombrado como una masacre con responsabilidad estatal debido a que esto iba a tener consecuencias psíquicas positivas para los sufrientes. Juan Carlos Volnovich, psiquiatra y psicoanalista, excolaborador de Abuelas de Plaza de Mayo —institución que cuenta con un equipo de salud mental que participa en el proceso de restitución de identidad a nietos de desaparecidos—, afirmaba que Cromañón debía ser reconocido como un caso de violencia estatal. Y ello porque fue el poder estatal que debe proteger a los ciudadanos el que, al igual que durante la dictadura militar argentina, “administró el terror y la muerte”.⁷

La definición de lo sucedido como una masacre, sugería Jorge Garaventa, un psicólogo que siempre apoyó la lucha de las víctimas, muy activo dentro del movimiento, es una cuestión central ya que las *constelaciones psíquicas* que se ponen en juego son distintas según las víctimas asuman que los daños sufridos se deben a una tragedia —un hecho fortuito producto del azar o un destino imposible de corregir y, por lo tanto, inevitable—, o bien a una violación a los derechos humanos —con responsables concretos, intencional y, por lo tanto, evitable—.

6 Una de las cuestiones que modeló el vínculo entre ambos fue el hecho de que el principal acusado como responsable político del incendio, el jefe de Gobierno de ese entonces, Aníbal Ibarra, era un funcionario muy cercano a ese universo, ya que se había desempeñado, entre otras cuestiones, como uno de los fiscales del denominado Juicio a las Juntas Militares, realizado en 1985.

7 Encuentro “Pensar Cromañón”, desarrollado en septiembre de 2007 en el Hotel Bauen de CABA. Las charlas fueron publicadas en un libro que lleva el mismo nombre del evento (AAVV, 2008).

La fuerte presencia de los derechos humanos en la vida pública contemporánea es uno de los prismas centrales bajo el cual comprender el funcionamiento de nuestras democracias contemporáneas y hace posible la inscripción de ciertos problemas locales —desde luchas étnicas hasta violencia de género— en ese discurso global (Engle Merry, 2006). En el caso argentino, esto es menos una consecuencia de la difusión global de ese paradigma que de la propia historia local que ha contribuido fuertemente a su creación y difusión. Las “nuevas” víctimas, las víctimas de Cromañón, apelan a lenguajes y procesos que cuentan con reconocimiento social para prestigiar su lugar y para que sus exigencias sean consideradas como normales, legítimas, previsibles, etc. (Boltanski, 2000).

En Argentina, las víctimas del terrorismo de Estado han alcanzado reconocimiento y legitimación social tras una lucha de varias décadas. En los últimos años, otras víctimas comenzaron a luchar por el reconocimiento, y en la escena local se hicieron visibles diferentes agregados contenciosos y reivindicativos (las de la violencia policial, atentados terroristas, inundaciones e “inseguridad”, por ejemplo).⁸ En ese escenario, ubicar a las víctimas del incendio de Cromañón como nuevas víctimas de la violencia estatal desató controversias vinculadas a qué tipo de casos podían ser clasificados como de violaciones a los derechos humanos y cuáles no.

Los especialistas de la salud mental no eran los únicos que consideraban al Estado como responsable de la masacre. Adriana Calvo, secretaria de la organización Asociación de Ex Detenidos Desaparecidos (AEDD), sostuvo en el debate público que, frente a los delitos “privados”, allí donde hubiera responsabilidad estatal existía una violación a los derechos humanos. Mientras que para algunos organismos aquella noción solo debía ser empleada para los casos vinculados al terrorismo de Estado de los años setenta, para la AEDD también era aplicable a aquellas situaciones actuales en las que los Estados democráticos violan o permiten la violación de derechos. Para Calvo es necesario evitar “una exclusividad absurda, se trata de una falsa ecuación que

8 “Víctima”, ese término genérico y común que solemos utilizar en nuestra vida cotidiana, trasciende casos y causas. Pero a la vez las personas sufrientes se piensan en función de la propia desgracia particular o colectiva que los ha afectado. Entonces, bajo la categoría “víctima” solemos incluir a personas que fundan sus identidades sociales en ese estatus, así como a otras que probablemente no se reconocen como tales, que rechazan esa condición para sí mismos y a sujetos que quizás jamás se sintieron o sienten parte de lo que, desde las ciencias sociales, podemos ver como “un campo”, “un mundo” o “un universo”. Por ello, si es posible hablar de un campo de las víctimas o si se trata de una mera confusión nuestra, de los investigadores en ciencias sociales, puede ser objeto de debate (Gatti y Martínez, 2017).

identifica excluyentemente violación de derechos humanos con dictadura” (AAVV, 2008: 67). La controversia en torno a esta cuestión se había visto actualizada un año antes en las reuniones de organización de la marcha del 24 de marzo de 2006, que conmemoraba los treinta años del golpe de Estado. Los organismos habían recibido solicitudes de incluir la frase “Justicia para los pibes de Cromañón” entre las consignas centrales con las que se convocaba el acto, pero algunos de sus miembros se opusieron. Esto generó reacciones en el movimiento Cromañón, cuyos integrantes no se sintieron acompañados por esas organizaciones en su lucha.⁹ Las controversias sobre si Cromañón era un caso de violación a los derechos humanos o si esa categoría debía mantenerse limitada a las personas que sufrieron las consecuencias del terror estatal, hablaban de la capacidad de los actores para “estirar” (o no) esa clasificación en ciertas situaciones concretas (Vecchiolli, 2013).

La negación de Cromañón como una masacre con responsabilidad estatal y, por extensión, como un caso de violación a los derechos humanos tenía consecuencias negativas para los sujetos dañados. Abordar las consecuencias psíquicas del incendio considerándolo como una tragedia conducía a una *psicologización* que podía verse reflejada en la reducción de los síntomas a una cuestión individual, que rechazaba en acto la responsabilidad estatal en lo sucedido y que trasladaba a los individuos las causas sociales y políticas de su sufrimiento. Esta explicación psi fue retomada por los padres de los fallecidos y los sobrevivientes que entendían que el incendio “es un episodio difícil de resolver sólo individualmente. Si bien el tratamiento psicológico es muy importante habría que resistirse, como una forma de lucha más, a la psicologización de la experiencia que tiende a la instalación de una supuesta patología individual para neutralizar el poder de denuncia de Cromañón” (AAVV, 2008: 143). En cambio, el reconocimiento de la masacre era la contracara de esta negación, habilitaba a las víctimas a buscar justicia y esta movilización era entendida por estos profesionales comprometidos con su lucha, como parte del *proceso terapéutico* que podía contribuir a su mejora psíquica.

9 Como parte de esas reacciones la prima de un joven fallecido escribió una carta pública dirigida a los organismos. Allí se presentó como parte de una familia comprometida con la causa de los derechos humanos y, ampliando el sentido de la fecha conmemorativa más allá de los crímenes del terrorismo de estado, señaló que: “Es una fecha que no sólo es un reclamo por justicia sino que encarna todos los reclamos contra la impunidad, hoy me duele profundamente que no pueda incluirse el reclamo de ‘Memoria, Verdad y Justicia por los pibes de Cromañón’ en una convocatoria que habla de acabar con la impunidad de ayer y de hoy”.

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: LOS PSICÓLOGOS COMPROMETIDOS

Si bien desde las ciencias sociales en ocasiones reproducimos con total naturalidad la centralidad de las víctimas que reclaman en el espacio público, resulta necesario echar luz sobre los vínculos que ellas establecen con diversos tipos de profesionales. En ese camino, varios autores han mostrado la centralidad que adquieren ciertos profesionales para la construcción de las causas públicas que impulsan las personas que han sufrido algún tipo de daño.¹⁰ En el contexto local, Vecchioli (2009) ha mostrado que la convergencia entre las asociaciones de profesionales del derecho y las asociaciones de familiares de víctimas fue determinante en la conformación del movimiento actual de los derechos humanos en Argentina. Además del ejercicio del derecho, existe otro campo que cobra especial relevancia en relación con las víctimas: se trata del espacio profesional articulado entre el ejercicio de la psicología y la militancia por los derechos humanos.

La articulación entre compromiso profesional y militancia política que hace posible la existencia del campo que cruza salud mental y derechos humanos se remonta a fines de la década de 1970. En la actualidad, se trata de una intersección bien consolidada que cuenta con espacios institucionalizados tanto en el Estado (programas terapéuticos, enseñanza universitaria de grado y posgrado) como en el tercer sector (equipos interdisciplinarios en organismos de derechos humanos y ONG), tiene sus propios referentes y las luchas concomitantes por acceder a esas posiciones de prestigio y cuenta con una profusa producción de libros y artículos, etc.

A lo largo de los años, numerosos e importantes referentes de ese mundo se sumaron públicamente a las víctimas del incendio de Cromañón para apoyar y fundamentar sus exigencias y demandas. En diferentes ocasiones, como conferencias de prensa, actos en movilizaciones, eventos institucionales —como un congreso de salud mental, por ejemplo, esos profesionales brindaron el *apoyo científico* que las víctimas les demandaban a fin de legitimar sus explicaciones acerca del daño sufrido y de su relación con los padecimientos del presente a causa de la masacre.¹¹ Una de las consignas que las víctimas sostenían

10 Por ejemplo, Barthe, Barbot y Dodier han mostrado esta convergencia entre víctimas y profesionales de la medicina; Fillion y Torny o, en nuestro medio, Tiscornia, Sarabayrouse, Pita o Vecchioli en el caso del derecho, y Fassin, Latté o Rechtman, para el caso de la psicología.

11 Algunos profesionales que apoyaron públicamente a las víctimas del incendio y que tienen trayectorias vinculadas con salud mental y derechos humanos, o afines a ese campo, son Ana Pampliega de Quiroga, directora de la primera Escuela de Psico-

afirmaba que “la falta de justicia y la impunidad nos están matando”. Esta era la explicación de que, según afirmaban, varios años después del hecho muchos familiares habían perdido su vida a causa de la angustia, el dolor y el estrés postraumático (Zenobi, 2017a).

La relación entre daño psíquico, físico e impunidad fue certificada en numerosas situaciones públicas por especialistas de la salud mental que, a su vez, eran reconocidos militantes de derechos humanos, como Alfredo Grande, quien en una charla pública organizada por el movimiento sostuvo que “las consecuencias físicas de estos traumas no elaborados son distintas enfermedades, incluso cáncer”. Grande es un reconocido psiquiatra y psicoanalista que durante décadas formó parte de uno de los organismos más antiguos de derechos humanos de la Argentina: la Liga Argentina por los Derechos del Hombre. En la década de 1980, la liga contaba con un grupo de profesionales que brindaban apoyo psicológico a víctimas del terrorismo de Estado. Actualmente, Grande es integrante de la cooperativa de trabajo en salud mental, ATICO. Como docente universitario, promueve el aprendizaje de un psicoanálisis implicado con lo social. En una conferencia de prensa en la que las víctimas exigían la pronta realización del juicio penal por el incendio, Grande afirmó la extensión de la impunidad hacia situaciones que van más allá del terrorismo de Estado y denunció la “impunidad cultural”:

La impunidad mata no sólo en la dictadura que sufrió la Argentina en épocas pasadas sino en la democracia actual, así como sucedió con Cromañón, el atentado a la Amia y a la Embajada de Israel [...] hay impunidad cultural cuando paso algo terrible pero para la sociedad es como si no hubiera pasado nada.

El vínculo entre sufrimiento e impunidad tiene una larga historia en Argentina y es uno de los tópicos centrales que hacen al campo de la salud mental y los derechos humanos. Diana Kordon es una destacada profesional del mundo psi que, al igual que Grande, ha apoyado activamente a las víctimas del incendio en sus demandas. Fue

logía Social argentina y coautora con Enrique Pichon-Rivière de *Psicología de la vida cotidiana*; María Casariego de la Escuela de Psicoterapia para graduados surgida en los años sesenta, cuando tuvo lugar la disputa entre los médicos y los psicólogos por el ejercicio del psicoanálisis; y Juan Jorge Michel Fariña, uno de los fundadores del Movimiento Solidario de Salud Mental, que articuló su trabajo con el organismo Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas. En la actualidad, Fariña es, además, profesor titular de la asignatura Psicología, Ética y Derechos Humanos de la carrera de Psicología, creada, según Noailles (2010) a instancia de los organismos de derechos humanos sobre el final de la dictadura militar.

coordinadora junto con Lucía Edelman del equipo de salud mental conformado en los años ochenta en la Asociación Madres de Plaza de Mayo. En la actualidad, es docente de grado y posgrado y coordina el Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, una institución que se define desde la presentación en su sitio web desde “un posicionamiento comprometido y solidario con los afectados por violaciones a los derechos humanos”. Desde esa institución, se impulsaron investigaciones sobre los efectos psicológicos multigeneracionales de la represión dictatorial, que fueron reconocidas con la beca Guggenheim. Además, es autora de varios libros sobre el tema tales como *Efectos psicológicos y psicosociales de la represión política y la impunidad* (2005) y el trabajo “La impunidad: Reactivación del trauma psíquico” (Edelman, Kordon, Lagos, 1995), donde se afirma que “con cada nueva medida política o jurídica relacionada con la impunidad recrudescen en muchos de nuestros asistidos la angustia o la sintomatología” (Edelman, Kordon y Lagos, 1995: 25).

Al hacer referencia a la relación entre trauma e impunidad, el concepto de “reparación” cobra central relevancia. La idea según la cual el daño y la violencia ejercidos por gobiernos y Estados en el pasado deben ser *reparados* tanto en sus aspectos pecuniarios como en cuanto a lo simbólico es relativamente novedosa. Se trata de una cuestión que se remonta al escenario posterior a la Segunda Guerra Mundial cuando hacia la década de 1960 las víctimas del holocausto luchaban en el escenario público para obtener reparación y legitimar su lugar en el mundo (Chaumont, 2000; Torpey 2001). Desde hace algunas décadas, el concepto de reparación es impulsado y promovido por los organismos transnacionales y los mecanismos de justicia transicional.¹²

En el caso argentino, el concepto de reparación tiene una historia propia vinculada a los crímenes cometidos por el Estado, al que se le exige reconocimiento de su responsabilidad. Fernando Ulloa fue una de las figuras más destacadas del campo de la salud mental y los derechos humanos. Para este autor, el Estado puede aportar a la repa-

12 Las organizaciones globales y transnacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) así como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA), han sido un importante vector de difusión de los mecanismos de reparación. La reparación a las víctimas debe incluir medidas de restitución (devolver a la víctima a la situación anterior), de indemnización (incluye daño físico, mental, pérdida de ingresos, perjuicios morales) y de rehabilitación (se debe brindar atención médica, psicológica, servicios jurídicos y sociales). Con respecto a la reparación simbólica, desde esas organizaciones se afirma que se trata de medidas —no pecuniarias ni indemnizatorias— que buscan subvertir las lógicas de olvido e individualidad, ampliando hacia la comunidad el dolor de las víctimas.

ración en la medida en que reconozca el daño sufrido y a los sujetos que se han visto afectados: cuando el Estado, ese *tercero de apelación*, aparece en escena promoviendo reconocimiento de lo sucedido se produce una *pacificación del tormento interior*.

Algunos organismos de derechos humanos tienen una elaboración propia sobre ese concepto. En el caso del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), allí funciona un equipo de salud mental que en sus inicios se propuso brindar atención a los familiares que acercaban sus denuncias a la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Hoy en día, el equipo brinda asistencia especialmente a las personas que ofician de testigos en los litigios estratégicos que impulsa el organismo. El documento guía que ha elaborado ese equipo sobre la reparación simbólica sostiene que “el reconocimiento público y el accionar de la justicia [...] restituyen algo de la trama que fue lesionada por el trauma [...]” (Guilis *et al.*, s/f: 10). El mismo documento destaca “el efecto de apaciguamiento del dolor que un acto de justicia produce sobre quien ha sufrido una situación traumática, sobre todo si ésta ha sido producida por el Estado” (*ibidem*).

Los profesionales comprometidos con la causa de las víctimas de Cromañón apelaron a este concepto de reparación simbólica para proponer los caminos que debía tomar el Estado. Como señalaba Diana Kordon en una conferencia de prensa organizada por el movimiento: “La falta de justicia implica un sufrimiento, una enorme dificultad. Para decir que se puede transitar por un camino de reconocimiento social de lo ocurrido, el Estado tiene la obligación de responder porque eso implica abrir verdaderamente el camino de la elaboración personal y social de lo ocurrido”. Los especialistas en salud mental y derechos humanos pusieron en escena nociones psi para la comprensión de la realidad política y social relativa al incendio de Cromañón. La reparación ya no fue entendida en términos económicos sino *simbólicos*, el sufrimiento fue nombrado como *trauma* y la sociedad debía tener la posibilidad de *elaborar* esas situaciones. La reparación simbólica de las víctimas vendría de la mano del reconocimiento estatal que tenía un papel central en evitar su *retraumatización*. Según esta visión, dos procesos de diferente naturaleza estaban articulados: el proceso psíquico y el proceso penal.

Esta articulación entre víctimas y especialistas que apoyan sus demandas se repite en otros casos y contextos en los que de igual manera, “gracias a la mediación de los expertos, las víctimas, cuyo status está autenticado por el traumatismo, utilizan a este como un recurso político para hacer valer sus derechos” (Latté y Rechtman, 2006: 167). En el caso argentino, esa relación adquiere la forma particular de un compromiso con la causa de los derechos humanos y, en este caso,

transitivamente, la de las víctimas del incendio de Cromañón al que se intenta posicionar como un caso de ese tipo. Al abordar la situación de estas recurriendo al vínculo entre trauma e impunidad, los psicólogos comprometidos con la causa de los derechos humanos contribuyeron a la inscripción de esas víctimas en una serie y una historia local en la que el Estado adquiere un papel central como actor de reparación. Pero la forma de asistencia a las víctimas de estas situaciones diferentes, el terror estatal y el incendio del estadio siguieron derroteros muy diferentes, acaso contrastantes, como nuestro a continuación.

LAS DOS VÍAS DE LA INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL

La configuración compasional contemporánea se traduce en la producción de políticas que tienen como unos de sus componentes centrales la atención psicológica de las víctimas. Psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras, psicólogos sociales, etc. expresan orientaciones profesionales en lucha por la definición legítima del diagnóstico y de la solución de los daños. En este caso, tal como he mencionado, la interpretación política del vínculo entre trauma e impunidad realizada por los psicólogos comprometidos colocó en relación a las víctimas del incendio en una genealogía que las vinculaba a las del terror estatal y al Estado como actor central de la reparación. Sin embargo, la dirección que asumieron las políticas en salud mental destinadas a unas y otras víctimas tuvieron derroteros diferentes.

Los primeros días posteriores al incendio, psicólogos de diferentes áreas del gobierno de CABA y voluntarios ajenos a este brindaron atención a familiares de los fallecidos y sobrevivientes en espacios hospitalarios, así como también en la morgue y cementerios. Apuntaron a contener a los sufrientes, a facilitar la circulación de información y a favorecer la expresión verbal, entre otras cuestiones. Desde el Programa de Salud Mental, Desastres y Desarrollo de la Dirección de Salud Mental del gobierno de CABA, se envió un mensaje a los referentes de cada hospital que conformaban la Red de Salud Mental Desastres y Desarrollo convocándolos a responder a esta emergencia y dando indicaciones sobre cómo proceder en cada servicio de salud mental frente a las personas que solicitaban atención.¹³

13 La coordinación de la atención en salud mental desde la emergencia y hasta el año 2007 estuvo a cargo de la licenciada Susana Chames, entonces coordinadora del Programa de Salud Mental, Desastres y Desarrollo. Luego pasó a la licenciada Silvia Vouillat. Hoy en día, Chames está al mando de la comisión de seguimiento de la intervención en salud mental del Programa Integral para Damnificados de la Tragedia de Cromañón.

Semanas después se lanzó el programa de atención integral a las víctimas del 30 de diciembre de 2004 en el ámbito de la Subsecretaría de Derechos Humanos de CABA. Las agencias intervinientes fueron la Dirección General de Hospitales y la Dirección de Atención Primaria de la Salud. Luego del incendio de Cromañón, el gobierno de CABA se propuso “*paliar las consecuencias inmediatas derivadas de la tragedia, con la convicción de que corresponde que las desgracias individuales sean asumidas solidariamente*”.¹⁴ Como puede notarse, la preocupación central estuvo orientada a intervenir en la emergencia inmediata de esa *desgracia individual*. Con el objetivo de gestionar la demanda en lo relativo a la salud mental se pusieron en marcha dos líneas telefónicas. Una de ellas era la línea 0800-999-Ayuda, dependiente de la Dirección de Asistencia a la Víctima de la Subsecretaría de Derechos Humanos del GCBA. El otro servicio era Salud Mental Responde, y se prestaba a través de las líneas del Servicio de Estrés Postraumático del Hospital Alvear.

Para hacer frente a esas derivaciones, los servicios de psicopatología de aproximadamente treinta efectores del sistema de salud de la ciudad crearon equipos constituidos por psiquiatras y psicólogos pertenecientes a sus propias plantas a los que llamaron “dispositivos Cromañón”.¹⁵ De esta manera, la atención en salud mental de la emergencia se estructuró sobre la organización preexistente en la materia en la ciudad. En los dos primeros meses, se atendieron en esos dispositivos Cromañón 1075 pacientes, el 55% de los cuales lo hizo en el servicio del hospital Alvear y en el servicio de Salud Mental del hospital Ramos Mejía.¹⁶ Con el objetivo de coordinar acciones, se promovieron reuniones internas de los equipos, se organizaron más de cincuenta talleres para trabajar sobre el “impacto emocional en la emergencia”, con quinientos profesionales asistentes y se realizaron reuniones entre los jefes de cada servicio. Los jefes de los dispositivos de salud mental coincidieron en que las principales patologías y desórdenes presentes en la población damnificada fueron el estrés postraumático, los trastornos de ansiedad y los síndromes depresivos (Andújar, 2006).

En la práctica, el programa de atención a las víctimas del 30 de diciembre funcionaba como un mecanismo que agilizaba las posibi-

14 Decreto 67/2005, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

15 Si bien no hubo base de datos unificada, según el doctor César Bendersky del área de Salud Mental del Ministerio de Salud de CABA, citado en el informe elaborado por Andújar (2006), se señala que a julio de 2005 se habían atendido en el Centro de Salud Mental Florentino Ameghino 95 personas; en el hospital Alvear, 234; en el Ramos Mejía, 143, y en el Álvarez, 70.

16 “Cromagnon: amplían la atención psicológica”. *La Nación*, febrero de 2005.

lidades de conseguir turnos en los hospitales, cubrir gastos y erogaciones vinculadas a tratamientos de salud y, especialmente, acceder a un subsidio mensual. A partir de 2006, luego de la destitución del jefe de Gobierno Aníbal Ibarra y con las modificaciones sucesivas en la cabeza de esa jefatura, cambió el modo de nombrar a las víctimas del incendio y comenzó a nombrárselos como *damnificados* (Zenobi, 2017b), pero no hubo modificaciones sustanciales en el programa.¹⁷

En este marco, la actuación frente a la emergencia sentó las bases de las modalidades de atención en salud mental que se extenderían a lo largo de los años. Cada una de esas instituciones contaba con sus propias particularidades tales como diferencias en lo que respecta a la preparación para la atención de situaciones críticas; contar con mayor o menor cantidad de recursos humanos; circuitos burocráticos fluidos en algunos casos o, al contrario, complejos y trabados en otros; y orientaciones y estilos terapéutico-profesionales diferentes según la tradición y el perfil de cada servicio. En relación con esto último, la asistencia fue brindada desde orientaciones heterogéneas: desde dispositivos grupales de orientación psicoanalítica que se desarrollaron a lo largo de más de un año (Toporosi y Ragatke, 2008), hasta terapias cognitivo-conductuales individuales de corta duración e intervenciones psiquiátricas orientadas por el diagnóstico de *estrés postraumático* —categoría que se ha constituido en un importante articulador ideológico de la producción de la noción de víctima en el mundo contemporáneo (Fassin y Rechtman, 2009; Young, 1997)—.¹⁸

Aunque no existen cifras oficiales, sobrevivientes y familiares de los fallecidos continuaron asistiendo a los servicios de salud mental de esos efectores en los que funcionaban los dispositivos hasta varios

17 Incluso en 2013 se sancionó una ley integral de reparación que si bien introdujo algunas modificaciones en relación con la implementación de los subsidios, no modificó la forma de la intervención en salud.

18 En ese sentido, se destacan a modo de ejemplo el Servicio de Estrés Postraumático del hospital Alvear, único hospital de la ciudad especializado en emergencias psiquiátricas ocupó el lugar directriz de la intervención estatal en salud mental —del total de 932 pacientes atendidos durante todo 2005 en los hospitales referentes, 617 de ellos lo hicieron en esa institución—; y también el equipo de Estrés Postraumático del hospital Álvarez que trabajó con aproximadamente doscientos sobrevivientes y más de una decena de familiares de fallecidos a lo largo de varios años. El servicio del Alvear está dirigido por el doctor Mosca, psiquiatra y presidente de la Sociedad Argentina de Psicotrauma y coordinador del equipo de Factores Humanos del SAME. El del Álvarez estaba dirigido por el fallecido doctor Roberto Sivak, quien también era miembro de la Sección de Intervención en Desastres de la Asociación Mundial de Psiquiatría. En 2007, ganó el premio de la Asociación de Psiquiatras Argentinos con un trabajo en coautoría basado en la experiencia con sobrevivientes del incendio, titulado “Desarrollo resiliente y redes vinculares”.

años posteriores al hecho, y aún continúan haciéndolo. Las experiencias de las víctimas que asistieron a los dispositivos Cromañón a lo largo de los años son tan heterogéneas como lo son las instituciones en las que esos dispositivos están inscriptos. La política de atención en salud mental estuvo fuertemente atada a las posibilidades, los recursos y las particularidades propias de cada efector.

Durante 2005, el mismo año que las víctimas de Cromañón comenzaban a recibir asistencia clínica inmediatamente después del incendio, una novedad se hacía presente en el campo de la salud mental y los derechos humanos: más de dos décadas después de finalizada la dictadura militar, y como parte de una serie de medidas reparatorias, el Estado nacional incorporaba la cuestión de la salud mental como parte de las políticas públicas destinadas a las víctimas del terrorismo de Estado. Con la anulación de las leyes de impunidad y la reapertura de los juicios por delitos de lesa humanidad, exdetenidos y familiares de desaparecidos, entre otros, fueron convocados por la justicia a brindar sus testimonios. Luego de tres décadas de los hechos, afloraban las angustias, ataques de pánico y depresiones.

El programa Consecuencias Actuales del Terrorismo de Estado (CATE) fue iniciado en la Dirección Nacional de Derechos de Grupos Vulnerables de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación durante la gestión de Eduardo Luis Duhalde. Duhalde fue un reconocido abogado comprometido con la defensa de presos políticos durante la década de 1970 y un actor central en la defensa y promoción de los derechos humanos en Argentina. El programa estaba a cargo de la licenciada Fabiana Rousseaux, quien se había desempeñado previamente como coordinadora del Área de Derechos Humanos del Centro Cultural de la Cooperación y del Área de Derechos Humanos y Psicoanálisis del Instituto de Investigaciones del Campo Psi-jurídico. Como puede verse, entonces, aquella decisión llegó de la mano de la incorporación de importantes personalidades del mundo de los derechos humanos como funcionarios políticos en los sectores vinculados al tema. Las trayectorias profesionales y militantes, los vínculos interpersonales y las redes informales son tan relevantes para la comprensión de las políticas públicas como otros aspectos formales e institucionales que suelen colocarse en el centro de los análisis.

En el marco institucional brindado por el CATE se creó el Plan Nacional de Acompañamiento y Asistencia Integral a los Querellantes y Testigos Víctimas del Terrorismo de Estado. El propósito era doble: por un lado, se pretendía acompañar y contener a los testigos víctimas, pero también contribuir a orientar a los operadores judiciales sobre cómo lidiar con este tipo particular de testimoniados que, antes que meros testigos, debían ser tratados como víctimas que requerían con-

sideraciones y cuidados. En el *Protocolo de intervención para el tratamiento de víctimas-testigos en el marco de procesos judiciales*, editado algunos años después de la creación del plan, se señala que “la falta de cuidados en el trato por parte de los funcionarios del Estado involucrados en este proceso, o la ausencia de mecanismos de asistencia acordes, pueden producir un efecto de retraumatización” (AAVV, 2011: 21).

Con la continuidad, extensión y profundización de los juicios, a fines de 2010 se creó un dispositivo específico para el trabajo en salud mental con las personas que sufrieron las consecuencias de la dictadura. Se trataba del centro de asistencia a víctimas del terrorismo de Estado que llevaría el nombre de un referente en el campo de la salud mental y los derechos humanos, el doctor Fernando Ulloa. Creado a partir de un convenio entre el Ministerio de Justicia y el Ministerio de Salud, al igual que en el caso de la articulación entre trauma e impunidad, aquí también la relación entre procesos jurídicos y procesos psíquicos se ponía en evidencia. En la normativa que lo creaba se destacaba que

existen marcas y huellas profundas en la salud psíquica y física de las víctimas del Terrorismo de Estado y de sus familiares que con el paso del tiempo se han convertido en secuelas irreversibles [...] esta situación se vio agravada por el impacto que produce en aquellas víctimas, testigos y querellantes el tener que comparecer en los juicios que se celebran por delitos de lesa humanidad.¹⁹

El centro tuvo como finalidad el acompañamiento de los testigos en los procesos judiciales, la coordinación de las juntas interdisciplinarias que determinarían la existencia de daño y la oferta de atención psicológica en los casos en que fuera necesario.

Para los profesionales del Ulloa, resulta central que esa tarea de acompañamiento, que desde inicios de los años ochenta comenzaron a realizar algunos organismos de derechos humanos, se realice desde el Estado. Creen que ello permite inscribir esas políticas como parte de un acto reparador impulsado por un Estado que asume su responsabilidad en el acto criminal. De este modo, el Estado iría dejando atrás progresivamente *un paradigma tutelar para ir afirmándose sobre uno basado en los derechos humanos* al asumirse como garante de éstos (Arriagada *et al.*, 2013).

Aun cuando el papel anunciado de estos dispositivos es el de gestionar la situación de las víctimas, no es menos cierto que de modos más bien sutiles y opacos estos definen, clasifican y jerarquizan

¹⁹ Resolución ministerial 1207/09.

a las personas que han sufrido un daño, y contribuyen a producirlas como víctimas (Dodier y Barbot, 2017). Si bien son las víctimas las que suelen tener protagonismo y visibilidad tanto en la esfera pública así como en la literatura sobre estas cuestiones, intento poner el foco en los procesos a través de los cuales emergen como víctimas oficiales, reconocidas, consagradas, certificadas (o, por qué no, acusadas, resistentes y sospechadas). Este es el caso de las víctimas de la dictadura militar que al ser incorporadas en el marco de una política oficial, que asume la responsabilidad estatal por su sufrimiento, han sido reconocidas como víctimas legítimas.

La actuación de estos psicólogos en un contexto atravesado por lo jurídico, lo político y el compromiso con las víctimas presentó numerosos desafíos para estos profesionales. Se retomaron algunos debates e interrogaciones que se habían desarrollado en el marco de los equipos interdisciplinarios de los organismos de derechos humanos décadas antes. Tal como afirma un documento del CATE, fue necesario “redefinir conceptos y técnicas, debatir acerca del modo de nombrar patologías o hablar de padecimiento psíquico, para dar cuenta de una situación social traumática con especificidades individuales” (Martínez, 2006). Según Rousseaux, uno de estos debates tuvo que ver con el modo de nombrar a las personas que habían sufrido la violencia. “Paciente” o “beneficiario” fueron categorías desestimadas por tratarse de definiciones que dejan de lado el contexto sociopolítico en el que se produjeron los daños (Rousseaux, 2017). En cambio, “asistido” reflejaba adecuadamente la presencia estatal a través de una política reparatoria. Incluso la interrogación en torno a la categoría “víctima”—víctima “inocente”, “apolítica” (Rousseaux 2019); “víctima responsable” (Noailles, 2019)— condujo a que la propia categoría sea puesta en cuestión. Tal como señala Mariana Wikinski, psicóloga, integrante del equipo de salud mental del CELS: “¿Cómo hacer que se produzca un trabajo de desidentificación del lugar de ‘víctima’ [...]? ¿Cómo hacer para que no coagule en esa identidad un yo pero se reconozca al mismo tiempo también constituido por esa historia?”. Otra de las cuestiones objeto de la reflexión profesional estuvo relacionada con la necesidad de lidiar con el principio freudiano de la neutralidad, según el cual el analista no debe plantear ni expresar sus posiciones personales para no orientar la asociación libre del paciente (Noailles, 2010). Esto implicó una reflexión no sólo sobre el lugar del asistido, sino también sobre el papel del analista comprometido con una causa política: “¿No deberíamos los analistas revisar nuestra propia definición de ‘neutralidad’?” (Wikinski, 2016: 35).

Si se consideran las formas de intervención estatal frente a los dos tipos de víctimas que fueron puestas en juego en el debate públi-

co, las víctimas de Cromañón y las del terror estatal, se visualizan dos derroteros diferentes. Por un lado, la actuación de efectores de nivel local, la adaptación de esas estructuras preexistentes, se asemejaba a aquello que dentro del paradigma de la reparación se ha denominado como “medidas de rehabilitación”. Por el otro, en el caso de las víctimas del terrorismo de Estado puede reconocerse una política especialmente diseñada para esa población, que, además de rehabilitar, se proponía funcionar como un dispositivo de reparación simbólica centrado en la responsabilización del Estado, y que implicó la modificación y creación de nuevas agencias y estructuras estatales.

CROMAÑÓN COMO CASO DE DERECHOS HUMANOS: LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL TRAUMA

Desde su creación y hasta 2011, el centro Ulloa estuvo focalizado en la atención de las víctimas del terrorismo de Estado. Ese año llegaría con un cambio en el perfil institucional bajo la idea de que era necesario trascender la impronta fuertemente asociada a las víctimas de delitos de lesa humanidad, e incorporar otras situaciones de violaciones a los derechos humanos. Un decreto del Poder Ejecutivo de la nación modificó el nombre del centro que pasó a llamarse “Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos Dr. Fernando Ulloa”. Esa normativa habilitaba al centro a intervenir “en relación a situaciones provocadas por el accionar directo de agentes del Estado que en el ejercicio abusivo de sus funciones importen graves violaciones a los Derechos Humanos”, y, por lo tanto, redefinía el tipo de víctimas con las que se trabajaría desde la institución.²⁰

Esa transformación se vio profundizada a partir de 2014 con el cambio en la dirección de la institución. La nueva directora, la psicoanalista Julieta Calmels, tenía trayectoria en el mundo de la salud mental y los derechos humanos como asesora en esa materia de un diputado que se incorporó al mundo de la política bajo su condición de nieto recuperado, y también coordinó algunos de los congresos de salud mental y derechos humanos que organiza la Asociación Madres de Plaza de Mayo. Con la llegada de la nueva dirección, se organizaron dos áreas de trabajo en el centro, una de ellas dedicada a la tarea que se venía realizando con las víctimas del terrorismo de Estado y la otra, una nueva incorporación, era un área que se llamaría “Violaciones actuales a los derechos humanos”.

Desde la perspectiva de la nueva directora, el Centro Ulloa trabaja con situaciones que tienen un punto en común: se trata de eventos

20 Decreto presidencial 141/2011.

externos que irrumpen en la vida del sujeto con una intensidad que dificulta su elaboración a través del aparato psíquico —terrorismo de Estado, violencia institucional o situaciones como el incendio de Cromañón o el atentado a la AMIA—. Este tipo de eventos están asociados a lo que Freud denominaba “neurosis de guerra”, un tipo de neurosis que está menos vinculada a lo intrapsíquico, a lo pulsional, y más a ese tipo de eventos desencadenantes.

Según Calmels, el trauma de las personas expuestas a ese tipo de experiencias suele ser abordado considerando las dos dimensiones que son más familiares para los profesionales del psiquismo: lo exterior y lo singular; esto es, los hechos y las marcas subjetivas que aquellas dejan en el cuerpo y en el psiquismo individual. En cambio, al trabajar con víctimas de violaciones de los derechos humanos debe considerarse que el trauma no se reduce al hecho sucedido —las torturas durante la dictadura, una tragedia o la violencia policial— ni tampoco al impacto subjetivo.

De un modo similar a quienes rechazaban la psicologización que implicaba la definición del hecho como una tragedia, la nueva directora del Ulloa creía que en ese tipo de casos la sintomatología no puede ser reducida a una cuestión intrapsíquica, endógena, subjetiva, ya que —como aquellas situaciones catastróficas desencadenantes— tiene un origen social y político. De modo tal que a lo singular y a lo exterior cabe agregar una dimensión más: lo social. Lo social puede ser entendido bajo la forma de la justicia, el Estado, la comunidad. De ahí la importancia de trabajar con las víctimas de ese tipo de hechos desde una política estatal reparatoria: “Es central que esas personas sepan que hay un lugar que es del Estado y que le dice a las víctimas que lo que les ocurrió tiene importancia social histórica, tenemos una deuda con ustedes. Y por ese motivo los vamos a acompañar, a recibir, a alojar. Eso tiene efectos simbólicos y genera alivio en el sufrimiento”.²¹ Si la puesta en marcha de una política pública estatal centralizada, especialmente dirigida al reconocimiento oficial de ese tipo de víctimas, tiene consecuencias positivas para la salud mental de las víctimas, la contracara de ello se ve “cuando el Estado se desentiende, no imparte justicia, no ampara ni repara, los sujetos quedan librados meramente a su singularidad” (Calmels, 2015: 97).

En 2014, diez años después del incendio de Cromañón, unos ciento cincuenta sobrevivientes recibían atención en salud mental y unos cuatrocientos continuaban realizando controles médicos en el

21 Entrevista a Julieta Calmels, junio de 2016

ámbito del sistema público de salud de CABA.²² Un año después, un sobreviviente del incendio de Cromañón se quitó la vida luego de sufrir diversos episodios relativos a su salud mental a lo largo de varios meses. Se trató del suicido número diecisiete de un sobreviviente.²³ Una organización llamada Coordinadora Cromañón que reúne a varias agrupaciones señaló que esa muerte era una consecuencia de la *falta de compromiso* del Estado de la ciudad con la atención en salud mental. Por ello, solicitaron la renuncia de la coordinadora del área. Tras reunirse con funcionarios del Ministerio de Desarrollo de la Nación buscando orientación y ayuda para mejorar la atención en salud mental de esa población, tomaron contacto con el Centro Ulloa.

A partir de la demanda generada por la organización de sobrevivientes, en el Centro Ulloa se inauguró un Área Cromañón. Entre 2015 y 2016, esa área trabajó con unos setenta sobrevivientes y ocho familiares de fallecidos. El equipo de atención interdisciplinario estuvo conformado por dos psicólogas de orientación psicoanalítica, una psiquiatra y una trabajadora social. Un elemento distintivo del dispositivo fue la elaboración de un mapa georreferenciado de la ubicación de los sobrevivientes asistidos, la construcción de una red de servicios de salud mental dispuestos a coordinar y articular acciones con la institución que les derivaba asistidos y el trabajo de seguimiento individualizado. El objetivo de este trabajo coordinado fue evitar lo que desde el Ulloa veían como la *dispersión* de efectores de salud, cada uno *“librado a su suerte en lo que hace a recursos y gestión institucional”*, según consideraban. Entre la sintomatología el equipo encontró con mayor frecuencia dificultades para transitar por espacios cerrados o por zonas cercanas al incendio y dificultades con cuestiones perceptivas, como percibir olor a quemado.

Como afirma Noailles (2010: 75), una particularidad de la Argentina es la de igualar hegemonícamente el papel del psicólogo a la práctica liberal del psicoanálisis —construcción que no se habría iniciado con la dictadura, sino que se remonta a fines de la década de 1960. En este caso, el trabajo con las víctimas del incendio desde el Centro Ulloa es entendido por las profesionales como un modo diferente de “hacer clínica”: “Atendemos en consultorios pero no hacemos consultorio en el sentido liberal de la profesión”.²⁴ La diferencia estaría dada por el trabajo más allá de lo singular y lo exterior, y por la presencia

22 “Hoy se cumplen 10 años de la tragedia en el boliche de Once. Cromañón y después: 150 sobrevivientes todavía siguen en tratamiento”, *Clarín*, 30 de diciembre de 2014.

23 *Ibid.* La tasa de suicidios entre el universo de sobrevivientes del incendio es de 6 cada mil asistentes, frente a la tasa nacional de 8 suicidios cada cien mil habitantes.

24 Entrevista al equipo Cromañón del Centro Ulloa, junio de 2016.

de un *compromiso* profesional con el reconocimiento de la responsabilidad estatal en el sufrimiento de aquellos que son asistidos por el mismo Estado que se asume como responsable.

El reconocimiento estatal de las víctimas es un punto de partida a partir del cual comenzar la intervención en salud mental pero, en este caso, el trabajo con víctimas del incendio enfrentó a las profesionales del centro a nuevos desafíos. En efecto, en la experiencia de trabajo con las consecuencias de la dictadura, la intervención del psicoanalista contribuyó a que el reconocimiento y la legitimación sean procesados y elaborados psíquicamente, pero Calmels observa un contraste entre diferentes situaciones: mientras que los hechos que generaron víctimas de delitos de lesa humanidad fueron reconocidos como hechos políticos y sociales, la mirada prevaleciente sobre el incendio fue aquella que lo definió como una tragedia: “La dictadura [...] se construyó como un hecho social y político pero Cromañón aparece como un hecho asocial: similar a una catástrofe natural, como si no hubiera responsabilidad social y política”.²⁵ Según el análisis realizado por la gente del Ulloa, esta concepción puede verse en el espíritu de la normativa que crea el programa de atención a las víctimas del incendio que se refiere a paliar las *consecuencias inmediatas* de las *desgracias individuales*: “Desde el inicio, no se lo ponderó como un programa a mediano o largo plazo, ni se asumió la responsabilidad estatal en los hechos, sino que se planteó como un acompañamiento estatal a desgracias individuales” (Bordallo *et al.*, 2016: 1).

Ese modo de entender el incendio dificulta, según las profesionales, las posibilidades de reconocimiento de la dimensión social del trauma, en la medida en que las víctimas habrían sufrido un daño por el cual no hay responsables o, peor, ellas mismas serían las responsables. En este último caso las cosas son peores ya que la condición de víctimas está asociada a la inocencia, con lo cual cuando las personas que han sufrido un daño son señaladas como responsables de este, esos señalamientos son denunciados como culpabilización: “Hoy las víctimas de dictadura tienen reconocimiento social, nadie les diría eso les pasó por estar en política, que son locas, por algo será, eso, pero en Cromañón sigue pasando. Hay culpabilización de las víctimas”.²⁶

La actualidad de trauma muestra que el paso del tiempo del calendario no es lo mismo que el tiempo psíquico y que alguien que tiene una vívida sintomatología luego de una década o más de ocurrido el hecho desencadenante carece de *autonomía* para el desarrollo

25 Entrevista a Julieta Calmels, junio de 2016.

26 Entrevista al equipo Cromañón del centro Ulloa, junio de 2016.

de su vida cotidiana y la proyección de futuro. Por eso parte fundamental de la intervención terapéutica es *evitar la cristalización en la identidad de víctima*. En ese camino el equipo de trabajo se propuso contribuir a la elaboración psíquica del daño sufrido a través del trabajo de consultorio: “Cotidianamente buscamos hacer que la historia de violencia de la que fueron objetos no cristalice sus vidas para siempre en el lugar al que fueron llevadas: el lugar de objeto pasivo de la violencia y la crueldad” (Calmels, 2015: 89). La paradoja toma entonces la forma de una tensión entre, por un lado, la construcción y el funcionamiento de un dispositivo estatal de reconocimiento que trata a las personas como víctimas y, por el otro, el trabajo de los profesionales psi que se desempeñan en este dándole centralidad a la idea de “autonomía”.

Dispersión, desgracia individual, consecuencias inmediatas serían expresiones de la reducción del padecimiento a la dimensión intrapsíquica. Marcan un contraste con la propuesta planteada desde el Ulloa: al tener como punto de partida el reconocimiento de la dimensión social del trauma podría verse en esa institución “una diferencia respecto de las respuestas previas” (Bordallo *et al.*, 2016: 4). En las luchas que pueden darse en un campo político tanto por la definición de un problema como por las posibles soluciones, presentar un modo de intervención como una novedad suele transformarse en un recurso para legitimar ciertas políticas que son planteadas como la solución adecuada (Shore, 2010).

CONCLUSIONES

Diferentes tipos de víctimas alrededor del globo apelan a categorías psi para explicar(se) su situación. Este fenómeno no hubiese sido posible sin la reconversión que el concepto de trauma ha tenido en la segunda mitad del siglo pasado cuando el traumatismo dejó de ser un estigma para convertirse en una fuente de reconocimiento. Categorías de orden psi como “trauma”, puestas a circular tanto por legos como por profesionales, vienen a autenticar la gravedad de lo sufrido. Según Fassín (2014), esa reconversión tiene un origen ligado a la movilización política de las mujeres feministas y los veteranos de guerra en reclamo por el reconocimiento de derechos, antes que a algún tipo de avance en el campo clínico. Si indagamos en la particularidad de la experiencia argentina, puede verse que, en buena medida, la articulación entre víctimas y psicología tiene una historia que la enmarca bajo un color particular, vinculado con el surgimiento de un campo profesional conformado en torno a la relación entre salud mental y derechos humanos.

Visto desde el lugar de las víctimas que los convocan, los profesionales psi son reconocidos en virtud de sus conocimientos técnicos y la

relevancia de sus voces como activistas reconocidos que los califican como actores destacados en los campos contenciosos en los que se valoran ciertos tipos de saberes. Posicionados en el cruce entre su saber profesional y sus posiciones sobre la realidad política y los derechos humanos, los especialistas psi actúan, a la vez, como intelectuales y como expertos (Neiburg y Plotkin, 2004). Pero al mismo tiempo, de modo complementario, hay un proceso inverso, acaso menos visible y atendido: la participación política deviene un criterio de prestigio y reconocimiento en el campo profesional (Vecchioli, 2011). A partir de la incorporación de personalidades cuyas trayectorias en el mundo de los organismos de derechos humanos y de la salud mental funcionaron como un capital relevante, se dio una integración progresiva de la asistencia en salud mental a las políticas de reparación promovidas por el Estado desde 2003.

Los especialistas en salud mental ocuparon un lugar muy destacado en el debate público sobre las consecuencias psicológicas de la dictadura militar en lo que hace a la construcción de una etiología, de una puesta en relación entre causas y consecuencias, de la explicación acerca de qué se trata el daño que debe ser atribuido a algún responsable y sobre cómo repararlo. Esos profesionales comprometidos con la salud mental y los derechos humanos interpretaron la situación de las “nuevas” víctimas del incendio de Cromañón bajo la lente del vínculo entre trauma e impunidad que cuenta con una fuerte historia en el país. Al conectar el incendio con cuestiones más amplias como derechos humanos y la *corrupción política*, estos profesionales contribuyeron a producir una definición del problema más allá del caso particular (Boltanski, 2000) y a participar a las víctimas del incendio del reconocimiento social legítimo con que cuentan las víctimas del terrorismo de Estado. La controversia generada en torno a este tema habla de que la condición de víctima está inscripta en un campo político en el que se dan luchas por las definiciones sociales legítimas. Víctima es un producto social surgido de una serie de luchas entabladas entre diferentes agentes que puede ser discutido, impugnado o rechazado en diferentes contextos.

Como responsable de la desdicha y, a la vez, como actor de reparación, el Estado adquiere un papel central en los procesos de reconocimiento de las víctimas de violencia. Paradójicamente el trabajo de los profesionales que se desempeñan en esos dispositivos estatales como el Ulloa, se desplaza entre aquel *reconocimiento* y la promoción de *autonomía* de las personas dañadas. Se trata de reconocer a las víctimas para que dejen de serlo.

El desempeño de la práctica profesional en el cruce entre el campo psi y el ámbito jurídico plantea la redefinición de conceptos crucia-

les como el de *neutralidad* o *transferencia* que son revisitados, e incluso la propia forma de entender el trauma. Al incorporar la dimensión social junto con la noción de reparación simbólica, la resolución del trauma no se limita a la intervención de los profesionales psi, sino que otros actores como jueces, abogados y políticos pasan a tener relevancia. Esta forma de entender la cuestión muestra que el traumatismo psíquico es una categoría clínica que en parte está modelada por las causas políticas colectivas, que contribuyen a entenderlo, darle forma y a modificar su etiología (Latté y Rechtman, 2006).

En este trabajo he intentado trazar las relaciones no solo de oposición y denuncia al Estado, sino también aquellas de complementariedad e interdependencia a través de las cuales las personas que han sufrido algún tipo de daño adquieren reconocimiento y existencia social. En ese camino debe contemplarse la convergencia entre víctimas y profesionales. Aún está pendiente el programa de investigación sociológica que objetive el campo de la salud mental y derechos humanos en nuestro país. El avance en ese sendero podría ayudar a comprender un fenómeno que no se limita a la Argentina, sino que tiene un alcance global: la incorporación creciente a las estructuras del Estado de numerosos dispositivos, mecanismos, protocolos, políticas y programas que se ocupan de la atención a víctimas. Un programa de investigación que marche en ese sentido podría aportar a la comprensión del proceso de oficialización y legitimación de los saberes psi como un tipo de saber profesional adecuado para el trabajo con personas que han atravesado diversos tipos de violencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAVV (2008). *Pensar Cromañón. Debates a la orilla de la muerte joven. Rock, política y derechos humanos*. Buenos Aires: Editorial S/N.
- (2011). *Protocolo de intervención para el tratamiento de víctimas-testigos en el marco de procesos judiciales*. Buenos Aires: Área de Publicaciones de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- Alonso, M., Gago, P. y Klinar, D. (2008). Profesionales de la psicología en la República Argentina: síntesis cuantitativa. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología*, 17, 375-382.
- Andújar, A. (2006). *República Cromagnón. A dos años de la tragedia: una evaluación de las políticas públicas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

- Arosi, A. P. (2017). Ativismo de vítimas do incêndio na boate Kiss: evento traumático, causa pública e conflitos morais. *Papeles del CEIC*, 168(1), 1-30.
- Arriagada M., Ceriani L. y Monópoli V. (comps.) (2013). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Barthe, Y. (2017a). Causa política y “política de las causas”. La movilización de los veteranos de ensayos nucleares franceses. *Revista de la Carrera de Sociología*, 7(7), 264-302.
- (2017b). *Le Retombées du passé. La paradox de la victim*. París: Seuil/La Couleur des Idées.
- Boltanski, L. (2000). *El amor y la competencia como competencias: Tres ensayos de sociología de la acción*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bordallo, S., Fraguas, S., Kiper, C. y Sacristán, M. (2016). Equipo de asistencia a víctimas de Cromañón: Reflexiones acerca del impacto de las políticas públicas en la población afectada. Ponencia presentada en la “Primera Jornada Anual de Salud Mental y Adicciones”. Municipio de Merlo. Buenos Aires: Mimeo.
- Calmels, J. (2015). *Experiencias en salud mental y derechos humanos: aportes desde la política pública*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Calmels, J. y Sanfelippo, L. (comps.) (2019). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Colección Salud Mental y Derechos Humanos de ENCLAVES-Asociación Civil. Buenos Aires: Teseo.
- Cagle James, E. (2010). *Democratic Insecurities: Violence, Trauma, and Intervention in Haiti*. California: University of California Press.
- Chama, M. (2015). *Compromiso político y labor profesional: Estudios sobre psicólogos y abogados en los primeros setenta*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata
- Chaumont, J.-M. (2000). Du culte des héros à la concurrence des victimes. *Criminologie*, 33, 167-183.
- Dodier, N. y Barbot, J. (2017). A força dos dispositivos. *Revista Sociedade e Estado*, 32(2), 487-518.
- Edelman, L., Kordon, D. y Lagos, D. (1995). La impunidad: reactivación del trauma psíquico. *Reflexión. CINTRAS-Centro de Salud Mental y Derechos Humanos*, 24, 24-26.
- Engle Merry, S. (2006). Transnational Human Rights and Local Activism: Mapping the Middle. *American Anthropologist*, 108(1), 38-51.

- Fassin, D. (2014). De l'invention du traumatisme à la reconnaissance des victimes. Genèse et transformations d'une condition morale. *Vingtième Siècle. Revue d'Histoire*, 123, 161-171.
- (2016). *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo.
- Fassin, D. y Rechtman, R. (2009). *The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood*. Princeton y Oxford: Princeton University Press.
- (2016). Gobernar por la escucha. En Fassin, D. *La razón humanitaria: Una historia moral del tiempo presente*. Buenos Aires: Prometeo.
- Gatti Gabriel y Martínez, María. (2017). «El campo de las víctimas. Disensos, consensos e imaginarios compartidos en el nacimiento del ciudadano víctima». En Gabriel Gatti (Ed): *Un mundo de víctimas*. Barcelona: Anthropos.
- Guilis, G., & Equipo de salud mental del CELS .(s/f). *El concepto de reparación simbólica*. Disponible en: http://www.cels.org.ar/common/documentos/concepto_reparacion_simbolica.doc.
- Irazusta, I. y Gatti, G. (2017). El gobierno de las víctimas. Instituciones, prácticas, técnicas y oficios que hacen a las víctimas. En Gatti, G. (ed.). *Un mundo de víctimas* (pp. 183-208). Barcelona: Anthropos.
- Jensen, S. y Ronsbo, H. (2014). Histories of Victimhood: Assamblages, Transactions, and Figures. En Jensen, S. y Ronsbo, H. (comps.). *Histories of Victimhood* (pp. 1-22). Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Latté, S. (2005). De l'individuel au collectif. Les usages sociaux de la victimologie (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*, 23(2), 39-47.
- Latté, S. y Rechtman, R. (2006). Enquête sur les usages sociaux du traumatisme à la suite de l'accident 1 de l'usine AZF à Toulouse. *Politix*, 73(1), 159-184.
- Lefranc, S. y Mathieu, L. (2009). De si probables mobilisations de victimes. En Lefranc, S. y Mathieu, L. (comps.). *Mobilisations de victimes* (pp. 11-26). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Martínez V. (2006). "Presentación" en *Consecuencias actuales del terrorismo de Estado en la salud mental Salud mental y Derechos Humanos. Cuadernillo orientativo dirigido a profesionales de la salud mental*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Buenos Aires.
- Neiburg, F. y Plotkin, M. (2004). Intelectuales y expertos. Hacia una sociología histórica de la producción de conocimiento sobre la Argentina. En Neiburg, F. y Plotkin, M. (comps.). *Intelectuales*

- y expertos: *La constitución del conocimiento social en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Noailles, G. (2010). *Estudiantes, militantes, analistas: Historia y política de la carrera de Psicología en la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Koyatún.
- (2019). Víctimas responsables. En Calmels, J. y Sanfelippo, L. (comps.). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura: Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Buenos Aires: Teseo.
- Organización de las Naciones Unidas (1997). La administración de la justicia y los derechos humanos de los detenidos. La cuestión de la impunidad de los autores de violaciones de los derechos humanos.
- Ospina Martínez, M. A. y Uribe Tobón, C. (2011). Noé y la ira de la guerra. Cultura y trauma en un caso psiquiátrico colombiano. En Visacovsky, S. *Estados críticos: La experiencia social de la calamidad*. La Plata: Al Margen.
- Plotkin, S. y Visacovsky, S. (2007). Saber y autoridad: intervenciones de psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina. *EIAL: Estudios Interdisciplinarios de America Latina y el Caribe*, 18(1), 13-40.
- Rousseaux, F. (2017). Las víctimas del terror de Estado en el marco de las Políticas Públicas de Reparación. En Gatti, G. (comp.). *Un mundo de víctimas* (pp. 183-208). Barcelona: Anthropos.
- (2019). El debate sobre las víctimas en el marco de las políticas públicas de reparación integral. En Calmels, J. y Sanfelippo, L. (comps.). *Trabajos de subjetivación en torno a la última dictadura. Herramientas conceptuales para el pensamiento y la acción*. Buenos Aires: Teseo.
- Sarti, C. (2011). A vítima como figura contemporânea. *Caderno CRH*, 24(61), 51-61.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda Revista de Antropología y Arqueología*, 10, 21-49.
- Toporosi, S. y Ragatke S. (2008). Adolescentes afectados por la catástrofe de Cromagnon: un dispositivo de intervención psicológica. *Revista Topia*, julio.
- Torpey, J. (2001). ‘Making Whole What Has Been Smashed’: Reflections on Reparations. *The Journal of Modern History*, 73(2), 333-358.
- Vecchioli, V. (2011). Profesionales del derecho, activismo jurídico y creación de nuevos derechos. Hacia una mirada comprensiva del derecho desde las ciencias sociales. *Revista Política*, 49(1), 5-18.

- (2013). Las víctimas del terrorismo de Estado y la gestión del pasado reciente en la Argentina. *Papeles del CEIC-International Journal on Collective Identity*, 1, 1-25.
- Vecchioli, V. (2006). “A luta pelo direito’. *Engajamento militante e profissionalização dos advogados na causa pelos direitos humanos na Argentina*”: Tesis de doctorado- PPGAS-UFRJ
- Visacovsky, S. (2002). *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Madrid y Buenos Aires: Alianza.
- Wikinski, M. (2016). *El trabajo del testigo: Testimonio y experiencia traumática*. Buenos Aires: La Cebra.
- Young, A. (1995). *The harmony of illusions: inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press
- Zenobi, D. (2017a). “Esperando justicia”. Trauma psíquico, temporalidad y movilización política en la argentina actual. *Papeles del CEIC-International Journal on Collective Identity*, 1, 30-41 <http://dx.doi.org/10.1387/pceic.16921>
- (2017b). Políticas para la tragedia: Estado y expertos en situaciones de crisis. *Iberoamericana – Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies* (número especial: *La contribución de la antropología al estudio de crisis y desastres en América Latina*), 46(1), 30-41. <http://doi.org/10.16993/iberoamericana.105>

Oliva López Sánchez

EL ALMA MEXICANA O DE CÓMO LAS DISCIPLINAS PSI CONSTRUYERON LA IDENTIDAD PSÍQUICA DEL MEXICANO EN LOS SIGLOS XIX Y XX*

El siglo XIX en México representó el surgimiento de las instituciones sociales, académicas y científicas. En particular, la relación entre el Estado mexicano y las sociedades científicas tiene sus inicios en el último tercio de ese siglo (Trabulse, 1985 y 1993; Revueltas Valle, 1990; López Sánchez, 1998; Quezada Molina, 2000). Resulta emblemático mencionar el Primer Concurso Científico Mexicano de 1895 convocado por el gobierno de Porfirio Díaz para que las sociedades científicas más sobresalientes del país —Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, Academia de Medicina, Academia Mexicana de la Lengua, entre otras— presentaran iniciativas en sus campos de estudios para regular jurídicamente distintos ámbitos de la vida social que resultaban problemáticos.

La relación ciencia-Estado a finales del siglo XIX era necesaria para la reconfiguración del México moderno imaginado en el tren del

* El manuscrito es resultado derivado del Proyecto de Investigación PAPIIT-DGA-PA-UNAM IN301708 *El amor romántico: genealogía de un régimen sentimental en México entre 1900-1950*.

progreso, que entre otros imperativos tenía el reto de atacar la *degeneración social*,¹ considerada una de las principales causas de los problemas sociales que se convertían en un lastre para el progreso económico (Revueltas Valle, 1990; López Sánchez, 1998; Urías Horcasitas, 2000-2001, 2005 y 2007a).

La atención a las dificultades de la diversa sociedad mexicana pretendió llevarse a cabo bajo la guía de la ciencia y la jurisprudencia. Las acciones comunes eran, de acuerdo con los políticos y científicos de la época, la mayor evidencia del sentimiento de justicia que podía normar las relaciones sociales y, por ende, regular las diferencias naturales en beneficio de la igualdad, como dictaban los gobiernos modernos basados en la ley positiva (Baranda, 1895).

La encomienda fue proponer un trabajo en colaboración entre jurisprudencia y ciencia para perfeccionar la legislación en distintos ramos. En el caso de la Academia de Medicina, los temas tratados en el congreso estuvieron dirigidos a las enfermedades mentales y las medidas jurisprudenciales para atenderlas en el nivel social.² El progreso y la modernización de México, desde finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX, se focalizaron principalmente en la regulación de la vida de los ciudadanos, a través de políticas y programas encaminados a eliminar lo que consideraron los vástagos de la degeneración social y agruparon con la siguiente terminología: criminalidad, alcoholismo, locura, toxicomanías, prostitución, así como todas aquellas

1 “Degeneración social” es un concepto basado en la teoría de la degeneración de Morel (1860) que definía las desviaciones morbosas del tipo normal de la humanidad, transmisibles hereditariamente y que evolucionaban de forma progresiva hacia la decadencia. La degeneración podía proceder de intoxicaciones (malaria, alcohol, opio, suelo generador de cretinismo, epidemias, intoxicación alimentaria), medio social, temperamento morbo, enfermedad moral, lesiones congénitas o adquiridas o la herencia.

2 Los trabajos presentados por la Academia de Medicina fueron los siguientes: 1) la enfermedad mental y la necesidad de una ley que reglamentara la admisión y salida de locos en los establecimientos públicos y particulares a cargo de José M. Bandera (1895); 2) las neurosis hereditarias y degenerativas producidas por la epilepsia y la histeria debían considerarse un impedimento para el matrimonio a cargo de José Olvera (1895); 3) las medidas higiénicas necesarias para reprimir el alcoholismo, considerado una plaga social, y la propuesta de los médicos como los encargados de la vigilancia en el cumplimiento de los preceptos de la higiene, a cargo de Nicolás Ramírez de Arellano (1895); 4) la responsabilidad parcial o atenuada de los enfermos mentales en distintos tipos de delitos a cargo de Porfirio Parra (1895); 5) el valor de los dictámenes médicos en los casos de irresponsabilidad criminal y de incapacidad por trastornos mentales a cargo de Secundino Sosa (1895), y 6) las relaciones entre la medicina y la jurisprudencia a cargo de Rafael Lavista (1895). Estos trabajos señalaron la importancia de gobernar haciendo valer la ley positiva en los gobiernos modernos

conductas juzgadas por la ciencia como peligrosas para el desarrollo de una nación moderna —léase sana y productiva—.

Urías Horcasitas (2005) asegura que “el discurso político y social atribuyó el atraso y las dificultades por las que había atravesado el país a determinadas inclinaciones morales o psicológicas que eran inherentes a las razas mexicanas” (p. 355). Las tesis construidas en el siglo XIX sobre la transmisión hereditaria de los rasgos fisiológicos y morales —lugar de vicios y virtudes— de las llamadas “razas” perduraron hasta mediados del siglo XX. Como asegura Urías Horcasitas (2005), el pensamiento sobre las razas y el factor racial como determinante del progreso construido en el siglo XIX —al amparo de las teorías lamarckistas, la *degeneración racial*, las corrientes evolucionista, organicista y darwiniana— se mantuvieron hasta el siglo XX porque el pensamiento posrevolucionario no estableció una ruptura con las ideas de racialización como determinante del progreso. El principio de homogenización racial, cultural y lingüístico de pueblos originarios ha sido la base del desarrollo moderno. En México y América Latina, el proyecto mestizofílico se hizo sobre la idea prohispánica (Stepan, 1991) y arielista (López Sánchez, 2019).

Un país que despuntaba al nuevo siglo con una serie de males sociales que se agudizaron durante y después del periodo de la Revolución Mexicana demandaba en voz de sus dirigentes e intelectuales una transformación social, la cual se afianzó en el programa de *ingeniería social*³ que, a decir de algunos especialistas como Urías Horcasitas (2000-2001 y 2007a), se erigió sobre la base de un proyecto de *depuración racial* y *regeneración social*. La denominada “ingeniería social” tiene sus antecedentes en el proyecto de homogenización de las entonces llamadas razas del siglo XIX como piedra angular del proceso modernizador, porque “los grupos étnicos eran el rastro ancestral que les recordaba la posesión de una herencia de difícil gestión” (Olivier Toledo, 2011a: 95). Una coincidencia entre conservadores y liberales era el señalamiento al alcohol, la prostitución y la *vida disipada* como los grandes males de la diversa sociedad mexicana finisecular. “De modo que el siglo XIX fue testigo de diversos intentos de elites por conformar un nuevo tipo de hombre que significara crecimiento y solidez de una nación formada de múltiples claroscuros” (Olivier, 2011a: 96).

3 Urías Horcasitas (2005) propone este concepto con el cual engloba un conjunto de acciones de los programas y las políticas diversas en materia de políticas de mestizaje, migratorias, educativas, sanitarias, profilácticas y jurídicas asociadas con la transformación racial del país al cambio de las mentalidades y a la definición de una nueva moral pública y privada.

Los médicos e intelectuales pusieron su atención en la modificación de las características afectivas, psicológicas y sociales de las clases con mayores desventajas y los grupos indígenas, ya que, ante los dirigentes, estas resultaban ser un obstáculo para el progreso. Por esta razón, los médicos, juristas y criminólogos establecieron estándares emocionales, acordes con una realidad económica y cultural, que sentaron las bases de las reglas de conducta en la que los especialistas versados en conocimientos sobre psicología y psiquiatría se erigieron como los mediadores entre la gestión de la vida interior de los sujetos y las expectativas sociales.

El objetivo del presente capítulo es destacar la importancia de la vida emocional, antesala de los discursos psi —psicológicos, psiquiátricos y psicoanalíticos—, en la configuración del ciudadano dentro del proyecto de construcción de la nación mexicana pre y posrevolucionaria, sustentado en un nacionalismo y un mexicanismo promes-tizo respectivamente. Pretendemos destacar la importancia de la vida emocional en los planos social y cultural de los proyectos nacionalistas para evidenciar que la dimensión psicológica se fue amalgamando de manera progresiva y fundante en la construcción de la nación mexicana y a partir de entonces tuvo una función política en el reordenamiento de la sociedad indígena y mestiza en su mayoría.

La hipótesis esgrimida es que, junto con el programa de ingeniería social del siglo XX en México, existió en paralelo uno en clave emocional.⁴ Este último proyecto intentó, por un lado, explicar el carácter del mexicano y, por otro, orientar una sensibilidad para construir la identidad nacional del ciudadano imaginado en el proyecto del México moderno propuesto por los ideólogos, intelectuales y científicos de principios de siglo. A partir de lo que Raymond Williams (2009) ha denominado “estructuras de sentimiento”;⁵ William Reddy (2001) llama

4 Illouz (2007) asegura que con el proyecto de modernización capitalista paralelamente se gestó otro en clave emocional.

5 “Estructuras de sentimiento” es un concepto propuesto por Raymond Williams (2009) desde una perspectiva materialista cultural que reconoce las implicaciones de la cultura en los procesos históricos y las transformaciones sociales. Desde un marxismo de la subjetividad, Williams intenta recuperar la centralidad de la conciencia en la acción orientada por los valores en oposición de un marxismo de la objetividad. De ahí que estructuras de sentimiento pretenden dar cuenta de las relaciones existentes entre las instituciones sociales y las formaciones de experiencias producidas y cambiantes. También refiere lo inalienablemente físico y en movimiento. Las estructuras de sentimiento dan cuenta del tono, la pulsión y el latido de una época. No tiene que ver solo con su conciencia oficial, sus ideas, sus leyes, sus doctrinas, sino también con las consecuencias que tiene esa conciencia en la vida mientras se la está viviendo. Algo así como el estado de ánimo de toda una sociedad en un periodo histórico.

“regímenes emocionales”;⁶ Eva Illouz (2007), “campo emocional”,⁷ y nosotros “dispositivos emocionales”⁸ (López Sánchez, 2011), planteamos que los saberes y las prácticas médico-científicos implementadas, a través de las medidas higienistas —higiene mental y eugenesia—, estuvieron contruidos sobre la base de una concepción del individuo moderno definido por su *yo* interior y su vida sensible. Tengamos presente que el *yo* fue la entidad fenomenológica concomitante del individuo secularizado en el mundo moderno (Gergen, 2006). Por lo cual, el sustrato psíquico constituye el elemento nodal del individuo moderno, y se erigió como su nuevo referente existencial e identitario en la construcción de las naciones.

El marco teórico en el que se sustenta la investigación que ha dado lugar a este escrito está conformado por los estudios socioculturales de las emociones (López Sánchez, 2011) que postulan que el proyecto capitalista (Illouz, 2007) y el *ethos* cultural de la modernidad (Bericat Alastuey, 1999) no pueden entenderse fuera de un proyecto emocional, en paralelo o de manera central, como se intentará demostrar en este análisis. El desarrollo de ciertas emociones y el control de otras es como ha demostrado Elias (1988) el elemento nodal del proceso civilizatorio. La construcción de terminología experta sobre la vida interior y sensible del individuo, diferenciado por su sexo, es una muestra de la importancia que fue ocupando la vida emocional en la construcción de las sociedades modernas (Bericat Alastuey, 1999). La premisa teórica que se desprende de este marco analítico es que el orden social implica una estructura emocional para hacer posible las expectativas sociales del desarrollo.

El capítulo está organizado de la siguiente forma: en el primer apartado, se delinea los aspectos centrales del proyecto de ingeniería social y emocional, base del plan de regeneración social de México

6 Los “regímenes emocionales” son estrategias de control social basadas en el manejo de emociones que además tienen un efecto performativo en los sujetos. Los regímenes emocionales no solo producen dominación sobre los sujetos, también producen sujetos.

7 El “campo emocional” es una esfera de la vida social en la que el Estado, la academia, distintos segmentos de las industrias culturales, grupos de profesionales acreditados por el Estado y la universidad, el gran mercado de medicamentos y la cultura popular coincidieron para crear un campo de acción y discurso con sus propias reglas, objetos y límites (Illouz, 2007: 138)

8 Por “dispositivo emocional” entendemos el conjunto de estrategias discursivas e institucionales, que, en cada época histórica, contribuyeron —y contribuyen— a generar un determinado *capital emocional* en relación con los sexos, las clases sociales, la edad, la profesión, instituido a través de discursos que terminan por naturalizar, esencializar y universalizar ciertas emociones y desvalorizando otras.

entre 1900 y 1930, que de acuerdo con nuestra propuesta es la antesala de los discursos psi. En el segundo apartado, se analizan los trabajos más sobresalientes de la época estudiada que esgrimieron la dimensión psicológica como parte de los problemas sociales, por ejemplo, el alcoholismo, la delincuencia, la enfermedad mental y el trabajo sexual, señalando la función política de la psicología. En el tercer apartado, se describen los rasgos emocionales y psicológicos de las *tipologías raciales* propuestas por Ezequiel A. Chávez precursor de la psicología en México en el siglo XX, que imputaron a los rasgos de la llamada *sensibilidad del mexicano* y a su variabilidad tipológica la explicación del atraso de la nación. Finalmente, las conclusiones señalan la importancia de la vida emocional y psicológica en el proyecto mestizo prohispanista del México pre y posrevolucionario como el antecedente de la profesionalización de los discursos psi.

LA INGENIERÍA EMOCIONAL LA ANTESALA DE LOS DISCURSOS PSI

Las propuestas de transformación social basadas en la *regeneración física y moral* de la población mexicana no solo conllevaron a la implementación de los principios eugenésicos y de higiene mental para erradicar, desde la perspectiva de los intelectuales de la época, la *herencia degenerada*, sino que también representan un proyecto social en clave emocional que buscó penetrar en la vida psíquica de los ciudadanos. Asimismo, la política de regeneración tal y como ha sido planteada por Urías Horcasitas (2005 y 2007a) y Olivier Toledo (2011a) puede leerse como el despliegue de una *educación sentimental*⁹ en la búsqueda de la reorientación de los comportamientos considerados peligrosos, y la principal vía de formación de la llamada “conciencia subjetiva” a partir de la construcción de nuevas identidades basadas en las prácticas promovidas por las cruzadas higienistas y eugenésicas (López Sánchez, 2014 y 2019).

La construcción de una identidad mexicana o de lo mexicano en los inicios del siglo XX tuvo lugar a partir de la descripción o invención de una sensibilidad, de un tipo de carácter y una condición mental, vinculada con el imaginario de una población diversa y la imposición del imaginario de una cultura mexicana que pretendió ser hegemónica. El ciudadano idealizado pre y posrevolucionario apuntaba al mestizaje biológico y cultural que se observa en los discursos de *la raza de bronce* promovidos por el antropólogo Manuel Gamio (1982

9 Entendemos por educación sentimental al conjunto de acciones que, a través de iniciativas político-sociales, educativas, culturales, entre otras vías, buscaron ampliar la sensibilidad del individuo, en tanto cualidad del sujeto moderno (Pedraza, 2000).

[1916]) y posteriormente retomados por el político e intelectual José Vasconcelos (2017 [1925]). Los discursos del mestizaje buscaron además indagar y cambiar la vida mental de los ciudadanos. De ahí que la incorporación de los insumos de una psicología biologicista era muy afín a la jerarquización social ahora biológica y mental que exigía una reconfiguración en beneficio de la nación.

Las emociones plasmadas en los ideales nacionales generaron dinámicas de inclusión y exclusión y justificaron su apuesta normativa (Nussbaum, 2014). Es ahí donde la medicina, concebida como la *ciencia del hombre*, y las disciplinas psi habrían de cumplir la función social de mediadoras entre el mundo social y natural. Los discursos de la psiquiatría, la psicología, la criminología y la higiene fungieron como herramientas moralizadoras del Estado mexicano, sin olvidar que ese mundo moral está estrechamente ligado con lo psicológico en el despunte del siglo XX (Novella, 2011).

Los médicos e intelectuales del siglo XX posrevolucionario fijaron su atención en la modificación de las características afectivas, psicológicas y sociales de las clases más pobres, compuestas principalmente por indígenas y por “mestizos vulgares”, como los llamó Ezequiel A. Chávez (1901), porque el gremio intelectual (médicos, abogados, criminólogos, educadores e ingenieros) los veían como el principal obstáculo para el progreso.¹⁰ Los argumentos científicos y legistas señalaban el carácter, la moral y la fisiología del “indio” y de “cierto tipo de mestizo” como los causantes del estancamiento nacional a causa de lo que se llamó “naturaleza patológica liminal”; idea en la que se sustentaron las explicaciones de las causas de la desviación social.

La cultura nacionalista liberal del México en el despunte del siglo XX estableció, apoyándonos en el concepto William Reddy (2001), un régimen emocional, es decir, un conjunto de emociones normativas a partir de una retórica política, ceremonias, rituales públicos, símbolos, monumentos, desarrollos arquitectónicos (hospitalarios, educativos, militares), arte, canciones, entre otros elementos que encarnaban los idearios de la política institucional y que forjaban la expresión de una sensibilidad y una vida emocional cargada de orgullo hacia el mestizaje y de vergüenza por los pueblos originarios, al asociarla con la “herencia degenerada”, los “vicios” del “alcohol”, la “criminalidad” y la “prostitución”. Desde un planteamiento kantiano y rousseauiano, el Estado debía estimular el desarrollo de rituales y cultos en favor

10 Los intelectuales que iniciaron los registros antropométricos durante el porfiriato sostuvieron que por la herencia degenerada las razas autóctonas carecían de sentimientos patrios y eran mentirosos, taciturnos, inclinados al alcohol, lo que había disminuido su inteligencia (Urías Horcasitas, 2000-2001 y 2007a).

de lazos de amor patriótico (Nussbaum, 2014). Esto también constituyó una encomienda del mestizaje.

El proyecto modernizador acarició la idea del “hombre nuevo”,¹¹ caracterizado por una mentalidad y una moral cívica nacionalista que implicó la construcción de un sujeto moral autónomo, cuyo imaginario abarcó asimismo un ordenamiento social en función de los sexos. Este ordenamiento dio lugar a ciertas expectativas sociales íntimamente enlazadas con el género, una estructura fundamental en la organización social y jurídica, soportada por un sistema binario que reconoce la inscripción de la identidad como hombre o mujer. Esa asignación es nodal para concretar la personalidad legal de los individuos¹² y la aspirada regeneración moral del proyecto nacional, en el que el cumplimiento de tareas queda perfectamente articulado con el proyecto económico, político social y cultural de las naciones. Entre las emociones deseables¹³ estimuladas por los discursos políticos diferenciadas por sexo estuvieron el amor de la mujer por los hijos, el hogar, el esposo, el cuidado y la salud de los integrantes de su familia y el amor por los ciudadanos. En el hombre, se estimuló la lealtad, el orgullo, la dignidad, el amor por su familia y la patria.

Al hombre —y la mujer— nuevo le debía asistir una sensibilidad, una identidad y un carácter nacional, cuya psicología fueron los imaginarios recorridos en la fundación de la *raza de bronce* hacedora de la patria (Bartra, 2005). De acuerdo con Nussbaum (2014), la construcción de los Estados nacionales en el despunte del siglo XX se cimentó sobre la noción y promoción de la patria.¹⁴ La patria se puede considerar una emoción porque para construirla el Estado moldea ciertas emociones en los ciudadanos a través de estrategias culturales materiales e inmateriales. Y como ha asegurado Reddy (2001), los regíme-

11 La noción de un “hombre nuevo” representa el imaginario social del perfeccionamiento moral y físico de la “humanidad regenerada, racialmente homogénea y sin diferencias internas [...] idénticos entre sí” (Urías Horcasitas, 2007b: 59).

12 Sobre el tema de la identidad sexual y la adscripción binaria en México hacia finales del siglo XIX, véase López Sánchez (2005 y 2009).

13 Ramírez de Arellano (2015), en la reseña del texto de Nussbaum, sostiene que las emociones públicas deseables “son el sustento de los principios y los proyectos políticos, ya que, la materialización y el sostenimiento de los mismos, solo es viable en la medida en la que cuentan con un compromiso social que les procure estabilidad, a lo largo del tiempo” (p. 164).

14 Urías Horcasitas cita a Alcázar, uno de los autores que publicó sus trabajos en el boletín *Eugénica*, de la Sociedad Eugénica Mexicana (fundada en 1931), quien refuerza la idea de los elementos sentimentales que constituían la nación: “El conjunto de ideas y sentimientos que todos los individuos de un mismo país aportan desde que nacen constituye el alma de la raza” (2007: 118).

nes emocionales son un fundamento para cualquier régimen político estable. De manera tal que los procesos de regulación moral y emocional aparecieron como la condición infalible de gestión del cambio de, ciñéndonos al lenguaje de la época, los “vicios” en “virtudes”. La tesis de la regulación del mundo interior del sujeto moderno dio lugar a los discursos psi, es decir, al conjunto de discursos y prácticas que producen sujetos (Rose, 1999) o, en términos foucaultianos, a las *tecnologías del yo* (Foucault, 1990) constructoras de individuos autodefinidos y autorregulados (López Sánchez, 2016). La construcción de un saber sobre la interioridad de los individuos y sobre la intimidad son dos campos en desarrollo en los que la medicina y las disciplinas psi desplegaron grandes conocimientos dando lugar a la profesionalización de un acercamiento a la vida psíquica (Illouz, 2010). Con ello, surge un nuevo orden: el de la conciencia, en la cual la experiencia afectivo-emocional devino central para explicar la vida de los individuos, razón por la que su resguardo requirió la orientación experta (Illouz, 2010; Abramowski, 2010).

Desde esta lógica, entenderemos la psiquiatría y la psicología en los inicios del siglo XX en México como industrias culturales porque produjeron y reprodujeron un saber para explicar las patologías del yo, esta nueva entidad interna del sujeto individual, en función de las expectativas de las relaciones sociales. El yo es, por lo tanto, el lugar primario de la transformación de sí que convocó la participación de disciplinas médicas en la búsqueda de una regulación de los sujetos modernos (Illouz, 2010: 140). La centralidad de la vida psíquica, delimitada por la diferenciación del mundo interior y exterior del sujeto, se convirtió en una realidad humana que mereció la emergencia de métodos médicos y pedagógicos encargados de disciplinar el cuerpo y la psique.

EL “ALMA MEXICANA DEGENERADA”

Junto con el nuevo siglo, teorías científicas médicas y jurídicas pretendieron explicar “al mexicano” en sus distintos comportamientos, sobre todo aquellos considerados “atávicos” y vinculados con la “criminalidad” (Bartra, 2005). Los intelectuales de finales del siglo XIX y principios del XX aplicaron los fundamentos de la craneoscopia¹⁵ y la

15 Sistema sobre las funciones del cerebro y las facultades del hombre propuesto por el médico alemán J. F. Gall en 1835. Gall postuló que el cerebro era el órgano de todos los instintos, las inclinaciones, los sentimientos, las disposiciones, las facultades intelectuales y las cualidades morales, cuya materialidad ocupaba un sitio en el cerebro, formando el desarrollo de diversas partes que, a su vez, componían pequeñas protuberancias visibles, por medio de las cuales se podía conocer las disposiciones intelectuales análogas a cada individuo (Gall, 1835).

tipología lombrosiana para clasificar y separar a los grupos humanos de acuerdo con lógicas de *racialización jerarquizada* y grado de *peligrosidad* (Urías Horcasitas, 2004, 2005 y 2007a; Olivier Toledo, 2011a). Algunos trabajos de la época recuperaron las teorías sobre criminalidad de Lombroso (1902) y los principios frenológicos de Spurzheim (Castañeda López, 2009). Otras explicaciones provenían del maridaje entre la geografía médica y las reminiscencias del higienismo hipocrático que explicaban la relación entre el comportamiento de los individuos y las condiciones naturales de los sitios de residencia, como el clima y la altitud (Orvañanos, 1889).

Entre los estudios sobre criminalidad y la medicina hipocrática está el trabajo del abogado mexicano Julio Guerrero (1901), cuyo objetivo fue explicar la relación entre el crimen, la psiquiatría y la sociedad. Con una tesis kantiana sobre el bien y el mal en términos ontológicamente equivalentes, Guerrero (1901) consideró a la criminalidad inherente a la condición humana. Estableció una relación directa entre el *espíritu o alma de la sociedad* con las condiciones climáticas y fenómenos meteorológicos.¹⁶ Por ejemplo, reportó que las lesiones y riñas en el Distrito Federal disminuían en el periodo de lluvias (Guerrero, 1901).¹⁷

La relación entre factores sociales y criminalidad, según las tesis de Guerreo, estaba sustentada en el nivel de desarrollo de un país; en las grandes ciudades la frecuencia del crimen incrementaba por el aglutinamiento, el cual se tornaba un facilitador del estrés y el anonimato de la vida ciudadana. Un factor insoslayable para explicar la criminalidad fue el consumo de alcohol y otras drogas.¹⁸ La preocupación fundamental de Guerreo fue explicar la conducta antisocial y la criminalidad a partir del vínculo entre las condiciones psíquicas, fisiológicas y sociales del llamado “delincuente”. Amén de la viabilidad de las teorías de Guerreo, a la luz del presente, lo que nos interesa señalar es que para este abogado y sus contemporáneos muchas de las características de ese delincuente se correspondían con alteraciones psiquiátricas. Otros estudios médicos ya habían señalado la relación entre de-

16 Gran parte de los postulados hipocráticos fueron retomados por los médicos decimonónicos mexicanos para explicar los determinantes de la salud. Sobre la geografía médica y los determinantes estacionales de la salud, véase López Sánchez (2004).

17 Julio Guerrero (1901) pretendió dar cuenta de las causas que, en el despuntar del siglo XX, minaban el espíritu y provocaban que, en vez de que evolucione libremente, este “contraiga vicios al pensar, obrar y sentir” (p. 22).

18 El fenómeno del alcoholismo como generador de patologías físicas y mentales atrajo la atención de los galenos mexicanos desde el siglo XIX y la primera mitad del XX. Los estudios sobre alcoholismo orientaron reflexiones en el ámbito de la salud física y ofrecieron datos para la propuesta de clasificaciones psiquiátricas.

lincuencia y enfermedad mental (Bandera, 1891 y 1895; Olvera, 1889 y 1891; Parra, 1892). Entonces, para dar cuenta de la relación entre criminalidad y locura se formularon distintas clasificaciones (Llamas, 2010), entre las más sobresalientes podemos citar la que hizo José Bandera en 1891, quien siguiendo el modelo psiquiátrico de *alienación mental* (Lantéri-Laura, 2000)¹⁹ intentó una descripción del grado de peligrosidad de las formas típicas de locura y patologías específicas como las manías, melancolías, locuras epileptiformes (epilepsia simple y locura epiléptica), locura histérica y alcoholismo.²⁰

Por su parte, el periodista y criminólogo Carlos Roumagnac (1904) se interesó en escribir un ensayo sobre psicología criminal para demostrar, basado en su amplia experiencia sobre casos policíacos y las teorías criminológicas y psicológicas modernas, que México no tenía la población más criminal como se propagaba dentro y fuera del país. Roumagnac se propuso ofrecer conocimientos positivos en beneficio de la aplicación de leyes penales y expuso explicaciones médicas y jurídicas en torno al “delincuente” para el apoyo del juriconsultor, los médicos legistas y los psicólogos en México, para la atención de problemas judiciales vinculados con las denominadas conductas criminales. Si bien Roumagnac no compartía la idea de que el pueblo mexicano fuera el más criminal, sí pensaba, en cambio, que el fenómeno de criminalidad estaba completamente desatendido. Retomó las tesis del criminólogo italiano Cersare Lombroso (1902) y otros psicólogos y psiquiatras europeos como Emile Laurent, Arture Mac Donald (citados en Rougmanac, 1904) y el inglés Henry Maudsley (1991 [1868]), que apoyaban la idea de la influencia de la “herencia del individuo criminal”, la educación y el medio social. A Roumagnac le importaba más el *hombre delincuente* que el acto criminal, ya que, de acuerdo con su decir, la única fórmula para impedir la repetición del crimen era suprimiendo las causas que lo engendraban.

El estudio científico de la Antropología criminal, tiene que ser el examen detenido y la definición exacta, en primer lugar, de los crímenes cometidos por individuos atacados de una enfermedad positiva, como la locura y la epilepsia, y segundo, de las formas de

19 El psiquiatra y filósofo francés George Lantéri-Laura (2000) establece la existencia de cuatro paradigmas en la psiquiatría moderna que va de los siglos XIX al XXI: el de la alienación mental o pinealiano; el de la enfermedad mental que se homologó al modelo anatómico-clínico; la psicopatología que incluye la vida afectiva y psicológica, y el paradigma ecléctico que domina en la actualidad.

20 Durante el siglo XIX y buena parte del XX, el alcoholismo fue considerado una enfermedad mental que precisaba del tratamiento psiquiátrico, incluso el encierro nosocomial. Véase López Sánchez (2019).

organización mental defectuosa, que son el *resultado de una mala herencia*. Los primeros sujetos han sido y son estudiados clínicamente en los asilos y otras partes. Los segundos no se han aun examinado seriamente, porque los materiales considerables é importantes que existen en las prisiones, no han sido todavía objeto de una utilización científica sistemática. [...] lo que actualmente se necesita es un examen completo [...] y una fiel relación de sujetos de esa especie obtenido por investigaciones laboriosas [...] sobre antecedentes hereditarios, sus caracteres mentales y corporales, las condiciones de su educación y las circunstancias exactas de su crimen.

A llegado el tiempo en que debemos servirnos de nuestras cárceles, como lo hacemos de nuestros hospitales, no sólo para el cuidado y tratamiento de sus asilos, sino para los progresos en el conocimiento y mejoramiento del hombre. [...] *contribuir útilmente á la edificación de una psicología individual*. En las esferas de la psicología sana, debemos abandonar las generalidades y las frases vacías, y consagrarnos á la observación laboriosa de los casos particulares, si queremos recoger frutos prácticos (Roumagnac, 1904: 12. El destacado me pertenece).

Desde los argumentos de los discursos psi, los individuos eran los únicos responsables de la ruptura o el incumplimiento de las expectativas sociales, y colocaban en segundo plano las causas sociales. Aun cuando la pobreza y la educación aparecían en los discursos de Guerrero y Roumanac, estos quedaron relegados desde el momento en que su preocupación estuvo puesta en el sujeto.

Otros, como el médico y periodista Luis Lara y Pardo (1908), pretendieron dar cuenta del “bajofondo social” que albergaba al fenómeno del trabajo sexual, denominado prostitución e incluido en el ámbito de las conductas criminales. Los registros de inspección sanitaria de 1904 y el registro de mujeres aprehendidas en la clandestinidad señalaban que las cifras de la prostitución oficial y la extraoficial en México eran, en palabras de Lara y Pardo, escandalosas.²¹ Con su investigación pretendió cumplir los siguientes objetivos: estudiar la prostitución como una manifestación del estado social; presentar los rasgos y las características que le eran propios, presentar ejemplos y describir algunas de sus causas ocasionales; señalar las enfermedades venéreo-sifilíticas y la propagación que de su práctica se desprendían,

21 La inscripción era de más de diez mil prostitutas en el Distrito Federal en una población de 368.000 habitantes, de la cual, de acuerdo con el censo de 1900, 195.250 eran mujeres. Por lo que, según Lara y Pardo, 50 de cada 1000 mujeres ejercían la prostitución en la capital mexicana.

así como referir a las personas que la ejercían. Tras una amplia revisión de las definiciones de “prostitución” y “prostituta” ofrecidas por los abolicionistas y los reformistas —ingleses y franceses respectivamente—, este médico se inclinó por una definición que diera cuenta del fenómeno en el que participaban los dos sexos y las características psicológicas que les eran semejantes en ambos casos. Lara y Pardo (1908) definió la “prostitución” como “el acto habitual por el que una persona tiene relaciones sexuales pasajeras indistintamente con diversas personas” (p. 10).²² Lo destacable del estudio de este médico y periodista no son solo las estadísticas que ofrece²³ o los rasgos sociales y familiares de las mujeres que se emplearon en el trabajo sexual en México, sino que es sobresaliente la exposición de argumentos que imputaron a la *inferioridad psicológica* de ciertas mujeres —migrantes de los pueblos indígenas y pobres— las “verdaderas causas” de la prostitución, desterrando así las razones de miseria, engaño y seducción como aseguraban otros especialistas e intelectuales de la época.

Las causas de la prostitución, según Lara y Pardo, se debían a la *miseria psicológica* y la falta de educación de los sectores sociales inferiores. De acuerdo con las estadísticas obtenidas por Lara y Pardo, existía una relación estrecha entre la domesticidad²⁴ y el trabajo obrero —las industrias del tabaco, del tejido y de la confección— con la prostitución. Este galeno argumentó que, debido a la *inferioridad psicológica*, la prostitución tenía lugar en las capas más bajas de la sociedad mexicana, en las que la mujer no tenía problemas para encontrar trabajo para poder subsistir, puesto que podía emplearse en los distintos oficios propios para ellas. Mientras que para las mujeres de las clases medias, para quienes sí era difícil mantenerse sin el apoyo de un hombre, la prostitución era prácticamente inexistente, porque contaban con grados altos de moralidad y voluntad para saber elegir sus modos de vivir y subsistir. La investigación se sustentó en la tesis de la *promiscuidad naturalizada* en las llamadas “clases inferiores” que pro-

22 Si bien su definición de prostitución incluyó a mujeres y hombres, la mujer siguió figurando como personaje principal y característico de este fenómeno social al cual le atribuían la transmisión de las enfermedades venéreas y la sífilis. No se incluyeron otros tipos de relaciones consideradas contra natura ni las perversiones sexuales.

23 Algunas estadísticas ofrecidas por Lara y Pardo señalaron, de acuerdo con la oficina de Inspección de Sanidad, que de las mujeres inscritas en el registro en 1904 10.937 eran trabajadoras sexuales; en 1905, la cifra había aumentado a 11.554 y en 1906 hubo un descenso a 9.742 mujeres.

24 Se refiere a las trabajadoras domésticas de las clases altas y medias, cuyas edades oscilaban entre los 14 y los 20 años. Conforme el censo de 1900, 25.074 mujeres de una población de 195.251 se ocupaban como criadas o sirvientas en la ciudad de México. Es decir, 128 por cada 1000 mujeres.

movieron el imaginario de la “pérdida voluntaria de la virginidad” por parte de ciertas mujeres y por una “desvergüenza constitutiva”. Esta hipótesis, al mismo tiempo, se sostenía en la idea de seres con espíritus organizados imperfectamente que, en palabras de este intelectual, les impedía una elección bien orientada. Este galeno aseguró que la vida de la prostituta estaba llena de carencias y era una infame explotación, realidad muy distinta a la del imaginario social que la pintaba con grandes lujos y excesos. Así, las causas de la prostitución, bajo los argumentos esgrimidos por Lara y Pardo, no eran la miseria, la seducción y el abandono —como también aseguraban algunas mujeres que trabajaban en el sexo-servicio cuando los médicos inquirían las razones de su oficio—, sino que se debía a “un estado de inferioridad psicológica y social”, como había demostrado la ciencia (1908: 108). Acorde con las explicaciones psicológicas esgrimidas, lo congénito no era la *prostitución heredada* de los padres, sino la

inferioridad psicológica y moral, [...] condición indispensable para llegar á cualquiera de las formas de degeneración, una de las cuales, la más frecuente en la mujer, es la prostitución [...].

Colocad á una mujer así dotada, de una inferioridad psicológica, en condiciones propicias, y se hará prostituta indefectiblemente.

Así la prostitución, en todos los países, en todas las latitudes y bajo todos los climas, tiene por causa principal, única, *la inferioridad psicológica y social*, que es requisito indispensable para que aquella se produzca. Las demás causas son ocasionales, y entre ellas se destaca una que es importantísima [...] la imitación (Lara y Pardo, 1908: 109 y 110. El destacado me pertenece).

Asimismo, Lara y Pardo aseguró en este estudio que la imitación constituía otro elemento psicológico determinante para que las mujeres se emplearan en el trabajo sexual. A decir de este intelectual, existía un modelo recurrente en el que las mujeres comenzaban a trabajar como domésticas u obreras y luego *irremediablemente* caían en la prostitución; de forma excepcional ocurría a la inversa. La imitación procedía de la vida en la barriada y en los vecindarios en los que las mujeres veían pasar a otras dedicadas al “comercio del placer” con “el mantón de flecos, las zapatillas de color y las medias caladas saturadas de perfume [...] que al cruzar los patios producían oleadas de sensualidad” (Lara y Pardo, 1908: 121). Esta convivencia cotidiana se sumaba a la “promiscuidad” de sus familias y a los “toqueteos” de los padres ebrios. Más tarde, ya en las casas como domésticas, se veían predispuestas a la promiscuidad con los otros empleados e incluso la

imposición del patrón y sus hijos por el derecho de pernada. De ahí pasaban al lupanar seducidas por las compañeras de la ciudad. “No pasa mucho tiempo sin que sufran igual fascinación y comiencen á *imitar* el tipo señalado, que *se les graba en la mente* con la tenacidad de una obsesión” (Lara y Pardo, 1908: 123. El destacado me pertenece). En suma, la imitación fue considerada un agente para la propagación de ideas de las actividades psicológicas colectivas en beneficio del progreso, pero también la causa de las “enfermedades” de los pueblos.

Los argumentos de Lara y Pardo reflejaron las asimetrías y desigualdades sociales que vivían muchas mujeres pobres de la ciudad de México quienes migraban del interior del país para emplearse como trabajadoras domésticas u obreras, y se veían expuestas a la violencia de la ciudad y de las relaciones de subordinación con los hombres. No obstante, estas condiciones de desigualdad social y violencia no figuraban en las explicaciones que ahora le imputaban al sujeto la causa de los problemas sociales.

Bajo una política liberal en la que todos los ciudadanos eran iguales en términos jurídicos, se impuso una clasificación y estratificación de los individuos afín con los discursos científicos sociobiológicos. Para respetar la igualdad jurídica de la población, los políticos se vieron en la necesidad de legislar sobre las diferencias biológicas, como la única posibilidad de establecer la desigualdad entre los individuos. Aunque el discurso político aseguraba que todos eran iguales, los estudios anatómicos seguían marcando en el cuerpo —y después también en la mente— las diferencias de sexo y etnicidad, a partir de la búsqueda del origen de la anormalidad y la “herencia degenerada” (Malvido y López Sánchez, 2003).²⁵ Así, la dimensión psicológica fue ocupando una función política en el nuevo ordenamiento social jerarquizado basado en la biología y la vida psíquica de los individuos según la categorización racial establecida por los intelectuales y científicos de la época.

Los discursos psi tuvieron una función política de control sobre los individuos, que restó responsabilidad al Estado y a sus dirigentes en el escenario social y en los problemas que enfrentaba la sociedad y que se debían a condiciones económicas, políticas y educativas de una evidente desigualdad.

Los efectos políticos de la psicología también se representaron en los periódicos opositores al gobierno de Porfirio Díaz en la década de

25 Por ejemplo, Lombroso (1902) indicaba que el 90% de los delincuentes registraban anomalías en sus órganos internos y su fenotipo, por lo que propuso la categoría de “criminal nato”, hallándolo con mayor incidencia entre los pobres, los indios y las mujeres.

1890. *El hijo del Ahuizote*²⁶ publicó en sus portadas los efectos represivos de esta antigua categoría filosófica y nueva categoría científica que, en cualquier caso, justificaba el sometimiento de la clase política sobre la población pobre e indígena (véanse las imágenes 1, 2 y 3). Así se entiende que para algunos se trató de un término científico que campeó en distintos escenarios de la vida pública como arma de control social (Revueltas Valle, 1990). La política porfirista contaba ahora con el garrote, machete o fuede de la psicología para ordenar la vida social.



Imagen 1. *El hijo del Ahuizote*, junio 28, 1891, núm.283, Tomo VI, p. 1



Imagen 2. *El hijo del Ahuizote*, agosto 30, 1891, núm.292, Tomo VI, p. 1

26 Semanario de oposición, fundado en 1885 por Daniel Cabrera Rivera y Manuel Pérez Bibbins. Se publicó hasta 1903. En 1902, Enrique y Ricardo Flores Magón tomaron las riendas de la edición.

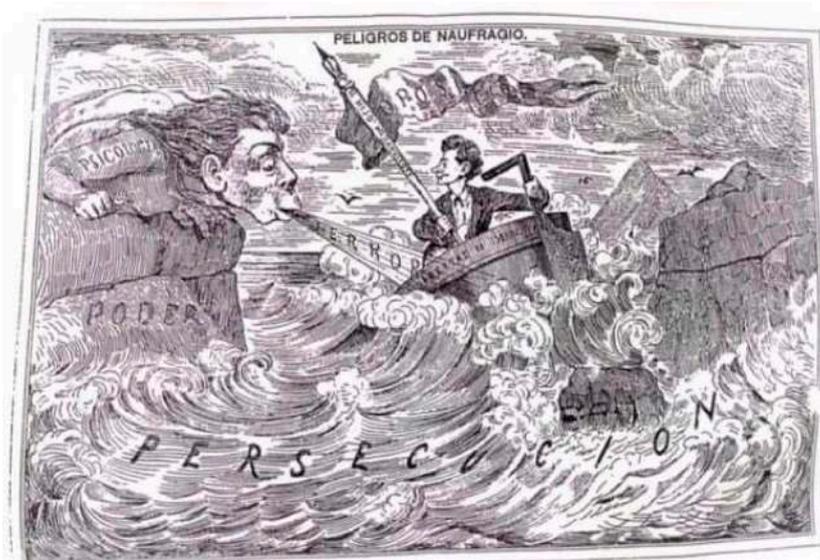


Imagen 3. El hijo del Ahuizote, octubre 11 ,1891, núm.298, Tomo VI, p. 4 y 5

Entrado el siglo XX, la psicología en comunión con la higiene y la psiquiatría se profesionalizaron y tuvieron como preocupación central el estudio del psiquismo o “carácter del mexicano” (López Sánchez, 2019). De acuerdo con el psiquiatra mexicano Edmundo Buentello y Villa (1956), la psicología “tiene por objeto ‘estudiar los hechos psíquicos, su descripción, su clasificación, la investigación de sus leyes, y sus condiciones de existencia’” (p. 20). Esta comprensión, a pesar de sus limitaciones, resultaba más amplia que sus raíces griegas *tratado del alma*. El siglo XX fue, sin lugar a dudas, el siglo de lo mental y la especialización de su estudio.

EL “CARÁCTER DEL MEXICANO”

En los inicios del siglo XX en México tuvo lugar una producción intelectual prolija de intentos, en materia de psicología, para referirse “al mexicano” o “lo mexicano”. Varios intelectuales de la época (Chávez, 1901; Guerrero, 1901; Gamio, 1982 [1916]; Caso, 2005 [1923]; Vasconcelos, 2017 [1925]) comenzaron a formular teorías —basadas en ciertos rasgos morales y psicológicos— para explicar “el carácter del mexicano”, ya que, de acuerdo con los principios de la eugenesia, la nación encontraba su mayor atraso en su población mayoritariamente indígena. Las teorías raciales sumaron el sustrato psicológico como un

distintivo más para explicar las supuestas diferencias mentales entre los conjuntos sociales de la diversa sociedad mexicana. El imaginario sobre la existencia de un tipo de mentalidad propio y, por lo tanto, distinto para cada “raza” implicó una construcción detallada de un mundo interior y la caracterización de un sujeto con rasgos particulares, dentro de los cuales apareció la sensibilidad y la vida emocional como elemento clave de distinción. Esta, al mismo tiempo, determinaba, en voz de sus defensores, la viabilidad y el éxito de las políticas institucionales (educativas, medicas, económicas, entre otras). Los intelectuales liberales, mestizos y criollos, del siglo XX cuestionaban el trasplante de modelos europeos a la nación mexicana e imputaban sus fracasos al carácter de la población conformada por “indios”, “mestizos vulgares” y “superiores”, como aseguraba Chávez (1901), y a los cuales, siguiendo sus tesis, les asistían sensibilidades distintas que impactaban sus mentalidades, que no se tenían en cuenta:

Aun entre esos pueblos conviene sin embargo observar si las instituciones que los rigen se adaptan en todo a sus rasgos psíquicos característicos, o si en parte son productos arbitrarios y artificiales, que convenga ir adaptando mejor.

Difícilísimo es en todo caso fijar en cualquier pueblo los rasgos distintivos de su carácter, los que hagan que determinadas formas constitutivas, de educación o de represión, lo perfeccionen, y que otras no le sirvan; y de aquí resulta que puede afirmarse que no hay un solo país en el que descansa sobre una base verdaderamente científica la pública organización (Chávez, 1901: 82).

Chávez calificaba de ingenua la implementación de modelos sociales provenientes de otras latitudes porque estos no consideraban las diferencias psíquicas entre los mexicanos y el resto de los pueblos. Los ordenamientos institucionales dirigidos al cuerpo social debían de tener en cuenta, sostenía este intelectual, las diferencias psíquicas de quienes componían al pueblo mexicano. Para este pensador, la psicología era la encargada de estudiar con detalle y profundidad el tratamiento adecuado para la educación en los distintos ámbitos de la vida, el tratamiento de los desviados y la vigilancia de los delincuentes.

Destacando la dificultad que significaba el estudio de los fenómenos psíquicos de una población tan diversa, Chávez (1901) se propuso examinar “los rasgos distintivos de la sensibilidad como elemento constitutivo del carácter” (p. 83). La tesis de una sensibilidad del mexicano fue compartida por otros intelectuales de la época como se pudo apreciar en la obra del citado Julio Guerreño (1901), quien se refirió a las pasiones del mexicano, base fundamental de su polémico libro *La*

génesis del crimen en México, en el que explicó las razones psicológicas por las cuales el mexicano era proclive a los delitos. En 1903, Francisco Pimentel hizo una descripción del carácter del “indio mexicano”, al que caracterizó como resignado, taciturno, melancólico, flemático, frío en sus pasiones y lento en su trabajo. Por su historia, Pimentel aseguraba que el indio era sufrido y resignado:

El maltratamiento que los indios han sufrido siempre, los ha hecho serviles, desconfiados, hipócritas, tímidos, mentirosos y aun pérfidos. Generalmente hablando, no conocen la avaricia, y por el contrario, son pródigos, gastan cuanto tienen, viven con el día, y el porvenir jamás los inquieta. En fin, todo da á conocer que el indio es egoísta: en medio de su flema y de su apatía general le vemos salir de ellas cuando se trata de sus intereses particulares, de su pueblo, de su habitación ó de sus terrenos: por lo demás, para el indio no hay patria, gobierno ni instituciones, todo lo ve con indiferencia (1903: 132).

Para dar cuenta de la sensibilidad de los tres grupos que conformaban al pueblo mexicano —indígenas, mestizos vulgares y mestizos superiores según la tipología propuesta por Chávez—, se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Cualquier excitante determina en los mexicanos con facilidad las emociones?, ¿son éstos para nuestros compatriotas fenómenos de pronto y rápido nacimiento como lo son para los franceses? ¿Basta una chispa para encender la sensibilidad o bien es al contrario de eclosión difícil y trabajosa y se necesitan reiterados estímulos, múltiples provocaciones, repetidos esfuerzos para formarla? (1901: 85).

Chávez aseguró que en cuanto a la “raza indígena mexicana”, y la de toda América Latina, su sensibilidad se despertaba con trabajo, era lenta y nacía poco a poco, se resistía a los excitantes que tendían a provocarla. De ahí la imagen del *indio imperturbable, estoico y taciturno*. Esta descripción visualizó a los pueblos originarios como una masa compacta e insensible sin reconocimiento de necesidades, y, por ende, incapaces de romper su cadena de hábitos. Pensadores de la época pre y posrevolucionaria sostuvieron que nada en ellos podía penetrar para ejercer cambios definitivos:

La dificultad extraordinaria para suscitar emociones en el indio permite decir en consecuencia que parece tener desdén por todo: por el progreso como por el retroceso, por la muerte como por la

vida, por el trabajo como por el descanso, por la esperanza como por la desesperación y si así pasa se debe a la dificultad inmensa que existe para que se desenvuelvan en él los procesos afectivos; en efecto, no mueven al hombre las ideas sino las emociones: el indio es un inerte sobre el que no se ejerce, sino débilmente, el factor fundamental de los actos (Chávez, 1901: 85).

Para Chávez, al igual que para Guerrero (1901), eran los componentes psicológicos los que generaban una supuesta imposibilidad de conmoción entre los grupos indígenas, lo que resultaba, aseguraban estos, en una masa inmovible para el progreso. En cambio, sostenían que los individuos de las “razas mezcladas” tenían mayor facilidad para experimentar emociones, pero esta facilidad también representaba un problema, que se podía identificar en los comportamientos exaltados y fuera de un razonamiento comprensible. Chávez aseguró que el “mestizo vulgar” debía a su alta afección emocional las relaciones amorosas efímeras, la falta de previsión económica, la facilidad para dejarse llevar por los excesos y sus apetitos.

Queda de este modo señalado el primer rasgo distintivo de la sensibilidad mexicana por lo que se refiere a su modo de producción: super abundantemente fácil en el europeo y en el criollo, relativamente moderada en el mestizo de buena cuna, casi imposible en el indio; variable, pero a menudo rápida en el mestizo vulgar (Chávez, 1901: 86).

Este psicólogo estableció una distinción entre el tipo de emoción producida y el carácter del mexicano de acuerdo con su tipología indígena, mestizo vulgar y superior. Denominó viscerales a las reacciones impulsivas y descontroladas, mientras que a las emociones resultantes de ideas las nombró de fácil cerebralización. De tal forma que, cuando mediaba educación y cultura, como afirmaba que sucedía entre los mestizos superiores, las emociones tomaban otro rumbo y sus comportamientos eran mesurados en consecuencia. Según las ideas de Chávez (1901), los grupos indígenas expresaban pocas emociones, entre las que identificó el amor a la tierra que lo alimentaba, su inclinación por la embriaguez y su indiferencia imperturbable por la muerte. La ausencia de miedo ante la muerte e incluso un cierto placer por ella, acorde con este intelectual, quedaba demostrado en sus ritos funerarios. Ese estoicismo y aparente indiferencia eran una herencia ancestral, pero también resultado de la desesperanza acumulada por los años de sometimiento, lo que con frecuencia los arrojaba a la embriaguez. El peso de la vida instaba al indio, según Chávez, a ver en la muerte su única y real salida, de ahí la supuesta indiferencia ante ella.

Una característica psicológica de la sensibilidad del indio, a decir de los intelectuales mexicanos, era su “carácter interno” y “centrípeto”. Además, señalaban que, si bien “todas las razas inferiores son impulsivas” (Chávez, 1901: 96) —debido a que la reacción seguía inmediatamente a la excitación—, el indio de las Américas, en cambio, resultaba una excepción toda vez que su carácter era inerte y pasivo, aunque de un rencor voraz por el tiempo lento y acumulado de su reacción. La relativa dificultad que el indígena tenía para producir sus estados afectivos explicaba —según Chávez— su resistencia y la desconfianza que, con razón, manifestaban a todo evento y persona. Las emociones de los grupos indígenas eran resultado de su sufrimiento y al no diversificarse por la acción de las ideas, las consideró de tipo visceral y menos cerebralizadas.

En contraste, conforme a los argumentos de Chávez, el mestizo vulgar contaba con una sensibilidad que, al vivir en la ciudad, carecía de vínculos con la tierra y la familia. Lo consideró “un desheredado”, por lo que sus logros los solía valorar como propios. De ahí que Francisco Bulnes asegurara que el mestizo fuese “fanfarrón y valiente... es prácticamente polígamo, infiel, a todas sus damas, a sus dioses y a sus reyes” (citado en Chávez, 1901: 89). La sensibilidad del mestizo le impedía la intelectualización mental del futuro, por ello, según Chávez, era incapaz de resistirse a los placeres, a las bebidas embriagantes y a la pereza del San Lunes. El mestizo vulgar era capaz de experimentar emociones, pero estas no se asociaban al futuro; por ello consideró que su sensibilidad aun cuando cerebral era intuitiva, concreta, imaginativa, pero no abstracta, ni deductiva. En cambio, la sensibilidad del mestizo superior se elevaba hasta las más altas intelectualizaciones:

Capaz de experimentar todas las emociones las experimenta en efecto todas, y las anima con el soplo fecundo de las ideas que, cuando se imponen con el ímpetu avasallador de los deseos y se levantan a lo mejor imaginable, se transforman en ideales: el mestizo superior en México ha sentido el ideal de la Independencia, de la Reforma, de la democracia, de la instrucción obligatoria, de la civilización profusa y gratuita (Chávez, 1901: 90).

En definitiva, para Chávez, la sensibilidad del mexicano estaba dada por el nivel de cerebralización de sus emociones, es decir, de la capacidad de intelectualización y orientación que de estas hiciera el individuo para encausar sus ideales y sentimientos, o bien para ser presa de sus impulsos. Esta tesis de la emocionalidad de los sujetos y sus impulsos peligrosos ya había sido expuesta por Porfirio Parra (1892), cuando

sostuvo que las facultades mentales desequilibradas y excéntricas de un *neurópata* podían suscitarse bajo el influjo de emociones “extraordinarias e impulsos morbosos que afectaban su libertad moral” (p. 99). Es decir, reconocía una naturaleza patológica a causa de las pasiones.

Pero a diferencia de Chávez (1901), Parra no sabía contestar con precisión a qué se debía el elemento “morboso” que generaba el carácter anómalo, solo aseguraba que esta predisposición debía tener un fundamento orgánico aun cuando no contara con los medios para demostrarlo. Según su pensamiento, era muy probable que “el cerebro del hijo de un loco adolecía de algo”, sin embargo, como no poseía las herramientas para especificar qué era ese “algo”, lo llamaba “predisposición morbosa”. Parra (1892) hablaba de una lesión orgánica responsable de la alteración de la función; Chávez (1901), de la constitución del carácter y la forma de obrar de las emociones, a las que reconocía no como respuestas mentales que daban lugar a expresiones corporales, sino como respuestas corporales —quebrantos orgánicos— que afectaban la percepción. Así lo explicaba el psicólogo estadounidense William James (1884) para quien las emociones eran un quebranto orgánico: “Los cambios corporales siguen directamente a la percepción del hecho desencadenante y [...] nuestra sensación de esos cambios según se van produciendo es la emoción” (p. 59).

Para Chávez, los responsables de esas expresiones emocionales impulsivas no eran un órgano alterado o una anomalía fisiológica, sino la naturaleza psíquica de los grupos étnicos,

no es el excitante externo el que determina la reacción, es el excitante que pudiera llamarse intestinal, que caldea la sangre y tonifica al extremo los músculos, que provoca ardorosas sensaciones cenestésicas de una vida orgánica momentáneamente hipertrofiada, y lanza no a bestia, al proyectil humano, sobre todo y sobre todos (1901: 95-96).

Lo que en definitiva defendió Chávez fue que la sensibilidad del mestizo superior —clasificación en la que él se ubicaba—, incluso cuando se caracterizara por emociones de tipo dinámico y centrífugas —dirigida hacia el exterior—, estaba mediada por las ideas que habían ido enriqueciendo a las emociones. Esto posibilitaba que su proliferación fuera cautelosa: “Se inhiben entonces entre sí por cierto tiempo, se equilibran en parte: el fiel de la resolución, en la balanza de la voluntad, oscila un poco antes de inclinarse de modo irrevocable [...] el fuerte sello de la reflexión” que extinguía el régimen de los reflejos dejaba florecer la voluntad (1901: 96).

Los médicos mexicanos de finales del XIX, como Parra (1892), aseguraban que las causas de la delincuencia y la enfermedad mental estaban en los antecedentes hereditarios del individuo. Estas causas debían identificarse a través de la indagación de los antecedentes de alcoholismo, infancia, desenvolvimiento intelectual, aparición de las pasiones y los instintos genésicos, así como en el modo de satisfacerlos, la historia del medio intelectual y moral y la constitución del hogar doméstico. Otros pensadores decimonónicos que retomaban las tesis sobre los estudios del cerebro y la craneometría como Plotino Rhodakanaty²⁷ aseguraban que las taras fisiológicas y morales se heredaban e impedían la felicidad de los individuos. A las explicaciones de la conducta delictiva y la enfermedad mental se sumó la hipótesis del entrecoque de los factores emotivos que podían dar lugar a la conducta egoísta o altruista. Chávez denominó a este fenómeno “cerebralización de la emoción”.

Las tesis de las diferencias raciales apuntaron que el comportamiento incontrolable, criminal y alcohólico del indio y el pelado — como también llamó Chávez (1901) a los mestizos vulgares según su tipología— constituyó un dato congénito que propiciaba el aniquilamiento de los actos volitivos convirtiéndolo en una “máquina de impulsos”. De ahí el grado de alcoholismo, insensibilidad, conformismo, holgazanería y delincuencia que los predisponía a una inercia imitativa siempre en detrimento de la moral.

Es relevante para el análisis de la importancia de la dimensión psíquica y la constitución de la llamada “alma mexicana” en el escenario social de la construcción de un México, pre y posrevolucionario el lugar que los discursos científicos le otorgaron a la vida emocional de los sujetos, aun cuando sus descripciones fueran vagas y sin referencias teóricas. Después de todo, la dimensión emocional —terminología un tanto soterrada, pero identificable en los discursos analizados— llevó al tránsito desde un control externo a cargo del médico, el jurista y el psiquiatra hacia la conducta de autocontrol —función psicobiológica de las emociones—, fomentada en el proyecto prohispanista y presente en las tipologías humanas sustentadas en la idea de raza. También es identificable el modelo de cerebralización del individuo, cuyas explicaciones depositaron en el cerebro el control de la vida de hombres y mujeres. Los argumentos sobre la degeneración y la eugenesia empleados por científicos e intelectuales mexicanos

27 Plotino Rhodakanaty, socialista y anarquista griego, participó en los movimientos campesinos en México en el siglo XIX y se le considera el padre del anarquismo en el país. Fue un opositor de la iglesia y el Estado por considerarlos instituciones incapaces de generar bienestar social a los ciudadanos. Véase Olivier Toledo (2011b).

concebieron como menos cerebralizados a los grupos sociales con acceso restringido a la igualdad jurídica, a recursos educativos y materiales. Por esta razón, intentaron explicaciones modernas sobre distintos problemas sociales, de salud, educativos y jurídicos a los que atribuían el lento desarrollo hacia la Modernidad. Así, la sensibilidad del mexicano de acuerdo con la descripción hecha en la tipología propuesta por Chávez definía las formas de sentir, pensar y querer.

REFLEXIONES FINALES

Sostener una cultura nacionalista decimonónica y un mexicanismo posrevolucionario amparados en una moral laica requirió de la ayuda de la ciencia médica y los saberes de la psiquiatría, la psicología y la higiene, para así construir el corazón de la nación, es decir, la vida interior de los ciudadanos, a través de la vigilancia y regulación del sustrato psicológico. Los indicadores de dicha vigilancia fueron, entre otros aspectos, la vida emocional de los ciudadanos porque estaba en íntima relación con los valores morales de la época —el orgullo del mestizaje y la vergüenza de lo ancestral—, las expectativas sociales basadas en una población homogénea en términos lingüísticos, físicos y mentales, y una cultura que requería ser reinventada en cada momento para encontrarle cabida a una realidad la mayoría de las veces avasallante para los planes políticos. Imperó una mirada racista y excluyente no solo en la medicina y la jurisprudencia, sino también en el imaginario de lo que se ha denominado “el mexicano”.

En México, como en otros países latinoamericanos, el desarrollo de una vida interior se llevó bajo la vigilancia médica, porque las aspiraciones nacionalistas asimilacionistas, mestizofílicas y prohispanistas posrevolucionarias encontraron en la eugenesia lamarckista una estrategia científica para mejorar la raza y la cultura; además del elemento emocional presente en los discursos de la sensibilidad, que entendemos como los protodiscursos de la importancia de la vida emocional y psíquica de los sujetos, y fundamentales en la consolidación de las estructuras sociales que también son emocionales.

Como ha sostenido Bartra (2005), y como se ha intentado mostrar en el presente capítulo, la construcción de lo mexicano se fundó sobre la invención de la anatomía y la vida emocional de un ser nacional, a través de una cultura —mediante la higiene y una educación sentimental—, cuya mancuerna fue necesaria para intentar forjar ciudadanos con valores morales y religiosos que aseguraran su autorregulación. Recuperando los planteamientos esgrimidos en este texto, podemos apuntar que a la dimensión moral la acompañó un componente emocional vinculado al cognitivo que se constituye en el sustrato central de los discursos psi, el cual ha sido invisibilizado y escasamente

explorado para analizar el largo proceso de individualización en las sociedades modernas en general y en México en particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowski, A. L. (2010). *Maneras de querer: los afectos docentes en las relaciones pedagógicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Bandera, J. M. (1891). Los locos dañosos. *Gaceta Médica de México*, XXVI(7), 1º de abril, 133-136.
- (1895). Necesidad de una ley que reglamente la admisión y salida de locos en los establecimientos públicos ó particulares, destinados á esta clase de enfermos. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-8), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Baranda, J. (1895). Discurso inaugural. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-17), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Bartra, R. (2005). *Anatomía del mexicano*. México: Debolsillo.
- Bericat Alastuey, E. (1999). El contenido emocional de la comunicación en la sociedad del riesgo: microanálisis del discurso. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 87, 221-253.
- Buentello y Villa, E. (1956). *Higiene mental*. México: Talleres Gráficos de la Nación.
- Caso, A. (2005 [1923]). Unidad e imitación (título original: El problema de México). En Bartra, R. *Anatomía del mexicano* (pp. 53-59). México: Debolsillo.
- Castañeda López, G. (2009). La frenología en México durante el siglo XIX. *Anales Médicos*, 54(4), octubre-diciembre, 241-247.
- Chávez, E. A. (1901). Concurso científico nacional de 1900. Ensayo sobre los rasgos distintivos de la sensibilidad como factor del carácter mexicano. *Revista Positiva*, 3, 1º de marzo, 81-99.
- Elias, N. (1988). *El proceso de la civilización: Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Gall, F. J. (1835). *Resumen analítico del sistema del Doctor Gall sobre las facultades del hombre y funciones del cerebro vulgarmente llamado Craneoscopia*. Madrid: Imprenta de D. Eusebio Aguado.
- Gamio, M. (1982 [1916]). *Forjando patria*. México: Porrúa.
- Gergen, K. J. (2006). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Guerrero, J. (1901). *La génesis del crimen en México: Estudio de psiquiatría social*. México: Conaculta, col. Cien de México.

- Illouz, E. (2007). *Intimididades congeladas*. Buenos Aires y Madrid: Katz.
- (2010). *La salvación del alma moderna: Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*, Buenos Aires, Katz.
- James, W. (1884). What is an Emotion? *Mind*, 9(34), abril, 188-205.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- Lara y Pardo, L. (1908). *La prostitución en México*. México: Librería de la Vda. De Bouret.
- Lavista, R. (1895). Relaciones entre la medicina y la jurisprudencia. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-22), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Llamas Martínez Garza, A. (2010). *Los locos en calidad de detenidos en el Manicomio General de la Ciudad de México. La intersección del crimen con la locura en los albores del siglo XX*. (Tesis de doctorado en Antropología). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad DF, México.
- Lombroso, C. (1902). *El delito y sus causas y remedios*. Madrid: Librería General de Victoriano Suárez.
- López Sánchez, O. (1998). *Enfermas, mentirosas y temperamentales: La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. México: CEAPAC-Plaza y Valdés.
- (2005). Imagen y sexualidad: el uso de la fotografía en el campo de la medicina legal durante la segunda del siglo XIX mexicano. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(1), 175-192.
- (2009). “*Dos en uno y cada uno en dos*”: la imagen del cuerpo monstruoso en la teratología del siglo XIX en México. *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2-14. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/57824>
- (2014). La higiene popular dirigida a las mujeres-madres: estrategias de la cruzada médico-higienista en la sociedad mexicana del porfiriato. En Cardona Rodas, H. y Pedraza Gómez, Z. (comps.). *Al otro lado del cuerpo: Estudios biopolíticos en América Latina*. Bogotá: Departamento de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Medellín, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de los Andes, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales.
- (2016). De las emociones como categoría psicológica a las emociones como categoría socio-cultural. Conferencia Magistral en el ciclo de conferencias Premios de Investigación de la Academia Mexicana de Ciencias, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

- (2019). *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*, México UNAM-FES Iztacala.
- López Sánchez, O. (coord.) (2011). *La pérdida del paraíso: El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Malvido, E. y López Sánchez, O. (2003). La concepción del cuerpo en el siglo XIX: cuerpo sujeto de delito. *Diario de Campo*, 26, agosto, 24-30.
- Maudsley, H. (1991 [1868]). *Las causas de la locura*. Madrid,: Dorsa.
- Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. París: Librairie Victor Masson, Placede l'École-de Médecine.
- Novella, E. J. (2011). La medicina de las pasiones en la España del siglo XIX. *Dynamis*, 31(2), 453-473.
- Nussbaum, M. C. (2014). *Emociones políticas: ¿Por qué el amor es importante para la justicia?* México: Paidós.
- Olivier Toledo, C. (2011a). Diagnóstico del carácter y construcción de nación. El estudio de las emociones en el pensamiento médico decimonónico. En López Sánchez, O. (coord.). *La pérdida del paraíso: El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX* (pp. 91-118). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- (2011b). De la armonía sentimental a la armonía universal. El lugar de las emociones en el proyecto socialcristiano de Plotino Rhodakanaty. En López Sánchez, O. (coord.). *La pérdida del paraíso: El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX* (pp. 119-148). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Olvera, J. (1889). Examen de los reos presuntos de locura. Los peritos médico-legales están muchas veces en peligro de apasionarse o de preocuparse. *Gaceta Médica de México*, XXIV(3), 1º de febrero, 1ª serie, 33-34.
- (1891). Asilo prisión para “enajenados criminales” y reos presuntos de locura. *Gaceta Médica de México*, XXVI(9), 1º de mayo, 1ª serie, 163-169.
- (1895). La epilepsia y la histeria, neurosis hereditarias y degenerativas. ¿Deben considerarse como impedimento para el matrimonio? En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-24), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Orvañanos, D. (1889). *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana*. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.

- Parra, P. (1892). Irresponsabilidad criminal fundada en un impulso de naturaleza patológica de causa pasional. *Gaceta Médica de México*, XXVII(3), 1º de febrero, 1ª serie, 98-102.
- (1895). ¿Según la Psiquiatría, puede admitirse la responsabilidad parcial ó atenuada?. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-23), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Pedraza, Z. (2000). La educación sentimental y el descubrimiento de sí mismo. En Castro Gómez, S. (ed.). *La reestructuración de las ciencias sociales en América Latina* (pp. 311-325). Bogotá: CEJA.
- Pimentel, F. (1903). *Obras completas*, t. III. México: Tipografía Económica.
- Quezada Molina, G. (2000). *Historia de la Psicología en México, 1900-1910*, Tesis de Licenciatura en Psicología, México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramírez de Arellano, N. (1895). El alcoholismo en México. Medidas que debían adoptarse para reprimirlo. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-18), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Ramírez López, A. M. (2015). Martha C. Nussbaum, *Emociones políticas: ¿Por qué el amor es importante para la justicia?*, México: Paidós, 2014. *Revista Opera*, 16, enero-junio, 163-166.
- Reddy, W. (2001). *The Navigation of Feeling: A Framework for the History of Emotion*. Cambridge y Nueva York: Cambridge University Press.
- Revueltas Valle, G. (1990). *Historia social de la psicología en México. Periodo de 1890 a 1990*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). ENEP Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rose, N. (1999). *Saving the Soul: The Shaping of the Private Self*. Londres: Free Association Books.
- Roumagnac, C. (1904). *Los criminales en México: Ensayo de psicología criminal*. México: Tipografía "El Fénix".
- Sosa, S. E. (1895). Valor de los dictámenes médicos en los casos de irresponsabilidad criminal y de incapacidad por trastornos mentales. En *Primer Concurso Científico Mexicano* (pp. 3-11), vol. I. México: Oficina Tip. de la Secretaría de Fomento.
- Stepan, N. L. (1991). *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin American*. Ithaca y Londres: Cornell University Press.
- Trabulse, E. (1985). *Historia de la ciencia en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1993). *La ciencia mexicana*. México: Francisco E. Vidarga.

- Urías Horcasitas, B. (2000-2001). Medir y civilizar. *Ciencias*, 60-61, 28-36.
- (2004). Degeneracionismo e higiene mental en el México Posrevolucionario (1920-1940)" *Frenia*, IV(2), 37-67.
- (2005). Fisiología y moral en los estudios sobre las razas mexicanas: continuidades y rupturas. *Revista de Indias LXV*, 234, 355-374.
- (2007a). El "hombre Nuevo" de la posrevolución. *Letras Libres*, 101, mayo, 59-61.
- (2007b). *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*. México: Tusquets.
- Vasconcelos, J. (2017 [1925]). *La raza cósmica*. México: Porrúa.
- Williams, R. (2009). *Marxismo y literatura*. Buenos Aires: Las Cuarenta.

Ángel Martínez-Hernández; Asun Pié-Balaguer;
Mercedes Serrano-Miguel; Elisa Alegre-Agís;
Nicolás Morales Sáez; Xavi Cela Bertran; Deborah
Bekele; Andrea García-Santemases;;
Martín Correa-Urquiza

CRÓNICA DE UN DESENCUENTRO: LA MEDICALIZACIÓN DE LA PSICOSIS Y SUS LABERINTOS EN LA CATALUÑA URBANA

“El sistema manicomial que tengo es de control, control, control y control. Yo tengo que dar explicaciones por todo. Tengo que demostrar que soy buena persona, no solo tener la intención, sino demostrarlo. Ser obediente a la jerarquía y punto pelota. Y si tú no estás conforme con lo que hacen contigo, pues te anulan como persona o te desautorizan. De entrada, ya estás desautorizado para tomar una decisión que no sea la propia de la jerarquía psiquiátrica o médica.”

Alberto, persona con un diagnóstico de esquizofrenia y residente en Barcelona¹

Existe el consenso de que la reforma psiquiátrica, desarrollada desde la década de 1970 en la mayoría de las sociedades de capitalismo avanzado, generó una mejora sustancial en la atención y en la calidad de vida de las personas afectadas por esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; y, en efecto, tal aseveración parece acertada. En contraste con la imagen clásica del manicomio como institución custodial, disciplinaria y de control (Foucault, 2015; Goffman, 2001), los modelos

1 Todos los nombres asociados con los informantes que aparecen en este texto son pseudónimos creados exprofeso.

de salud mental comunitaria han permitido una mayor humanización de las prácticas asistenciales. No obstante, en algunos países, por ejemplo España, la reforma psiquiátrica es percibida como un acontecimiento del pasado, como una problemática para los historiadores y no como una política que deba repensarse de forma permanente. Esto puede conducir a una cierta autocomplacencia cuando —como nos recuerda Alberto con su testimonio— las prácticas basadas en la disciplina, el control y la coerción no han desaparecido del escenario, sino que en todo caso se han transmutado o sofisticado, mostrando una contradicción con los discursos programáticos, generalmente bienintencionados. Por ejemplo, el derecho del paciente a recibir una información médica precisa está reconocido en muchos países, pero aun así continúan prevaleciendo prácticas de atención que limitan claramente la participación y los derechos de los pacientes (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2013; Weisser, Morrow y Jamer, 2012). Un hecho revelador es que la medicación antipsicótica² es uno de los pocos tratamientos cuya administración puede ser obligada por un juez a tomar de por vida en muchos países (Inchauspe y Valverde, 2017).

Una extensa literatura en ciencias sociales ha mostrado que el diagnóstico de psicosis, especialmente de esquizofrenia, suele tener un impacto devastador en la vida de las personas afectadas (Estroff, 1985; Jenkins, 2015; Jenkins y Carpenter-Song, 2008; Martínez-Hernández 1998; Rhodes, 1984). Los sujetos con este tipo de diagnóstico ven cercenadas sus posibilidades de acceso al mercado de trabajo, su red de relaciones sociales claramente disminuye tras este, usualmente se tornan dependientes de sus familiares, sufren marginación, estigma e incompreensión social y sus derechos se ven limitados, incluyendo las decisiones sobre su propia salud. Estos constreñimientos sientan las bases para una espiral de sufrimiento que se ve acrecentada por la diversidad de efectos adversos³ de los neurolépticos, como los síntomas extrapiramidales, el riesgo de síndrome metabólico y de enfermedad cardiovascular, la disminución de la esperanza de vida y los daños

2 El término “antipsicótico” es confuso porque supone una capacidad curativa que hoy por hoy no está al alcance de estas moléculas, al menos para la mayoría de los pacientes. Una variante clásica para denominar el mismo tipo de tratamiento es la de “neuroléptico”, probablemente más apropiada. Sin embargo, aquí vamos a mantener ambos términos como sinónimos, ya que son ampliamente utilizados en la literatura. Nos emplazamos para un análisis crítico en este sentido en un futuro próximo.

3 Aquí preferimos hablar de efectos adversos en la medida en que se trata de efectos que generan sufrimiento y adversidad, y no efectos secundarios de la medicación que afectan fundamentalmente en el nivel físico. Entendemos que la primera acepción amplía el espectro más allá del ámbito clínico, mientras que la segunda lo restringe a este escenario.

cognitivos y cerebrales, entre muchos otros.⁴ Un conjunto de efectos indeseados que se producen tanto con los denominados “antipsicóticos típicos” (o de primera generación), que causan principalmente síntomas extrapiramidales, como con los “antipsicóticos atípicos” (o de segunda generación), que generan menos parkinsonismo, pero que pueden conducir a la obesidad y al riesgo de síndrome metabólico. Antes parkinsonizados, ahora obesos.

Ante este panorama, no es extraño que los consumidores de neurolépticos muestren insatisfacción con estos fármacos y perciban este tipo de tratamiento como una imposición y coacción que los impele a la discontinuación (entre el 40% y el 70% de los pacientes) (Tiihonen *et al.*, 2017). Además, estos psicofármacos resultan eficaces para aliviar los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones y delirios), pero no tanto para combatir los negativos (anhedonia, apatía, retraimiento social, embotamiento afectivo, pobreza del habla y del pensamiento, y pérdida de la motivación, entre otros), los cuales incluso pueden ser potenciados por estas moléculas, convirtiendo los síntomas y los efectos adversos en realidades prácticamente indistinguibles. De hecho, los efectos adversos de los neurolépticos pueden ser considerados por los pacientes como un fenómeno más acuciante que los supuestos efectos terapéuticos (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2014). Este conjunto de factores abona un escenario de adversidad que limita los mundos vitales de las personas afectadas y desafía la eficacia de las políticas contemporáneas de salud mental.

En los últimos años han surgido modelos alternativos que toman como base la reducción o la supresión de la medicación antipsicótica, especialmente en las primeras crisis. Ese es el caso de Soteria, en los Estados Unidos y Suiza (Bola y Mosher, 2002 y 2003), el Swedish Parachute Project (Strålin, Skott y Cullberg, 2019) y el Finnish Need-Adapted Project (Bola *et al.*, 2006) que ha influido en la consolidación del modelo Open Dialogue en este último país. Algunas cifras de esta iniciativa son alentadoras: tras un seguimiento de cinco años, el 80% de los pacientes habían regresado a sus actividades (trabajo o estudio) y mostraban una mejor calidad de vida y (re)integración en la comunidad (Seikkula *et al.*, 2006).

Otro modelo alternativo es la Gestion Autonome de la Médication en Santé Mentale (en adelante, GAM), desarrollada a principios de la década de 1990 por equipos de investigación en Quebec (Canadá) en colaboración con la sociedad civil, en particular con los usuarios de

4 La literatura sobre los efectos adversos de la medicación antipsicótica es muy extensa. Una buena compilación puede encontrarse en Inchauspe y Valverde (2017).

los servicios de atención de salud mental y sus grupos de apoyo (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2014). La iniciativa GAM ha sido reconocida como una buena práctica por el Comisionado de Salud y Bienestar de Quebec, y desde 2009 también se ha implementado en Brasil a través de L'Alliance Internationale de Recherche Universités - Communautés, Santé Mentale et Citoyenneté (ARUCI-SMC) (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2013 y 2014; Onocko-Campos *et al.*, 2013). Los objetivos principales de la GAM son: 1) la accesibilidad a la información y la educación sobre los medicamentos como un derecho de los usuarios; 2) la creación de espacios para expresar y debatir la experiencia de los afectados en los servicios de salud mental; 3) la escucha atenta de los significados y experiencias del sufrimiento psíquico, y 4) la promoción de reuniones entre los profesionales de la salud mental que faciliten la comunicación clínica y mejoren la atención (Rodríguez del Barrio *et al.*, 2014; Rodríguez del Barrio y Poirel, 2007).

La GAM se instrumentaliza mediante una *Guía GAM* que promueve diferentes pasos hacia el desarrollo de la autonomía de los usuarios y el fortalecimiento de la toma de decisiones sobre su salud. Actualmente están disponible la *Guía GAM-Canadá* y la *Guía GAM-Brasil*, esta última escindida en dos: una guía para usuarios y otra para promotores en salud mental. En cualquier caso, se trata de instrumentos que van más allá del foco estricto de la medicación y que buscan impulsar una cultura asistencial que considere las necesidades subjetivas de los usuarios y humanice las prácticas en salud mental (Serrano-Miguel, Silveira y Palombini, 2016; Serrano-Miguel, 2018).

Siguiendo la estela de las experiencias GAM en Canadá y Brasil, las autoras y los autores de este artículo iniciamos en 2017 en Cataluña una investigación etnográfica y una acción/participativa en salud mental denominada en catalán *Gestió Col·laborativa de la Medicació* (en adelante, GCM). El cambio nominal de GAM a GCM se debió a que observamos que la noción de autonomía inducía a pensar entre los profesionales en el proselitismo de la automedicación más que en el reforzamiento de la autonomía para que los usuarios pudiesen ejercer sus derechos. Las fases principales de nuestra iniciativa fueron: 1) el análisis etnográfico del laberinto conflictivo de la medicación antipsicótica, incluyendo las dificultades para la implementación de una gestión colaborativa en este campo; 2) la elaboración de una guía GCM con la participación activa de servicios de atención en salud mental, movimientos sociales en primera persona y asociaciones de usuarios, cuidadores y profesionales, y 3) la implementación del modelo GCM en dos centros de atención en salud mental. El presente capítulo responde a la primerafase.

TEJIENDO VÍNCULOS

En congruencia con las experiencias previas en Canadá y Brasil, nuestro punto de partida fue que los desencuentros que se producen con la medicación neuroléptica pueden entenderse como una sinécdoque de las lógicas de coerción que operan en el campo más amplio de las relaciones intersubjetivas. Sin embargo, y a diferencia de las iniciativas promovidas en aquellos países, donde las propias administraciones encargadas de implementar las políticas de salud mental impulsaron activamente el modelo GAM, nuestro proyecto tuvo un inicio diferente. Desde el principio, contábamos con la complicidad de diferentes entidades y asociaciones que promueven la humanización de las prácticas en salud mental, pero no con el apoyo explícito de los centros de toma de decisiones. A pesar de que muchos de nosotros hemos actuado como asesores, expertos, clínicos y/o promotores en salud mental colectiva en Cataluña, nuestra iniciativa no surgía de los servicios, los centros de poder o los movimientos sociales, sino de un ámbito académico interesado en proyectar la investigación etnográfica en la arena de la transformación de las culturas asistenciales en salud mental. Para comenzar, urgía tejer una red de apoyos en un contexto como el catalán, que se caracteriza por el acceso público y universal al sistema de salud, pero también por la tercerización de los servicios y su fragmentación en una panoplia de fundaciones, asociaciones, cooperativas y otro tipo de entidades que prestan un servicio público, pero que también mantienen cierta autonomía de movimientos.

Los dos servicios clínicos más receptivos para acoger esta iniciativa fueron los centros de salud mental de adultos de Nou Barris, en Barcelona, y el de Badalona 2, en una ciudad homónima del área metropolitana. Se trata de dos centros que actúan en la red pública y que atienden poblaciones fundamentalmente de clases obrera y media, y que representan la diversidad lingüística y cultural de la Cataluña metropolitana, con usuarios, cuidadores y profesionales originarios o con ascendentes de otras comunidades de España. En términos de las culturas “psi”, los dos servicios incluyen profesionales de orientación biomédica, psicodinámica, cognitivo-conductual, sistémica y basadas en el diálogo abierto.

Adicionalmente, procuramos el apoyo de la Federació Salut Mental Catalunya, que aglutina 106 entidades de cuidadores y familiares distribuidas por toda la región, con asociaciones autodenominadas “en primera persona” como la Asociación Sociocultural Radio Nikosia y Matisos, en Barcelona, y La Muralla, en Tarragona, con la Fundació Congrès Català de Salut Mental, conformada por profesionales de la salud mental, así como con iniciativas que promueven comunidades de cuidados mutuos, como la Cooperativa Aixec y la Red sin Grave-

dad. Con el objeto de asegurar la participación del conjunto de entidades en esta investigación, se creó un órgano de supervisión interna, el laboratorio FerRecercaAmb (HacerInvestigaciónCon), conformado por representantes de estas instituciones y asociaciones, que se convirtió en una instancia de control interno y de divulgación de los resultados de nuestro proyecto.

El trabajo de campo fue realizado entre febrero y diciembre de 2018 y consistió en la observación etnográfica, las entrevistas en profundidad a 38 usuarios, 18 familiares y 19 profesionales de la salud mental y la realización de 10 grupos focales: 5 con usuarios, 3 con familiares y 2 con profesionales. Si bien se trató de una muestra de conveniencia, intentamos que hubiese paridad de género entre los informantes y también una distribución por edad con el objetivo de observar diferencias a lo largo de la trayectoria vital en el consumo de antipsicóticos, la experiencia con los cuidados familiares —el denominado proceso de salud/enfermedad/cuidado (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014)— y la experiencia profesional. Asimismo, se intentó ponderar en la muestra de usuarias y usuarios entre miembros con o sin un compromiso activista y, entre las familiares, que eran principalmente mujeres (12 de 18), la existencia de diferentes roles (madre, padre, pareja, etc.). Todos los involucrados mostraron voluntad de participar mediante la firma de un consentimiento informado y esclarecido.⁵

Para el desarrollo de la investigación nos organizamos en tres subequipos. El primero llevó a cabo el trabajo de campo en el Centro de Salud Mental de Adultos Nou Barris; el segundo en el Centro de Salud Mental de Adultos Badalona 2, y el tercero en el resto de servicios, entidades y asociaciones. Las entrevistas se realizaron en catalán o castellano y a conveniencia de los informantes: en sus casas, en recursos públicos como centros cívicos, en los servicios de salud mental o en las entidades. Todas las entrevistas fueron grabadas con excepción de un profesional que no dio su consentimiento. Con el objetivo de poder contextualizar la información, en el cuestionario de los usuarios se preguntó sobre la experiencia de la enfermedad, la significación subjetiva de la medicación, el papel de la familia y las relaciones sociales, las estrategias alternativas con la medicación y

5 Este estudio fue aprobado y evaluado por diferentes instancias: el Comité de Ética en Investigación de la Universitat Oberta de Catalunya; los Comités de Ética Asistencial de los servicios involucrados y el Comité de Ética Asistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental. Además, esta investigación fue supervisada por un organismo interno del proyecto creado exprofeso y conformado por usuarios, cuidadores y profesionales: el Comité FerRecercaAmb, que tenía la función de garantizar los derechos de los participantes a lo largo de la investigación.

el ejercicio de sus derechos. En el caso de las cuidadoras, la contextualización se realizó con preguntas sobre la experiencia de cuidados tras el diagnóstico y la prescripción inicial, el papel de la familia en la gestión de la medicación y la aceptación de los derechos de los pacientes. Finalmente, en los cuestionarios de los profesionales se hicieron preguntas sobre el papel de la medicación en su práctica clínica, el conocimiento de los derechos de los pacientes y los modelos de comunicación empleados.

Todas las entrevistas y los grupos focales fueron transcritos y posteriormente codificados utilizando el software MAXQDA 2018 (VERBI Software, 2017). Para asegurar la fiabilidad y la reflexividad en el proceso de codificación, cada investigador realizó una codificación individual de una muestra preestablecida de las transcripciones y redactó una valoración reflexiva. Luego se consensuaron los códigos individuales, primero dentro de cada subequipo y, seguidamente, entre todos los investigadores. El resultado fue un sistema de 27 códigos que fueron presentados en dos reuniones con una selección de los informantes (usuarios, familiares y profesionales) en las que hicieron comentarios, críticas y sugerencias.

Los resultados permiten visualizar algunas disonancias que erosionan las condiciones para una alianza terapéutica posible. Se trata de desajustes que limitan el impulso de lo que podemos denominar una política *para* la vida, o centrada en las necesidades de los afectados, y no simplemente *de* la vida o de gestión de los trastornos y los tratamientos. Aquí vamos a atender concretamente tres disonancias que favorecen un escenario de desencuentro: los efectos adversos de la medicación, la conciencia de enfermedad y las relaciones coercitivas. Para cada uno de estos desajustes, que son también desafíos, destacaremos en el mismo orden las narrativas de aflicción de los afectados, las narrativas clínicas de los profesionales y, por último, las narrativas de cuidados de los familiares. Veámoslo más en detalle.

¿SÍNTOMAS O EFECTOS ADVERSOS?

En los tres colectivos de nuestro estudio emerge una dificultad para distinguir entre los efectos adversos de los antipsicóticos y las manifestaciones del trastorno, especialmente los denominados síntomas negativos como la anhedonia o la apatía, los cuales pueden ser inducidos o amplificadas por la propia medicación. Esta indefinición es, sin embargo, valorada de forma diferente por usuarios, profesionales y familiares: los primeros tienden a atribuir su malestar a los efectos de los neurolépticos más que a la enfermedad y los segundos a las manifestaciones clínicas del trastorno. Los familiares, por su parte, transitan entre estas dos perspectivas.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN

Los afectados expresan una diversidad de efectos adversos de la medicación entre los que destaca el “embotamiento”, que los lleva a “vivir como un zombi”, a “una vida *light*”, a “no sentir” el flujo de la vida, a la pérdida del mundo emocional y a las dificultades en la interacción social. A modo de ejemplo, una informante relataba que vivía más cuando dormía que cuando estaba despierta, porque en la vigilia se sentía en una nebulosa onírica. Otros efectos adversos son la falta de concentración, memoria y atención, la rigidez y los temblores, la somnolencia y el cansancio extremos, la ansiedad e inquietud, la ralentización del cuerpo, la pérdida de agilidad mental y física, la obesidad y la retención de líquidos, la inactividad que los lleva a quedarse en casa y aislarse del mundo, especialmente entre los hombres, y los desarreglos sexuales como la falta de libido, la disfunción eréctil y la anorgasmia, entre otros. También puede generar ginecomastia en los hombres, trastornos de la menstruación en las mujeres y galactorrea en ambos como consecuencia de una prolactina elevada.

En general, los afectados relatan un itinerario tortuoso en la búsqueda de un ajuste de la medicación adecuada a sus necesidades con hospitalizaciones en las unidades de agudos y cambios de medicación que producen incertidumbre y frustración. Por ello pueden sentirse como “cobayas” en “un experimento” o en “un laberinto”, atribuir sus crisis a los cambios de medicación, sentirse recipientes pasivos de una prueba de “ensayo y error”, o simplemente relegar sus expectativas con la medicación al futuro o al azar. En este último sentido, Sara utiliza la metáfora de la piñata y los palos de ciego: “Sabes ese juego que hay una cosa colgando llena, un botijo lleno de agua, y tienes los ojos vendados y con un palo tienes que darle al botijo para que estalle y caiga el agua. Eso es lo que hace un psiquiatra. O, en otras palabras, dar golpes de ciego”.

En este escenario, no es extraño que la medicación tenga una gran centralidad en la vida de los afectados, así como el solapamiento de los síntomas negativos y los efectos adversos de esta, que pasan a ser tan indistinguibles como turbadores. Como nos dice Alba: “Hay un momento en que tú no sabes si es la enfermedad o las enfermedades o es la medicación”, o Julià: “No sé si es por el efecto positivo de la medicación o es porque yo soy así”. También Héctor nos cuenta: “Hay días que tiemblo y días que no. No sé bien por qué. Ahora no sabría decirte, si no los tomara, si tendría más o los tengo porque no hacen efecto [los antipsicóticos]. Siempre tengo esta duda”.

Solo tres usuarios mostraron una experiencia muy satisfactoria con la medicación y prácticamente nulos secundarismos. Veinticua-

tro de ellos destacaron algún efecto positivo, como la regulación del sueño, la mitigación de las ideas delirantes y las alucinaciones y la mayor estabilidad en su vida cotidiana. Sin embargo, e incluyendo a los que reconocen algún efecto positivo, la mayoría expresó diferentes grados de insatisfacción que oscilan entre las actitudes críticas y las resignadas. Ambas actitudes pueden coincidir, además, en un mismo sujeto dando lugar a una ambivalencia entre el papel de la medicación para evitar recaídas —el temor a una nueva hospitalización es una constante en sus vidas— y los efectos adversos de los neurolépticos.

Entre los más críticos, la medicación es vivida como una fuente de sufrimiento del mismo orden que la enfermedad o más aún, como una imposición coercitiva que los anula como sujetos. Ante este panorama, no es extraño que ensayen formas de autogestión y discontinuación de la medicación que, en algunos casos, conducirá a nuevas recaídas y que, a largo plazo, abonan un estado de resignación. Asumir la medicación es “el precio a pagar”, como nos dice Héctor: “Yo no la quiero tocar [la medicación]. Prefiero seguir con la sequedad de boca, prefiero seguir con los temblores. Los efectos secundarios son el precio que hay que pagar, pero bueno, ahora me merece la pena”. También es considerada un “parche” para seguir viviendo, el apoyo necesario y a la vez doloroso para mantener la estabilidad psíquica, pues sin ella se “pierde el control” y “no sabes dónde agarrarte”, o simplemente consideran que ya no pueden “vivir sin medicación”. No obstante, a menudo permanece la duda sobre los efectos reales de los antipsicóticos, pues como indica Siro: “Nunca se sabe si estos brotes pararon por la medicación o pararon porque pararon”.

NARRATIVAS CLÍNICAS

A diferencia de los usuarios, los profesionales tienden a considerar que el sufrimiento del paciente deviene principalmente de la enfermedad y dan menos importancia a los efectos adversos de la medicación, aunque ello no signifique que los minusvaloren por completo. Este es el caso de Luz, una psiquiatra, que nos dice: “Creo que muchas veces es por la propia enfermedad, que los hace desconfiar de la medicación, más que por los efectos secundarios de los psicofármacos”. Entre estos efectos, los profesionales destacan las disfunciones sexuales, el parkinsonismo, la somnolencia, la obesidad, el síndrome metabólico y, en menor medida, el embotamiento, la ralentización y el daño cognitivo que tienden a interpretar como síntomas negativos del trastorno y no como secundarismos. En general, consideran que la posibilidad de distinguir entre efectos adversos y síntomas negativos es una tarea incierta y por ello centran su atención en los síntomas positivos.

Entre los clínicos emergen actitudes como la resignación, al verse limitados a medicaciones que son compensatorias, pero no curativas, o ante la constatación de que el mismo fármaco puede funcionar desigualmente con el mismo paciente dependiendo del momento, de la “historia natural de la enfermedad” o de la interferencia que pueden generar los problemas vitales e interpersonales. Ante este horizonte incierto, algunas psiquiatras, como Marta, valoran la “intuición” clínica para el manejo de la medicación, así como estrategias como el cambio de tratamiento, su mantenimiento mediante una lógica de hechos consumados o intentan ajustar las dosis para convertir los antipsicóticos en más tolerables para las personas afectadas. Esta última estrategia se presenta en especial entre los profesionales que son más críticos con la medicalización de las aflicciones humanas y que defienden más enfáticamente la necesidad de un modelo colaborativo en la gestión de la medicación, a pesar de que puedan sentir que este tipo de iniciativa los aleja de su zona de confort y los obliga a lidiar a diario con “la incertidumbre”.

NARRATIVAS DE CUIDADOS

Por último, los familiares son el subgrupo más ambiguo a la hora de atribuir el malestar de los afectados a la medicación o a la enfermedad. De hecho, quienes atribuyen un mayor peso a la medicación en la generación de malestar son precisamente aquellos que muestran inclinación por una comunicación más dialogante y el reconocimiento de los derechos de los pacientes (3 familiares). De manera alternativa, aquellos que se posicionan atribuyendo el malestar a la enfermedad aceptan modelos más coercitivos (13 familiares).

Entre los efectos adversos destacan la “sedación”, los problemas de memoria y concentración, la somnolencia, el cansancio y su “anulación como sujetos” que los conduce a la inactividad, la inseguridad y el aislamiento. También relatan otros efectos como la “toxicidad”, la obesidad, los temblores, la ginecomastia en los varones, la inquietud, la inseguridad en las relaciones sociales, la disfunción eréctil y la rigidez. En las narrativas de las cuidadoras no observamos ningún comentario sobre el impacto de los neurolépticos en la sexualidad femenina, lo cual puede deberse a un sesgo de género que lleve a desatender este problema entre las mujeres, tanto por parte de ellas mismas como por parte de los familiares y los profesionales.

En el contexto cotidiano, la “sedación”, que atribuyen principalmente a los secundarismos, se conforma como la contrapartida ante el riesgo de una nueva crisis, aunque ese estado les pueda devolver, a su vez, una imagen distorsionada del usuario a quien observan, al principio con extrañeza y luego de forma resignada, como un nuevo

sujeto. Como indica Pau, un padre cuidador y uno de los más críticos: “Cuando está con la medicación y está atontado, en algunos momentos piensas más en un vegetal que en una persona. La medicación, en contra de lo que dicen las guías, tiene efectos muy anuladores y a mí me parece muy normal que haya personas que no quieran vivir en ese estado”. O María, que comenta: “[La medicación] les trastorna la cabeza. Te nubla los pensamientos. Es que les anula la vida y a lo mejor es más comodidad para los demás que estén dormidos”.

En general, el afectado medicalizado se les presenta como embotado, transformado, torpe, irreconocible en las habilidades que tenía en el pasado, “derrotado”, como “un mueble”, como “un vegetal” o como un “objeto más que un sujeto”. Esta última frase es de Carla, una informante que rememoró la imagen impactante de su hijo tras su primer ingreso hospitalario, tembloroso y babeando luego del tratamiento, y sus dudas sobre si los efectos adversos eran peores que los síntomas del trastorno. Para algunos cuidadores, se trata de una transformación del afectado de tal calado que es vivida como un duelo del hijo perdido, como una muerte civil, que ya describió Goffman (2001), y en la que se vislumbra la proyección de las dinámicas custodiales al interior del ámbito doméstico (Alegre-Agís, 2017). El miedo, la culpa y la resignación dibujan tanto un mapa emocional entre los familiares que propicia la desconfianza, la hipervigilancia sobre el cumplimiento del tratamiento y la coerción así como unas expectativas limitadas sobre la autonomía de los afectados.

¿CONCIENCIA DE ENFERMEDAD O CONCIENCIA DE SUFRIMIENTO?

Los tres actores de esta investigación manifiestan que la conciencia o inconsciencia de la enfermedad es un desafío para el diálogo y la toma de decisiones compartidas, especialmente en las primeras crisis. Sin embargo, existen claras disonancias en cómo es entendida esta falta de *insight*. Mientras que los profesionales, asumen la definición tradicional de este término en la literatura psiquiátrica (Amador *et al.*, 1994) —básicamente conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento—, los afectados se inclinan por un tipo de *insight* que vamos a denominar aquí “conciencia de sufrimiento” y que adquiere un carácter más comprensivo y plural que la visión estrictamente clínica, pues incorpora otras adversidades y demandas de atención. Para los familiares, por su parte, la conciencia de enfermedad es sinónimo de autocuidado, aunque desde una visión restrictiva que no incluye estrategias habituales entre los afectados, por ejemplo, el uso o abuso de la cafeína para lidiar con el embotamiento y la somnolencia.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN

Para los afectados, la conciencia de sufrimiento incluye un conjunto de malestares provenientes del trastorno, pero también la vivencia de los efectos adversos de la medicación, las hospitalizaciones o las violencias de las que son objeto por su condición de “enfermos mentales”, como el estigma, la marginalización y la incompreensión social. Como nos dice Ricardo: “Sí, es que, a ver, es un sufrimiento muy grande, ten en cuenta que te encuentras en una situación en la cual, en muchos entornos, tú no te ves capaz de decir que tienes un trastorno mental”. Asimismo, Pere comenta: “Se sufre más de lo que la gente se cree, el sufrimiento de los trastornos mentales no sabe nadie lo que se sufre”. Josep también abunda en esta dirección: “Yo me acuerdo de que el cuerpo me había cambiado completamente y había pasado de ser una persona delgada a gordo, y esa rigidez, que el cuerpo te cambie. Que de eso tampoco se habla muchas veces, del sufrimiento que genera”.

De hecho, la concepción profana del sufrimiento puede no incluir los momentos de crisis previos al tratamiento, que incluso pueden ser percibidos como un buen momento, pues como indica Laura: “Una persona que no es consciente [de su trastorno] pues lo pasa bien”. Según ellos, la negación del trastorno mental deviene de la misma enfermedad, que les impide reconocer su estado, pero también de factores como el estigma, las medidas coercitivas en la hospitalización, la necesidad de “pasar página” o comenzar una nueva vida y la demostración de que son capaces de controlar sus propios malestares y síntomas, en particular cuando los episodios de crisis y hospitalización son ya un recuerdo. En esos momentos, no es extraño que la falta de conciencia de enfermedad surja del hastío y el peso de las etiquetas diagnósticas, así como de sus esperanzas de recuperación.

Los afectados relatan que la falta de *insight* es más frecuente entre los varones jóvenes y en los momentos iniciales de su debut como pacientes, pues las unidades de agudos no son entendidas como un espacio de salud, sino de sufrimiento. Las subsiguientes crisis los conducen a un estado de depresión y de embotamiento atribuido a menudo a los neurolépticos que puede dar lugar, de nuevo, a episodios de negación del trastorno o, con el tiempo, de aceptación de la enfermedad. En algunos casos, la aceptación puede venir acompañada de una posición crítica con los usuarios que no son “conscientes” de su enfermedad. Ahora bien, en este proceso se articulan disonancias con las percepciones de los profesionales, principalmente cuando no se consideran bien atendidos o por la existencia de modelos jerárquicos en la comunicación que los hacen sentir juzgados o minusvalorados. En algunos casos, como Antoni, indican que los profesionales apelan

a la conciencia de enfermedad como una excusa para la medicalización y realiza un interesante análisis:

Si tienes conciencia de enfermedad también tienes conciencia de la medicación que te están dando. De acuerdo, yo la tengo [la conciencia de enfermedad], por tanto, también sé si el médico está abusando de los psicofármacos. Yo soy consciente de mi enfermedad, pero también soy consciente de si hay una injusticia sanitaria.

Como Antoni, otros usuarios expresan que la conciencia de enfermedad se utiliza como un mantra por parte de profesionales y familiares para justificar las prácticas coercitivas y para desatender otros aspectos de sus vidas que les producen sufrimiento. También para recordarles su condición de enfermos, generando lo que podemos definir como el efecto del “paciente total” o percepción de los usuarios como una categoría diagnóstica más que como una persona. Como indica Joan: “Se piensa que cuando una persona tiene un trastorno, tiene un trastorno permanentemente. No; una persona que tiene esquizofrenia paranoide no está oyendo voces todos los días”. Esta reducción del sujeto a la enfermedad es el motivo, según los afectados, de que profesionales y familiares no sean realmente conscientes del intenso sufrimiento que vivencian las personas con diagnóstico.

NARRATIVAS CLÍNICAS

Los profesionales entienden que es difícil que un paciente, en especial si es joven, pueda asumir acríticamente que sufre de un trastorno mental, el cual requerirá de un uso de medicación continuado y afectará diferentes esferas de su mundo vital, como el acceso a un empleo y las relaciones afectivo-sexuales. Sin embargo, consideran que la “conciencia de enfermedad” es la piedra maestra del éxito del tratamiento. Algunos son conscientes de que el foco en el trastorno los puede llevar a desatender otras formas de sufrimiento adyacentes (hospitalizaciones, efectos adversos de la medicación, problemas derivados de la estigmatización, etc.) y a esperar la adherencia al tratamiento de forma acrítica. Sin embargo, uno de los psiquiatras afín al modelo de diálogo abierto indicó que en el concepto de “conciencia de enfermedad” el problema es que los usuarios se identifiquen en exceso con su condición de enfermos. Otra psiquiatra aludió a la conciencia de sufrimiento para mostrar la disonancia entre las visiones experta y profana. Una tercera profesional, una trabajadora social, criticó el carácter negativo de los mensajes asociados a la conciencia de enfermedad, como es la idea de que se precise de un tratamiento

de por vida. No obstante, la tendencia general fue enfatizar la necesidad de *insight* por parte del paciente e incluso asociar la denuncia de los efectos adversos de la medicación por parte de los afectados con la negación de su enfermedad, como Magdalena que nos dice: “Yo no creo que la mayoría de los pacientes no quieran tomarse la medicación por los efectos secundarios, porque muchas veces ni siquiera han empezado, o acaban de empezar y no les ha producido un efecto secundario. Yo creo que más bien es una manera de hacer negación de la enfermedad”. Para la mayoría de los profesionales la conciencia de enfermedad fue sinónimo de cumplimiento del tratamiento.

NARRATIVAS DE CUIDADOS

Para los familiares, la ausencia de conciencia de enfermedad es un riesgo para la coexistencia familiar y una fuente de conflictos interpersonales. El papel de las cuidadoras, en general, es de control del cumplimiento de la medicación; una tarea vivida como un mal menor para asegurar la convivencia, sobre todo tras las primeras crisis. Para las familias, que el paciente acepte “su enfermedad significa que acepte también la medicación”, en todos sus términos, porque dejarla es sinónimo de recaída y las crisis son vividas de forma traumática, ya que han conllevado tentativas de suicidio, conductas disruptivas y en un caso incluso agresión sexual. El tiempo se convierte para ellos en un aliado para que el usuario desista de la posición de “rebeldía” y “negación”, y acepte que sufre una enfermedad que requiere de adherencia al tratamiento, pero asimismo de autocontrol y autocuidado, ya sea asistir a las reuniones y las visitas médicas, no tomar alcohol y otras drogas o ser estricto en sus hábitos diarios (limpieza, higiene, sueño). Consideran que además de la propia enfermedad, los efectos adversos y el estigma son los factores que dificultan que los afectados sean conscientes de su trastorno. Únicamente dos participantes, los más activistas, fueron discrepantes con el resto de los cuidadores apelando a los riesgos para la salud de la medicación antipsicótica y al uso de la “conciencia de enfermedad” como una excusa para sobremedicar a los usuarios. También fueron muy críticos con el papel del cuidador cuando este se convierte en “el brazo alargado y controlador del psiquiatra”.

¿TRATO O TRATAMIENTO?

Los problemas de comunicación son un claro desafío para los tres grupos de participantes. Ahora bien, de nuevo se producen desentendimientos que pueden condensarse en las diferentes connotaciones de las palabras “trato” y “tratamiento” (Leal Rubio, 2018), donde el primero implica ser reconocido como sujeto de un acuerdo y el segundo,

manejo o gestión de un problema o enfermedad. “Trato” presupone una relación intersubjetiva y una negociación; también una ética de cuidados (Leal Rubio, 2018). “Tratamiento”, en cambio, es aplicable principalmente a la acción de un sujeto en un objeto (en este caso un trastorno) y connota verticalidad. En síntesis, podemos decir que los usuarios esperan ser objeto de un trato, un buen trato, que sea sensible a sus problemas más allá de su condición de personas que sufren un trastorno, que les permita un mayor margen de negociación y que reconozca sus derechos y sus demandas. Por su parte, los profesionales ponen un mayor acento en los tratamientos médicos y psicoterapéuticos y tienden a minusvalorar las dimensiones informales de la coerción en el ámbito clínico. Por último, y salvo algunas excepciones, los familiares justifican la coerción como un medio para conseguir la obediencia de los usuarios y salvaguardar la coexistencia en la arena doméstica.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN

Los afectados reconocen que, en los momentos de crisis, la comunicación clínica puede verse mermada, pero también insisten en que, incluso en estas situaciones, las respuestas no deberían ser las medidas coercitivas y las dosis altas de medicación, sino el diálogo para aceptar la propia enfermedad y las dosis bajas para mantener su capacidad de negociación. Según sus palabras, el “buen trato” puede definirse a partir de la proximidad, la empatía, el diálogo, la negociación, el sentirse escuchados en cuanto a sus necesidades vitales y a su experiencia en primera persona; asimismo, en relación con disponer de una información pausada y atenta sobre su enfermedad y los efectos de la medicación, en particular cuando hay polimedicación o cuando cambian las pautas médicas. No obstante, frente a esta tendencia general, once usuarios informaron que prefieren no tener información sobre los efectos adversos de los psicofármacos ni leen habitualmente los prospectos de los medicamentos, entre otras razones porque eligen olvidar su experiencia de enfermedad y evitar la autosugestión sobre los posibles secundarismos.

En líneas generales, los pacientes afirman ser conscientes de que la falta de información por parte de los profesionales responde al miedo de estos últimos a la discontinuación del tratamiento. No obstante, echan en falta una comunicación que tome como base la continuidad de cuidados y el acompañamiento en lugar del control, la vigilancia, la desconfianza, la burocratización de los procedimientos y las relaciones jerárquicas. En este sentido, valoran muy positivamente la relación con los enfermeros y con los profesionales que participan en los programas de apoyo individualizado por conformar a lo largo del

tiempo un vínculo afectivo y de confianza. Uno de los afectados indicó que difícilmente puede confiar en su psiquiatra si este no confía en él. También algunos se preguntaron hasta qué punto el psiquiatra se toma en serio lo que ellos dicen, pues es posible que anticipe que sus demandas son una distorsión producida por la enfermedad. La mayoría son críticos con la falta de recursos en la atención que observan como una limitación, pero no la única ni la más decisiva en el ejercicio de sus derechos. Alberto, uno de los usuarios, lo expresa en estos términos: “Hemos desarrollado una estrategia de supervivencia. Cuando entro por la puerta [de la consulta], puedo distinguir perfectamente si el profesional está viendo una enfermedad o una persona”. Este testimonio se nos antoja un excelente ejemplo de la distinción, para las personas afectadas, entre un vínculo basado en el “buen trato”, que no es otra cosa que el reconocimiento del otro como un individuo con agencia, y una relación centrada en el tratamiento del trastorno como una entidad mórbida incorpórea y despersonalizada.

NARRATIVAS CLÍNICAS

Los profesionales justifican la falta de provisión de información a los pacientes por el riesgo de discontinuación de la medicación y por ser una práctica generalizada en el ámbito sanitario, incluyendo la atención primaria. Como indica uno de los profesionales: “Inconscientemente todos tenemos miedo de que los pacientes abandonen el tratamiento”. Esto conduce a la contradicción de, por un lado, posicionarse verbalmente a favor de la información esclarecida y el reconocimiento de los derechos de los pacientes y, por otro, no informar, hacerlo de manera parcial o adoptar una lógica de hechos consumados que los propios profesionales definen de forma autocrítica como una actitud paternalista. Esto no significa que no sean conscientes de las necesidades y expectativas de los pacientes, sino que se sienten sin recursos en el contexto de una demanda de atención *in crescendo* que dificulta la continuidad y el seguimiento. Asumir una posición basada en la negociación y el diálogo es percibida como una mejora de la práctica clínica y, a la vez, como una carga, incluso en profesionales altamente motivados que observan que los tratamientos médicos, psicoterapéuticos y de cuidados pueden requerir de grandes esfuerzos sin una contrapartida clara en los resultados clínicos.

Los profesionales valoran de forma positiva los modelos de comunicación más horizontales y colaborativos, a pesar de que conllevan más incertidumbre y les impone, como indica un enfermero, “ser más líquidos” y versátiles ante situaciones que con frecuencia son cambiantes. Aluden a la falta de profesionales como uno de los hándicaps fundamentales para la adopción de modelos de comunicación dialó-

gicos, y las soluciones de mejora las conforman en torno al trabajo en equipo, el apoyo a las familias y el fortalecimiento de la confianza y el vínculo con los afectados. Un psiquiatra afirmó que el sistema de tratamiento actual es erróneo porque se basa más en la intervención que en el acompañamiento y que la adopción del modelo de diálogo abierto en su centro había cambiado su vida profesional. Otra psiquiatra aludió a la necesidad de humanizar las prácticas, pues al final son las más efectivas. Varios profesionales comentaron que haber participado en este estudio los había ayudado a cambiar sus prácticas y apelaron a la necesidad de espacios grupales de reflexión, tanto a nivel del equipo clínico como mixtos con usuarios y familiares, que fomenten las decisiones compartidas.

NARRATIVAS DE CUIDADO

Cuando un paciente entra en crisis pone en jaque a toda la unidad doméstica —que también entra en crisis—, hasta el punto de que los familiares se sienten desamparados ante la falta de información y de apoyo, especialmente en su debut en el itinerario de cuidados. Como indica Luisa, una de las participantes: “La familia está muy perdida. ¡Es un drama tan grande!”. Otro de los cuidadores, Pau, resume su incertidumbre aduciendo que cuidar a una persona que sufre de esquizofrenia es como “tratar algo que no se entiende como si se entendiese”. Ante esta situación, a los familiares les resulta incomprensible que se limite su acceso a la información sobre los usuarios debido al derecho del paciente a la confidencialidad. En esta línea, Jacinta, ante su frustración por no recibir información clínica sobre el estado de su hijo, nos dice: “¿Cómo va a ser decisión del paciente darse cuenta de algo? ¡Si no tienen conciencia de enfermedad...! Que alguien me lo explique por favor. Esto es una pelea que tengo y que algún día la resolveré; espero”.

En general, los familiares detallan un proceso tortuoso que puede desembocar en modelos coercitivos, como la vigilancia estricta del cumplimiento de la medicación, la limitación de la autonomía del usuario, el ingreso hospitalario, la ocultación de la medicación en la comida, las denuncias a la policía, las amenazas de expulsión fuera del hogar o la solicitud de una incapacitación jurídica si los pacientes no cumplen las pautas. Como indica Lucas: “Lo desheredo; eso es automático. Si me dice que deja (la medicación)”; o Manuela, recordando una conversación con su hijo: “Si tú decides no tomarte la pastilla te marchas de mi casa, porque yo no quiero volver a pasar por lo mismo”.

Trece de los cuidadores manifestaron posiciones coercitivas a lo largo de su itinerario de cuidados. La razón más argumentada fue que

cuando los pacientes están en crisis la negociación no es posible ni eficaz por ausencia de conciencia de enfermedad. No obstante, emergen modelos alternativos de comunicación basados en el diálogo, por lo menos de forma substancial en tres de los familiares. De hecho, dos de ellos se mostraron de manera manifiesta partidarios de formas de cuidados que no sofoquen la autonomía de los pacientes, sino que la potencien.

CONCLUSIONES

Las narrativas de los diferentes participantes en este estudio nos presentan tres disonancias que ensombrecen el reto de una gestión colaborativa de la medicación: 1) la desigual atribución del malestar o bien a los síntomas del trastorno o bien a los efectos adversos de la medicación, dos realidades a menudo indistinguibles; 2) la diferente percepción de la conciencia de enfermedad/sufrimiento entre los actores involucrados, y 3) la dicotomía trato/tratamiento en los modelos de comunicación y las relaciones intersubjetivas. En este juego de desencuentros se revela el desconcierto que genera una medicación sin cura y un sujeto estigmatizado (Jenkins y Carpenter-Song, 2008); asimismo, las tensiones e incertidumbres que erosionan la autonomía de los afectados y el ejercicio de sus derechos.

En su etnografía sobre la clínica de la Clozapina en Estados Unidos, Jenkins (2015) ha definido el desconcierto que acompaña a la esquizofrenia y a los estados psicóticos afirmando que la experiencia de este tipo de “condiciones extraordinarias” puede ser tan incommunicable e incomprensible para los afectados como para los no afectados. Esta aseveración es congruente con nuestros datos. Uno de los familiares de nuestro estudio indicaba que es como tratar algo que no se entiende como si se entendiese. Por su parte, una persona diagnosticada afirmaba que no podemos comprender con un código racional una experiencia que está escrita en un lenguaje emocional. En ambos testimonios, como en otros recabados, se delinea un problema de indeterminación sobre la medicación, la enfermedad y la propia persona del paciente que dibuja un escenario de anticipaciones, sospechas y desconfianzas cruzadas. Este contexto allana el camino de las prácticas coercitivas.

Como han indicado Verbeke y otros autores (2019), la coerción se enmarca en un contexto intersubjetivo y supone un proceso de desobjetivación del afectado, entendido este como la negación de su subjetividad más allá de la condición de paciente. Precisamente, gran parte de las reivindicaciones de los afectados de nuestro estudio se orienta en esa dirección. Destacan una falla en que los reconozcan como individuos con capacidad de autonomía y agencia, ya sea en sus

decisiones sobre la medicación o en el amplio espectro de sus vidas, pues los conflictos asociados con los psicofármacos acaban siendo una sinécdoque de sus existencias.

La coerción se expresa en interacciones que pueden ser claramente manifiestas, como la hospitalización o la inclusión de la medicación en la comida sin la aquiescencia del afectado, pero también más sutiles, como no informar al paciente de los efectos adversos de la medicación y de sus derechos o la minusvaloración de la voz del paciente en la toma de decisiones. Estas expresiones pueden ser en apariencia banales o de importancia, pero en cualquier caso adquieren un efecto acumulativo que erosiona la propia persona. Las percepciones de los familiares sobre los afectados como un “vegetal”, un “mueble” o simplemente una persona sin conciencia de su enfermedad y, por tanto, poco confiable, dudosa y sin autonomía, es una expresión de esta coerción estructural que también se presenta en algunos comportamientos de los profesionales, como la medicalización y la reducción de las experiencias de aflicción a nosologías incorpóreas. Esta desubjetivación es, precisamente, la que rebaten los afectados oponiendo el trato al tratamiento. Mientras el primero es la esperanza de su reconocimiento como sujetos, el segundo puede desembocar en una coerción basada en la idea de un “paciente total” que necesitará de una “terapia total” (Correa-Urquiza 2010 y 2018; Martínez-Hernández, 2009 y 2018; Alegre-Agís, 2017).

Inspirándonos en el clásico concepto de “institución total”, popularizado por Goffman (2001) para definir aquellos lugares que absorben el conjunto de comportamientos de los sujetos que viven juntos en una institución, como los manicomios previos a la reforma psiquiátrica, aquí proponemos la idea de “paciente total” para expresar la reducción del sujeto a su condición de enfermo, de tal manera que esta identidad absorbe la totalidad de la vida del afectado. En este sentido, se puede entender en una relación de sinonimia con otras nociones como la de “deshumanización” de Kontio *et al.* (2012) o la ya aludida de “desubjetivación” de Verbeke *et al.* (2019). El “paciente total” es asimismo la percepción del sujeto dañado como una isla psicopatológica que requerirá de una “terapia total”. Es la trampa de que, si todo encierra una función terapéutica en su mundo cotidiano, siempre estará ubicado en la condición de usuario o paciente, cercenando otros escenarios de subjetivación, otros asideros para sujetarse al mundo, otras identidades sociales. Los fenómenos de “paciente total” y “terapia total” claramente limitan la posibilidad del diálogo y facilitan el énfasis en la gestión sobre la narrativa, la nosología sobre la experiencia, la identificación burocrática sobre la identidad vivida, el tratamiento biomédico sobre las necesidades humanas.

Las prácticas basadas en las figuras del “paciente total” y la “terapia total” afectan también al modo en que los profesionales son percibidos por los afectados. Como ya vimos, uno de ellos decía que había desarrollado una estrategia de supervivencia basada en discernir si el profesional estaba ante una persona o simplemente ante una enfermedad. La noción de estrategia puede entenderse aquí como una anticipación defensiva ante la posibilidad de su desobjetivación. Ahora bien, además incluye un horizonte posible de consideración del profesional como un otro con quien es posible un espacio de reconocimiento mutuo. Esta es una actitud que, a pesar de las acciones coercitivas, está también presente entre los familiares, quienes se sienten desvalidos y, a la vez, ávidos de espacios donde puedan proyectar la angustia y el desgaste cotidianos en forma de colaboración, interacción con los profesionales y responsabilidades compartidas con los usuarios.

Los resultados de nuestro estudio son coherentes con otros previos, como el de Elmer *et al.* (2017) que indica que los profesionales tienden a minusvalorar la coerción informal. No obstante, al mismo tiempo, emerge en el ámbito clínico un interés en humanizar la atención mediante el refuerzo de la empatía, el vínculo con el paciente y las decisiones compartidas. Muchos de los profesionales también se sienten desobjetivados ante un escenario de fuerte presión asistencial y de escasez de recursos, que los convierte en dispensadores de diagnósticos y tratamientos. Parte de esta falta de recursos es asimismo ideológica, pues tiene que ver con la preeminencia en las políticas del sistema catalán de salud de la gestión y los tratamientos en detrimento del fortalecimiento de las relaciones intersubjetivas con pacientes y familiares. Así, un modelo burocratizado que toma como base la desconfianza en el profesional y la productividad entendida en términos de diagnósticos y tratamientos se torna inoperante para el desarrollo de un modelo real de salud mental comunitaria o colectiva. Su foco son los trastornos, no las personas, por mucho que retóricamente se indique lo contrario en los planes y discursos programáticos. Este constreñimiento es estructural y conduce a que los profesionales se vean limitados a la hora de pensar estrategias para promover un modelo comunitario en salud mental como podría ser la gestión colaborativa de la medicación.

Verbeke *et al.* (2019: 95) han indicado que si queremos reducir las prácticas coercitivas en los espacios de salud mental, no podemos limitarnos a implementar técnicas específicas, sino que debemos redefinir la dinámica de poder más amplia que genera este tipo de prácticas. Nuestra perspectiva se orienta en la misma dirección. La coerción difícilmente va a disminuir con recetas técnicas descontextualizadas de las políticas y los contextos institucionales; más bien pueden

convertirse en nuevos mecanismos de dominación y desobjetivación que, mientras ocultan, señalan un problema estructural que solo puede resolverse con un cambio profundo en la cultura asistencial. Un primer paso, como han señalado Rodríguez del Barrio *et al.* (2014), sería evaluar los servicios y las políticas públicas por su capacidad para proporcionar a los usuarios los medios para ejercer sus derechos y para su participación activa, y no solo por la dispensación de tratamientos médicos y psicoterapéuticos. Esto sería reconocer el “buen trato” como la base de cualquier “buen tratamiento”.

Los resultados de este estudio deben considerarse con cautela debido a sus limitaciones. La más importante es que, a pesar de nuestros esfuerzos en expandir nuestra muestra a diferentes pacientes, familiares y profesionales en Cataluña, la mayor parte de la investigación se llevó a cabo en dos servicios específicos del área metropolitana de Barcelona que mostraron un fuerte compromiso en repensar sus modelos de gestión de la medicación y de comunicación clínica. Esta era una condición sine qua non, ya que nuestra investigación era subsidiaria de una intervención posterior en dos fases: 1) formular una guía de GCM adaptada al contexto catalán con los diferentes actores involucrados y 2) la implementación de esta iniciativa a través de un proyecto piloto en los servicios mencionados. Dados estos condicionantes, es previsible que los desentendimientos y desencuentros puedan ser de mayor relevancia en otros servicios de la red catalana de salud mental. Por otro lado, y en cuanto a las posibles fortalezas del proyecto, vale la pena mencionar que la mera realización de esta investigación ya ha generado cambios en los servicios mencionados, movilizándolo a pacientes, cuidadores y profesionales de la salud mental para repensar sus prácticas y relaciones. Probablemente aquí radica la sutil capacidad de la investigación etnográfica para comprender la realidad social y, a la vez, transformarla.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se ha desarrollado en el marco del proyecto *La Gestió Col·laborativa de la Medicació: un projecte de recerca i acció participativa en salut mental* (2017-2020) financiado por el programa RecerCaixa (RecerCaixa LCF / PR / RC16 / 10100012). Queremos agradecer a todos los informantes por su generoso apoyo, sus comentarios y sus críticas, así como también a las instituciones participantes por su inquebrantable compromiso, especialmente a los Centros de Salud Mental de Adultos Nou Barris y Badalona 2, a la Federació de Salut Mental de Catalunya, a la Fundació Congrés Català de Salut Mental, a la Asociación Sociocultural Radio Nikosia, a la Cooperativa Aixec y a La Muralla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alegre-Agís, E. (2017). Internados en casa: del manicomio a la “institución doméstica total”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 63-78.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N. C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C. y Gorman, J. M. (1994). Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(10), 826-836.
- Bola, J. R. y Mosher, L. R. (2002). At Issue: Predicting Drug-free Treatment Response in Acute Psychosis from the Soteria Project. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 559-575. <https://doi.org/10.1093/oxford-journals.schbul.a006964>.
- (2003). Treatment of Acute Psychosis without Neuroleptics: Two-year Outcomes from the Soteria Project. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 191, 219-229. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000061148.84257.F9>.
- Bola, J. R., Lehtinen, K., Aaltonen, J., Rakkolainen, V., Syvalahti, E. y Lehtinen, V. (2006). Predicting Medication-free Treatment Response in Acute Psychosis: Cross-validation from the Finnish Need-Adapted Project. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 194, 732-739. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243080.90255.88>.
- Correa-Urquiza, M. (2010). *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. (Tesis de doctorado). Facultat de Lletres, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 567-585.
- Elmer, T., Rabenschlag, F., Schori, D., Zuaboni, G., Kozel, B. y Jaeger, S. (2017). Informal Coercion as a Neglected Form of Communication in Psychiatry Settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262, 400-406. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014>.
- Estroff, S. E. (1985). *Making it Crazy: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Inchauspe, J. A. y Valverde, M. A. (2017). *El uso de antipsicóticos en la psicosis. Alcance, limitaciones y alternativas*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Cuadernos Técnicos, 18).

- Jenkins, J. H. (2015). *Extraordinary Conditions: Culture and Experience in Mental Illness*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- Jenkins, J. H. y Carpenter-Song, E. A. (2008). Stigma Despite Recovery. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), 381-409. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2008.00038.x>.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holi, M. y Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patient's Experiences and Practical Suggestions on how to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>.
- Leal Rubio, J. (2018). Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 587-606.
- Martínez-Hernández, Á. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1).
- (2018). Offstage: Madness, the Ob-scene, and Common Sense. En N. Nissen y M. B. Risor (eds.). *Diagnostic Fluidity: Working with Uncertainty and Mutability* (pp. 197-211). Tarragona: Publicacion de la Universitat Rovira i Virgili.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de investigaciones*, 21, 217-224.
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. de L., Dos Santos, D. V. D., Stefanello, S., Lamas, L. G. M., De Andrade, P. M. y Borges, L. R. (2013). Autonomous Medication Management: An Analytical Intervention in Mental Health Care Services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2889-2898.
- Rhodes, L. A. (1984). "This Will Clear Your Mind": The Use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(1), 49-70.
- Rodríguez del Barrio, L. y Poirel, M. L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2), 111-127.
- Rodríguez del Barrio, L., Cyr, C., Benisty, L. y Richard, P. (2013). Gaining Autonomy and Medication Management (GAM): New Perspectives on Well-being, Quality of Life and Psychiatric Me-

- dication. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2879-2887. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000012>.
- Rodriguez del Barrio, L., Onocko Campos, R., Stefanello, S., Vianna Dantas dos Santos, D., Cyr, C., Benisty, L. y De Carvalho Otanari, T. (2014). Human Rights and the Use of Psychiatric Medication. *Journal of Public Mental Health*, 13, 179-188.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. y Lehtinen, K. (2006). Five-year Experience of First-episode Non-affective Psychosis in Open-dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-up Outcomes, and Two Case Studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214-228.
- Serrano-Miguel, M. (2018). Del exilio a la ciudadanía. Experiencias dialógicas en el marco de la Salud Mental Colectiva. Facultat de Lletres, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. Recuperado de: <https://www.tdx.cat/handle/10803/665933#page=1>.
- Serrano-Miguel, M., Silveira, M. y Palombini, A. L. (2016). La Guía de Gestión Autónoma de la Medicación: una experiencia brasileña de participación social en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(129), 157-170.
- Stralin, P., Skott, M. y Cullberg, J. (2019). Early Recovery and Employment Outcome 13 years after First Episode Psychosis. *Psychiatry Research*, 271, 374-380. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.013>.
- Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Majak, M., Mehtala, J., Hoti, F., Jedenius, E., Enkusson, D., Leval, A., Sermon, J., Tanskanen, A. y Taipale, H. (2017). Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*, 74, 686-693. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.1322>
- Verbeke, E., Vanheule, S., Cauwe, J., Truijens, F. y Froyen, B. (2019). Coercion and Power in Psychiatry: A Qualitative Study with Ex-patients. *Social Science and Medicine*, 23, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.031>.
- VERBI Software. (2017). *MAXQDA 2018* [Computer software].
- Weisser, J., Morrow, M. y Jamer, B. (2011). *A Critical Exploration of Social Inequities in the Mental Health Recovery Literature*. Vancouver, BC: Centre for the Study of Gender, Social Inequities and Mental Health (CGSM). <http://www.socialinequities.ca>

Francisco Ortega

NEGOCIACIÓN PRAGMÁTICA DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS: EL CASO DEL AUTISMO EN BRASIL

EL AUTISMO Y LA SALUD MENTAL GLOBAL

En los últimos años, el autismo se ha convertido en una importante prioridad de salud mental global. En 2008, la organización Autism Speaks lanzó la Iniciativa Global de Salud Pública para el Autismo (Global Autism Public Health Initiative [GAPH]) para facilitar el desarrollo de soluciones sistemáticas y sostenibles para aumentar la concienciación, investigación, formación y asistencia para los trastornos del espectro autista (TEA) en todo el mundo. Según la GAPH, la Carga Global de Enfermedad (CGE) atribuida a los TEA es mayor que la atribuida a varias otras condiciones, como el trastorno del déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la discapacidad intelectual.¹

1 Términos como “carga global de enfermedad” (CGE) o “años de vida ajustados por discapacidad” (DALYs, por su sigla en inglés), presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la década de 1990, y que aún están en uso, fueron blancos de duras críticas por parte de una gama de disciplinas, de la economía y la antropología, a la salud global y los estudios de la discapacidad. Desde un punto de vista económico, DALYs y CGE no considerarían los diferenciales en la disponibilidad de recursos. Dado que la CGE y los DALYs se basan en medidas de países ricos, el diferencial existente entre estas poblaciones y las de países en desarrollo mide tanto la carga de enfermedad como el subdesarrollo. La crítica más fuerte proviene de académicos y activistas de los estudios de la discapacidad, quienes argumentan que esas medidas desvalorizan la vida de los individuos discapacitados y alegan que

Específicamente en países en desarrollo, los individuos con autismo y sus familias son más vulnerables debido a la pobreza, la desnutrición, la violencia, el estigma y la carencia de servicios (Rosanoff, Daniels y Shih, 2015). Aunque los investigadores estiman una prevalencia global de los TEA de aproximadamente el 1% de la población, estas condiciones no se diagnostican, y los individuos que las sufren se quedan sin tratamiento en muchas partes del mundo. La pericia y los tratamientos limitados son un desafío para el diagnóstico precoz y la intervención para los TEA (Wallace *et al.*, 2012). Por lo tanto, la agenda de la salud mental global para los TEA busca generar evidencias transnacionales sobre prevalencia, servicios, tratamientos y recursos humanos. Además, los investigadores vinculados a este movimiento alegan que el desafío global del autismo implica el desarrollo de instrumentos diagnósticos comparables y adecuados culturalmente, así como “paquetes de cuidados” (*care packages*) accesibles para ser utilizados por agentes comunitarios de salud (Khan *et al.*, 2012).

Las iniciativas de la salud mental global para el autismo reconocen enfoques alternativos, basados en la comunidad y sensibles en el nivel cultural de países con ingresos bajos y medios (LMIC, por su sigla en inglés), y rechazan enfoques “uniformizados” para las intervenciones e investigaciones relacionadas con los TEA. Sin embargo, un editorial de la revista *Autism Research* sobre autismo y los grandes desafíos de la salud mental global es cauteloso en cuanto a los “enfoques ya descartados por la investigación” (Khan *et al.*, 2012), como el psicoanálisis, que aún se utilizan en varios países, incluido Brasil. Vemos que existe una tensión importante entre, por una parte, la necesidad de enfoques para los TEA que sean sensibles culturalmente y basados en la comunidad, y, por otra, el rechazo de estos cuando no logran seguir los patrones de las intervenciones y prácticas basadas en evidencias. En algunos países como Brasil, el psicoanálisis es una metodología muy utilizada para tratar los TEA en servicios comunitarios de salud mental. Además, como señalaron varios críticos, a pesar de que la salud mental global alega que sus propuestas son “basadas en evidencias”, “la mayoría de ellas es muy especulativa, y limitando a veces con lo que los propios psiquiatras llaman ‘pensamiento mágico’” (Ingleby, 2014: 222). Los críticos también argumentan que discursos y prácticas de la salud mental global exageran los beneficios de las intervenciones, fomentando por lo tanto los intereses de la industria farmacéutica.

debería darse el mismo valor a sus vidas que a la de los que no tienen discapacidad (Anand y Hanson, 1997; Becker *et al.*, 2013; Parks, 2014; Wikler, 2010).

Estas tensiones relacionadas con los enfoques culturalmente sensibles a los TEA y las alegaciones de salud mental global para “ampliar” (*scale up*) y generalizar esas intervenciones han reverberado también en Brasil. Este capítulo examina cómo diferentes ideas sobre las prácticas y teorías del autismo, las políticas relacionadas con el trastorno y las opciones de tratamiento ofrecen perspectivas claras sobre la manera en que las cuestiones y controversias globales relacionadas con los TEA toman forma local. Las polémicas se dan a través de espacios y epistemologías globales y locales. A pesar de que local y global son a menudo conceptualizados como esferas distintas, ir más allá de la polarización global/local ha resultado en una rica teorización en la antropología, como queda ilustrado en las nociones de “glocalidad” (*glocality*) de Escobar (2001), de “fricción” (*friction*) de Tsing (2005) y la de Ong de “ensamblajes globales” (*global assemblages*) (Collier y Ong, 2005) en cuanto marcos teóricos alternativos. Analizar las controversias en calidad de ensamblajes globales “enfatisa su heterogeneidad y movimiento perpetuo, y delinea sus limitaciones por medio de ‘infraestructuras técnicas, aparatos administrativos, y regímenes de valor’” (Bemme y D’Souza, 2014: 853).

En el presente texto, argumento que las notorias polarizaciones en torno al autismo pueden ocultar negociaciones y espacios importantes que van más allá de ese antagonismo. Examinar los sistemas de atención de salud para individuos que viven con autismo en su contexto histórico y social nos permite ver cómo dicotomías y polarizaciones (global/local, organicismo/antiorganicismo, biológico/relacional, sufrimiento mental/discapacidad) se desafían y superan por medio de la negociación pragmática y la integración de esos dualismos en el trabajo cotidiano de aquellas personas afectadas por el autismo, ya sean los profesionales de los Centros de Atención Psicosocial Infanto-juvenil (CAPSI) —que entienden la condición como una discapacidad “para efectos legales”—, los padres —que negocian categorías etiológicas y que obtienen servicios de múltiples ámbitos dentro del campo de la salud pública—, o los activistas de la neurodiversidad —que defienden formas no individualistas de subjetividad cerebral (aunque el fenómeno de la neurodiversidad sea todavía muy incipiente en Brasil y no posea la articulación sociopolítica necesaria para influenciar políticas de salud y educativas. [Ver Antunes, 2018])—.

AUTISMO COMO “CATEGORÍA PROBLEMÁTICA”

Las controversias relacionadas con la etiología, el tratamiento y las políticas del autismo surgen en parte porque se trata de una categoría psiquiátrica expuesta a la negociación por actores médicos y no médicos. El estatus ontológico del autismo, una “categoría problemáti-

ca” (Rosenberg, 2006), está abierto a discusión. Según la perspectiva adoptada, el autismo es una forma de sufrimiento mental, un trastorno mental, una enfermedad del cerebro, una discapacidad intelectual/relacional, o un modo diferente de ser, que se basa en la diversidad natural del cerebro. Los diferentes acuerdos en torno a la existencia del autismo (y de otras entidades nosológicas) como hechos sociales confiere y retira una cierta cantidad de poder de los individuos afectados por el diagnóstico (Ortega y Choudhury, 2011). El debate sobre la condición se extiende a otras esferas públicas, involucrando activistas (padres y cuidadores de niños autistas), abogados y redes sociales virtuales. El autismo es, en ese sentido, una “enfermedad controvertida” (*contested illness*) (Brown, Morello-Frosch y Zavestoski [eds.], 2011). En ausencia de lesiones o de un origen biológico —y ante la incertidumbre relacionada con la etiología² y la mejor forma de cuidado—, el estatus y los tratamientos permanecen campos abiertos de disputa. Estas condiciones clínicas están inmersas en debates sobre su legitimidad y sobre su estatus médico, social, epistémico y ontológico. Estas querellas generan argumentos legales, categorizaciones administrativas y maniobras legislativas. Los que sufren de esas enfermedades y sus cuidadores, por lo tanto, a menudo se convierten en activistas, movilizando hechos científicos en beneficio de la legitimación de la condición y formando grupos para compartir sus experiencias y luchar por sus derechos (Ortega, Zorzanelli y Rios, 2016; Nunes y Ortega, 2016; Rios, 2017).

2 Psiquiatras, psicólogos y neurocientíficos describen el autismo principalmente como un trastorno neurobiológico. En esta tradición, varias teorías cognitivas fueron propuestas desde finales de la década de 1980, por ejemplo, “coherencia central débil” (Frith y Happé, 1994), “disfunción ejecutiva” (Ozonoff, Pennington y Rogers, 1991), “teoría de la ceguera mental” (Baron-Cohen, 1995) y la teoría neuropsicológica de la “disfunción de las neuronas espejos” (Williams *et al.*, 2001). Lord y Jones (2012: 941) indican que, aunque hay mucha esperanza en relación con los resultados de neuroimagen funcional y estructural “esos enfoques casi nunca producen informaciones a nivel individual, ni tienen patrones aceptables o repetibilidad a través del tiempo o del local [...], y raramente abordan cuestiones sobre la especificidad de los hallazgos con relación al TEA”. Tampoco hay consenso sobre la metodología a ser usada en las intervenciones clínicas (Feinberg y Vacca, 2000; Newschaffer y Curran, 2003). En otras palabras, no obstante la enorme cantidad de investigaciones, aún no hay un biomarcador del autismo que sea convincente, bien reproducido, basado en el cerebro y que tenga utilidad clínica (Anderson, 2015; Singh, 2016; Walsh *et al.*, 2011). Sin embargo, como señala Chloe Silverman (2012: 155), “a pesar de que los investigadores han tenido dificultades para encontrar cambios estructurales localizados, el autismo ha mantenido su identidad como un trastorno genético del cerebro”. Además, pese a la falta de consenso y de la dificultad de encontrar descripciones basadas en el cerebro que expliquen completamente el autismo, los investigadores continúan buscándolas (O’Dell *et al.*, 2016; Singh, 2016).

Las controversias relacionadas con los tratamientos adecuados, la organización de los servicios de salud y la asignación de recursos a menudo se describen como un conflicto entre, por un lado, tratamientos estandarizados basados en evidencias e intervenciones elaboradas en países desarrollados y, por el otro, enfoques alternativos, diseñados localmente en países en desarrollo. Sin embargo, simplificar las cuestiones en debate de esta manera oculta tanto como revela, bloqueando la posibilidad de estructuras alternativas y la complejidad de las condiciones in situ. En los Estados Unidos, por ejemplo, existe un consenso escaso con respecto a los tratamientos adecuados y a las políticas para los TEA. Los profesionales, padres y activistas autistas discrepan no solo en cuanto a las intervenciones adecuadas o a la mejor forma de asignar recursos (en intervenciones biomédicas o en iniciativas de apoyo social, y la cantidad que se debe asignar a cada una de ellas), sino también sobre si el autismo es un trastorno que debe ser tratado y si es posible, curado, o si es una diferencia humana (como sexo o raza) que debe ser respetada (Ortega, 2009; Lima *et al.*, 2018). En Brasil los debates se dan, como veremos a continuación, en torno a nociones de autismo como “discapacidad” o como “sufrimiento mental”, y sus implicaciones en políticas y organización de los servicios de salud.

El presente capítulo constituye una ilustración de cómo las particularidades locales e históricas del país, junto con la práctica cotidiana de los profesionales de salud mental, la vivencia y el activismo de los movimientos de familiares contribuyen para que las ideas abstractas que circulan globalmente sean significativas en contextos particulares. El cumplimiento de estas condiciones implica más que la adaptación de prácticas basadas en evidencias a diferentes realidades locales, pues requiere la producción de “evidencias localmente relevantes” para subvencionar “mejores prácticas y estrategias de intervención” (Kienzler y Locke, 2017: 293), teniendo en cuenta la “experiencia situada contextualmente” (White *et al.*, 2017: 18).

El capítulo se centrará en la negociación pública de la categoría de autismo en Brasil. En primer lugar, examinará las “guerras del autismo” que ocurrieron en el contexto de las políticas y los servicios de salud mental después de la promulgación de la ley 12764/ 2012 (la “ley del autismo”) en diciembre de 2012. Controversias en torno al estatus nosológico del autismo y las políticas de salud mental para el tratamiento de individuos diagnosticados polarizan la comunidad de salud mental brasileña. En un segundo momento, se mostrará cómo las visiones nosológicas opuestas que parecen subyacer a las “guerras del autismo” en el campo de las políticas públicas y de los servicios de salud mental y que, vistas desde lejos, parecen cristalizadas y definitivas no resultan tan irreversibles cuando se examinan a partir de la

experiencia y práctica cotidiana de los profesionales, familiares e individuos afectados por la condición. Cuando conseguimos ir más allá de las dicotomías y polarizaciones, a través de investigaciones históricas y etnográficas, encontramos una actitud pragmática en relación con categorías diagnósticas, posiciones ideológicas, organización de servicios, trabajo cotidiano de profesionales y diversidad de tratamientos, los cuales son negociados por actores médicos y legos dentro y fuera de los servicios de salud. En mi opinión, está disposición para la negociación pragmática observable en las prácticas y vivencias cotidianas de todos los implicados por la categoría del autismo ayuda a sacudir y superar binarismos y polarizaciones integrándolos en las prácticas de familiares, profesionales e individuos diagnosticados con autismo.

LAS “GUERRAS DEL AUTISMO” EN BRASIL

ANTECEDENTES: LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA Y LA CONSTITUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL COMUNITARIO

El sistema público de salud brasileño se organizó a partir de la Constitución de 1988. Esta establece que la salud es un derecho social y que el Estado tiene el deber de proporcionar servicios de salud. Desde la creación del *Sistema Único de Saúde* (SUS) en 1990, ha habido esfuerzos constantes y continuos hacia la cobertura y atención médica universal. El SUS se organiza en la dimensión regional con una red descentralizada de servicios de salud formada por un conjunto complejo de proveedores públicos, privados y filantrópicos, bajo una gestión coordinada en cada nivel de gobierno y con una fuerte participación de la comunidad (Lobato y Burlandy, 2000; Souza, 2002). A pesar de los avances en las últimas dos décadas, existen varios desafíos para consolidar el SUS como un sistema público universal que pueda proporcionar servicios de calidad a toda la población brasileña. Se trata de las dificultades para lograr la cobertura universal y el problema que representa la proliferación de seguros de salud privados entre las clases media y alta; la insuficiencia e inadecuación de la financiación de la asistencia sanitaria; los desafíos relacionados con el modelo de atención médica que fue diseñado para enfermedades agudas y descuida las crónicas; la escasez de los recursos humanos, así como también el reto de la participación social (Biehl, 2005; Biehl *et al.*, 2009; Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006).

Las políticas de salud mental del SUS han sido modeladas por la reforma psiquiátrica brasileña, que a su vez se inspiró en el movimiento italiano de *Psichiatria Democratica*, fundado por Franco Basaglia en Trieste, y el programa de psicoterapia institucional de inspiración lacaniana La Borde en Francia (Barros, 1994; Foot, 2015;

Passos, 2009). En Brasil, una facción de profesionales de salud mental y familiares de pacientes con enfermedades mentales iniciaron un movimiento reformista de las instituciones y practica psiquiátricas a principios de la década de 1970. Los trabajadores de salud mental brasileños, junto con los sindicatos y los políticos de izquierda, promovieron la llamada *luta anti-manicomial*, y criticaron la colaboración del establishment psiquiátrico con la dictadura. Este movimiento se desarrolló en el contexto de la redemocratización del país y la movilización político-social de aquella época (Tenório, 2002; Amarante, 1995; Delgado, 1992).

Siguiendo las pautas establecidas por la Declaración de Caracas en 1990, en las últimas décadas la atención psiquiátrica en Brasil se ha transferido desde un sistema orientado al hospital hacia la atención primaria de salud. En 2001, se aprobó la ley de Reforma Psiquiátrica (ley federal 10216), que garantiza la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención en salud mental (Csillag, 2001). La política brasileña de salud mental se origina a partir de esta ley; fomenta la reducción programada de la admisión en hospitales psiquiátricos durante largos períodos de tiempo, y da impulso a la idea de que la admisión psiquiátrica, cuando sea necesaria, debe realizarse en hospitales generales y debe durar solo cortos lapsos. Además, establece la desinstitutionalización de pacientes que han sido admitidos por largo tiempo en hospitales psiquiátricos y las acciones que favorecen la inserción psicosocial a través del trabajo, la cultura y el ocio (Ministério da Saúde, 2004).

Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son servicios comunitarios de salud mental que brindan atención ambulatoria u hospitalización parcial. El sistema de CAPS constituye la base de la reforma psiquiátrica brasileña y la atención de salud mental debe centralizarse en este nivel. Ellos son responsables del tratamiento de trastornos mentales graves y, si es posible, de evitar las admisiones en hospitales psiquiátricos o en camas psiquiátricas en hospitales generales, así como de articular el vínculo con las unidades de atención primaria para coordinar la atención psiquiátrica en un área de captación definida (Mateus *et al.*, 2008).

El sistema de CAPS se opone a la formulación de políticas de salud mental conforme a trastornos específicos y a la organización de servicios especializados para diferentes diagnósticos. Por lo tanto, la noción de “ciudadano portador de sufrimiento mental” debe reemplazar las diferentes etiquetas psiquiátricas, independientemente de si las personas están rotuladas como esquizofrénicas, autistas o alcohólicas. En los CAPS, escribe el antropólogo Joao Biehl, “las preguntas sobre la verdadera naturaleza de la psicosis y la mejor forma médica

de tratarla se sustituyeron por el problema de cómo el individuo era culturalmente reconocido como psicótico” (Biehl, 2005: 134-135). La acción terapéutica debe seguir la “primacía de lo ético” y promover las experiencias únicas del paciente y su posición como sujeto moral (Goldberg, 1994; Biehl, 2005).

AUTISMO EN LOS CAPS

El autismo es una de las formas de “sufrimiento mental” tratado por los profesionales del equipo multidisciplinario de estos centros. Antes de la reforma psiquiátrica y la creación de la red de CAPS, el destino de muchos niños con autismo era la institucionalización en hospitales psiquiátricos. Hoy en día, esta solo debe utilizarse en casos extremos. Por otro lado, mucho antes de la creación de los CAPS (Ministerio de Saúde, 2002), existían organizaciones de la sociedad civil que proporcionaban servicios e información a los padres sobre el autismo y las discapacidades intelectuales en general. Estas organizaciones van desde instituciones filantrópicas hasta grupos de apoyo y activismo de grupos de padres. Ofrecen una gama de servicios, que incluyen información y soporte para padres, servicios médicos y educativos (Block y Cavalcante, 2014; Cavalcante, 2003).

Los CAPS se diferencian por la clientela atendida; tienen una modalidad especializada en infancia y adolescencia, los llamados CAPSI, y una que atiende específicamente a usuarios de alcohol y drogas, los llamados CAPSad. Los CAPSI son elementos estratégicos de atención de salud mental pública para niños y adolescentes que sufren trastornos mentales persistentes y graves. Están organizados en una red que se extiende más allá del campo de la salud e interactúa con los recursos de la comunidad para promover la inclusión social de niños y adolescentes. El equipo interdisciplinario de los CAPSI también puede contar con la colaboración de las familias, la sociedad, las escuelas y otros sectores. Los diagnósticos se basan en el principio de la *clínica ampliada*, que los concibe como un proceso continuo. Deben realizarse y reevaluarse a lo largo del proceso de evaluación y tratamiento, y los diversos elementos de la estrategia de atención (psicoterapia, rehabilitación, medicación) siempre deben centrarse en la singularidad del niño, su historia, familia, relaciones y vida cotidiana (Couto, 2004 y 2012; Couto, Duarte y Delgado, 2008).

Sin embargo, varias asociaciones de padres están en gran medida en desacuerdo con el principio del CAPS de no modelar los servicios de acuerdo con diagnósticos específicos y exigen servicios especiales para niños autistas con equipos multidisciplinarios. Los padres también quieren que sus opiniones sean consideradas no solo a la hora de definir las intervenciones terapéuticas, sino en términos de su pa-

pel como actores políticos. Las asociaciones de padres han sido tradicionalmente descuidadas en los CAPS (Nunes, 2014). Asimismo, los padres subrayan la necesidad de reconocer la diversidad clínico-teórica en los tratamientos del autismo. A pesar de los alegatos de multidisciplinariedad, varios CAPS —especialmente en el estado de Río de Janeiro— tienen una orientación psicoanalítica y promueven un discurso de autosuficiencia y exclusividad del tratamiento psicoanalítico para niños autistas, en particular centrado en el psicoanálisis de orientación lacaniana. En ese sentido, Lima y sus colaboradores (2014) realizaron grupos focales con trabajadores de cada CAPSI de la región metropolitana de Río de Janeiro, a fin de generar indicadores sobre el tratamiento de los pacientes autistas, los cuales fueron agrupados en cinco ejes temáticos. En cuanto a la categoría “formación de los profesionales y procesos de trabajo”, los autores (Lima *et al.*, 2014: 71) observaron en el discurso de los profesionales la prevalencia del psicoanálisis como referencial teórico más citado, aunque los profesionales también elogiaban la “diversidad de líneas teóricas” y criticaban el “endurecimiento teórico”. Al describir el trabajo realizado en un CAPSI de Río de Janeiro, la psicoanalista Rosemary Pinto escribe confiadamente que “dados sus compromisos éticos, teóricos y metodológicos, el psicoanálisis representa la clínica que creemos que es la mejor para trabajar con pacientes tan severos en los CAPSI. Creer que se deben abordar los *impasses* desde la clínica ya constituye un paso adelante, y creer que la clínica adecuada sea la clínica psicoanalítica parece ser un paso clave en el CAPSI” (Pinto, 2005: 22).

AUTISMO COMO DISCAPACIDAD

En Brasil, el autismo se ha clasificado históricamente como un trastorno mental, y, de manera reciente, ha sido incluido en la categoría de “discapacidad”. En los últimos años, un movimiento de familias y activistas, con el apoyo y la colaboración de especialistas, ha buscado ampliar las definiciones de políticas de discapacidad para proporcionar a los autistas los derechos civiles y las protecciones existentes para los grupos de discapacitados (Block y Cavalcante, 2014). Por otra parte, en la década de 1980, se han formado varias organizaciones de defensa de padres. La Associação dos Amigos do Autista (AMA) fue la primera en establecerse en San Pablo. El final del régimen militar fue contemporáneo del proceso de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos y la falta de servicios comunitarios efectivos para acomodar a esos pacientes provocó la crítica de los familiares. La misión de la AMA fue compensar la falta de servicios comunitarios para niños autistas. A comienzos del milenio, han surgido varias organizaciones —la Associação Brasileira de Autismo (ABRA), la Associação Brasilei-

ra para Ação por Direitos das Pessoas com Autismo (ABRAÇA), Autismo & Realidade, la Associação em Defesa de Autismo (ADEFA), la Associação de Pais de Autistas e Deficientes Mentais (APADEM) y Mundo Azul, entre otras— para abordar la falta de servicios apropiados para niños y adultos autistas y presionar al gobierno para establecer políticas efectivas para esa población desatendida (Block y Cavalcante, 2014; Cavalcante, 2003; Nunes, 2014; Nunes y Ortega, 2016; Mello, Dias y Andrade, 2013).

La presión ejercida por las asociaciones de padres condujo a la promulgación de la ley que instituye la política nacional de protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en diciembre de 2012 (ley 12764, del 27 de diciembre de 2012, llamada “ley del Autismo”). Antes de eso, en 2008, Brasil había ratificado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El segundo artículo de la ley del autista determina que “[la] persona con trastorno del espectro autista se considera una persona con discapacidad para todos los efectos legales”. La ley otorga asistencia completa para las necesidades de salud de las personas diagnosticadas con TEA, incluido el diagnóstico precoz, la asistencia multiprofesional y el acceso a productos farmacéuticos y nutrientes. Según la ley, los principales derechos de las personas con TEA son los de una vida digna, integridad física y moral, libre desarrollo de la personalidad, seguridad y ocio, protección contra cualquier forma de abuso y opresión, educación, vivienda, trabajo e inclusión social.

Junto con estos eventos que llevaron a la transformación del autismo en una categoría de discapacidad, en los últimos años se han producido varias críticas al tratamiento psicoanalítico del autismo en los servicios de salud públicos brasileños. En septiembre de 2012, el Departamento de Salud del estado de San Pablo abrió una licitación pública para las instituciones que trabajan con autismo. Esta aceptaba exclusivamente psicólogos que trabajaran con terapias conductuales, lo que, de forma implícita, excluía a los psicoanalistas. Unas semanas más tarde, este mismo departamento finalizó su colaboración de largo plazo con el Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), con orientación psicoanalítica, que estaba asociado con la Universidade Federal de São Paulo. El razonamiento fue que los servicios basados en el psicoanálisis no poseen eficacia comprobada. Después de una gran protesta, el centro fue reabierto. Como reacción a lo que fue llamado una “serie de acciones para descalificar los enfoques psicoanalíticos para tratar a las personas con autismo”, más de trescientos miembros de noventa y cinco asociaciones psicoanalíticas, ONG y universidades crearon el Movimento Psicanalise, Autismo e Saúde Pública, cuyo objetivo es “promover y afirmar el lugar de las

prácticas psicoanalíticas y su posición ética delante del panorama actual de las políticas públicas dirigidas al tratamiento de las personas con autismo y sus familias”.³

Después de la promulgación de la ley de Autismo en diciembre de 2012, el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud preparó un documento para consulta pública, la *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde* (Ministério da Saúde, 2013a). Las directrices reconocen todas las concepciones epistemológicas y etiológicas, desde las psicoanalíticas a las cognitivas y neurológicas. Asumen que el proceso de diagnóstico será llevado a cabo por un equipo multidisciplinario comprometido para lograr un *projeto terapêutico singular*, considerando las especificidades y necesidades de cada caso según sus dificultades y potencialidades. Además, el documento presenta varias *tecnologias de cuidado*, desde el tratamiento clínico psicoanalítico y el análisis conductual aplicado (ABA, por su siglas en inglés) hasta la medicación, ya que, como señalan, “no hay un enfoque único para ser privilegiado en el tratamiento de las personas con TEA. Se recomienda que la elección entre los diferentes enfoques existentes se realice conforme la singularidad de cada caso” (Ministério da Saúde, 2013a).

Ese mismo día el Ministerio de Salud también lanzó las *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*, elaboradas por la Secretaría de la Persona con Discapacidad (Ministério da Saúde, 2013b). En este documento, el autismo se define como un trastorno neuropsiquiátrico. El enfoque se centra en el diagnóstico precoz y, aunque se menciona de manera explícita la idea de un proyecto terapéutico individualizado, no se hace referencia a ninguna forma de tratamiento o terapéutica. Los críticos dicen que este documento se centra exclusivamente en la rehabilitación y, por lo tanto, solo promueve las terapias conductuales y rechaza el psicoanálisis. Como consecuencia, la singularidad y subjetividad de las personas con autismo no se tienen en cuenta. Además, concentra el tratamiento de individuos con TEA en centros de rehabilitación especializados con interlocución limitada con otros sectores (en especial, educativos). Por lo tanto, las pautas van en contra del principio de intersectorialidad del SUS —que involucra la colaboración con programas de asistencia social y educación—. Asimismo, el documento no fue sometido a consulta pública. Se esperaba que ambas directrices se presentaran el 2 de abril de 2013 (Día de la Concientización sobre el

3 Disponible en línea: <http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com>.

Autismo), sin embargo, solo el documento elaborado por la Secretaría de la Persona con Discapacidad fue publicado en esa fecha. Esto provocó un enorme alboroto entre los psicoanalistas y otros profesionales de los CAPS. Cristina Ventura, psicoanalista y asesora del Ministerio de Salud, escribe en un foro en línea sobre salud mental:

La maniobra de sustituir un documento [...] disponible para consulta pública por más de un mes y aprobado a través de este mecanismo democrático, por otro documento, elaborado no se sabe cómo y sin estar disponible para consulta pública, es antidemocrática y autoritaria. [...] La reducción de los problemas mentales en niños y adolescentes a la categoría de la discapacidad fue la marca del inicio de la República brasileña, atravesó casi 8 décadas del siglo XX, y las consecuencias nefastas de esa reducción son más que conocidas por todos nosotros (comunicación personal, 4 abril de 2013).

Siguiendo estos desarrollos, el Movimento Psicanalise, Autismo e Saúde de Pública, mencionado anteriormente, lanzó un “Manifiesto” en la I Conferencia Nacional de CAPSI en abril de 2013. La primera frase de este afirma que “[f]rente a los recientes intentos de excluir las prácticas psicoanalíticas de las políticas públicas para tratar a las personas con autismo, los profesionales de salud mental asociados con el Movimento Psicanalise, Autismo e Saúde Pública vienen a público para afirmar sus principios de acción y su posición ética en la asistencia a las personas con autismo y sus familias” (Manifiesto, 2013). Los objetivos del “Manifiesto” incluyen difundir y afirmar el lugar de las prácticas psicoanalíticas y su posición ética en el tratamiento de las personas con TEA y sus familias; apoyar la pluralidad, la diversidad y el debate y metodológico sobre diferentes enfoques para tratar el autismo y los distintos criterios diagnósticos; acompañar y acomodar a las familias de individuos autistas, considerados socios fundamentales en el tratamiento; incluir de forma plena a los niños con autismo en las escuelas regulares con el apoyo de una red interdisciplinaria e intersectorial; y oponerse a la medicalización exagerada de la niñez y la adolescencia.

La lucha se intensificó cuando el Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) presentó en abril de 2014 el decreto reglamentario de la ley 12764, la ley del Autismo, que preveía en su tercer artículo la “calificación y fortalecimiento de la red de atención psicossocial para el tratamiento de personas con trastorno del espectro autista”.⁴ Que los individuos diagnosticados con autismo tuvieran que

4 Disponible en línea: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node/888>.

ser tratados en los CAPS se vió como una traición por varias asociaciones de padres (de hecho, este problema las dividió). Una petición en contra de ese decreto afirma que tratar el autismo en los CAPS representa “lo peor que se puede ofrecer a nuestros hijos”, porque “no es el lugar para nuestros autistas”. Los CAPS se instituyeron para “tratar a personas con trastornos mentales graves, como esquizofrenia y adictos al crack, alcohol, y a drogas lícitas e ilícitas”. Por lo tanto, tratar a los individuos autistas en CAPS representaría un “retroceso de 50 años” en los derechos de las personas con TEA. La petición destaca que los abajo firmantes no “tienen prejuicios”, ni son “segregantes”, ya que “son segregados todos los días”.⁵ Activistas del campo del autismo, como Berenice Piana, quien es madre de un autista y fue quien dio su nombre a la ley 12764, afirman que los CAPS no pueden satisfacer las necesidades específicas de las personas autistas. Según Piana, el trastorno se define como una discapacidad múltiple y compleja, y el tratamiento del autismo, debido a la complejidad de su espectro, requiere terapias específicas y profesionales capacitados y, por lo tanto, no podría realizarse en el mismo espacio de asistencia a los adictos a las drogas y los enfermos mentales. “No es que el autista sea mejor o peor que el enfermo mental, sino que son casos diferentes, con necesidades diferentes”, observa Claudia Moraes, coordinadora del Movimento Orgulho Autista Brasil (MOAB) en Río de Janeiro (citado en Franco, 2014).

La situación constituye una lucha en curso que, lamentablemente, está lejos de resolverse en el futuro inmediato. Los psiquiatras y psicólogos que trabajan en servicios públicos de salud mental tienen toda la razón cuando se oponen a la idea de centros especiales para el tratamiento del autismo que se enfocan casi exclusivamente en terapias conductuales. Se debe tener en cuenta que, como ya vimos, hay una falta de consenso con respecto a la etiología del autismo y las intervenciones clínicas, y por lo tanto tienen sentido el sincretismo terapéutico, la pluralidad propuesta por la *Linha de cuidado para a atenção a pessoas com transtorno do espectro do autismo*, la instrucción de que ningún enfoque individual sea privilegiado en el tratamiento de individuos con TEA y que la singularidad de cada caso debe guiar la elección del tratamiento. Dicho esto, también se debe considerar que, durante muchos años en algunas regiones de Brasil como Río de Janeiro, varios CAPS ofrecieron (y aún ofrecen) de forma casi exclusiva tratamientos psicoanalíticos. La adopción de la multidisciplinariedad y la pluralidad terapéutica es relativamente reciente y, aunque es saludable, se desprende de los cambios men-

5 Disponible en línea: <http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=BR72114>.

cionados en las políticas públicas para la salud mental, no de la convicción de que pluralidad y multidisciplinariedad sean mejor que la exclusividad psicoanalítica.

MOVILIZAR CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS CON FINES PRAGMÁTICOS

Hemos examinado las “guerras del autismo” que ocurren en el contexto de las políticas y los servicios de salud mental en el país. La comunidad de la salud mental brasileña se ha polarizado en torno al estatus nosológico del autismo y a las políticas y los tratamientos adecuados según la posición adoptada por los involucrados en la controversia. Sin embargo, cuando nos aproximamos a las experiencias y prácticas cotidianas de los implicados por la condición (profesionales, familiares, individuos diagnosticados), observamos una actitud pragmática en relación con categorías diagnósticas, etiología, servicios, tratamientos y políticas, que son negociados por diferentes actores —tanto médicos como no médicos— dentro y fuera de los servicios de salud. Esta actitud pragmática sirve para alterar los términos de los debates sobre el autismo, tomando las oposiciones conceptuales y reorganizándolas, cuestionándolas o integrándolas en las prácticas cotidianas de los diferentes actores involucrados: padres, profesionales de salud mental e individuos portadores de autismo.

No obstante, las polarizaciones sobreviven porque son útiles a propósitos sociales, políticos y personales. Definir lo que *es* el autismo —a diferencia de definir lo que no— es frecuentemente un medio de defender la asignación de recursos específicos (y, a veces, un medio de rechazar otros). Hemos visto que existe una disputa sobre el autismo en Brasil en el nivel de los discursos y las políticas públicas de salud mental que pone en polos opuestos dos comprensiones del autismo como *sufrimiento mental* o como *discapacidad*. La primera visión es defendida por la red de salud mental, que resiste al diagnóstico y a servicios específicos para individuos autistas. En cambio, las asociaciones de padres apoyan la perspectiva del autismo como discapacidad, y prefieren servicios centrados en el diagnóstico y tratamientos basados en evidencias, por lo que, como consecuencia, toman una posición contraria al psicoanálisis. El papel altamente influyente del psicoanálisis en la reforma psiquiátrica y en la organización de los servicios de salud mental posreforma es definitivamente una de las razones principales para la desconfianza con respecto a modelos de cuidados comunitarios y antiasilares que con frecuencia se observa en los movimientos de padres de autistas.

Frente a lo que llamaron “intento de descalificación del psicoanálisis como abordaje terapéutico capaz de tratar el autismo” (Smo-

lianinoff, 2013: 1), muchos miembros de la comunidad psicoanalítica brasileña insisten en la retórica de la “guerra” (McGuire, 2016), fortaleciendo aún más un discurso polarizante. De ese modo, Luciano Elia, psicoanalista de orientación lacaniana y profesor de psicología en la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), cree que “solo el psicoanálisis se ha revelado eficaz [...] para hacer avances importantes, en clínica y en investigaciones sobre el autismo” (Elia, 2013). Elia (2013) rotula a los psicólogos conductistas de “pseudocientistas”, quienes tienen éxito entre los “gestores de la derecha tecnocrática, de la internación obligatoria” y entre la clase media, que “vive ansiando por un orden social higienista y fascistoide”. Tomar posiciones explícitamente conflictivas puede, por lo tanto, servir de estímulo a las solicitudes de intervención, además de proteger contra formas de intervención consideradas opresoras.

Sin embargo, las polarizaciones tienen un costo epistémico, emocional, político y económico significativo. En Brasil, las comprensiones antagónicas dificultan las discusiones serias y la cooperación entre profesionales de salud mental y asociaciones de padres; y, lo que es peor aún, hace que se dividan los ya escasos recursos, que se destinan al mismo público, entre dos redes diferentes (de salud mental y de discapacidad) que casi no interactúan.⁶

Como ya se ha señalado, no todas las asociaciones de padres en Brasil se oponen a la atención de niños autistas en los CAPSI. A pesar de los discursos contra el diagnóstico y los servicios específicos, los CAPSI agrupan con fines prácticos a los niños, es decir, de acuerdo con criterios relacionados al “perfil” de estos. Como consecuencia, en la práctica, los profesionales de esos centros acaban organizando las actividades según grupos diagnósticamente homogéneos (Cascio, Costa Andrada, y Bezerra, 2018). En Brasil, los padres y familiares demuestran una actitud pragmática cuando adoptan servicios especializados (una madre menciona la comodidad de tener todos los profesionales en el mismo lugar) o ambos tipos de servicio (de salud mental y de discapacidad) en contextos de extrema vulnerabilidad social. “¿Por qué no ambos?”, pregunta una madre en la etnografía de Costa Andrada (2017: 124) sobre servicios de autismo en Río de Janeiro. Y continúa, “hay tan pocos lugares donde puedo llevar a mi hijo para ser atendido... Usted sabe, en un lugar ellos arreglan una parte de los problemas de mi hijo, y en el otro lugar, cuidan los otros problemas...”

6 Grupos focales con profesionales de CAPSI en Río de Janeiro demostraron que la mayoría de los participantes no conocían los tratamientos ofrecidos en los centros especializados para individuos autistas asociados a la Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (Souza Lima, 2017).

y así va. Cada lugar da cuenta de una parte”. Padres y familiares no parecen preocuparse especialmente sobre si el autismo es un trastorno mental, una enfermedad neurobiológica o una discapacidad. Las concepciones etiológicas y los servicios de salud pública son negociados pragmáticamente de acuerdo con las necesidades específicas.

Los padres también demuestran una actitud pragmática cuando piden a los profesionales de los CAPSI los informes médicos y el diagnóstico para poder recibir el Beneficio de Prestação Continuada (BPC)⁷ y otros similares a los que tienen derecho de acuerdo con la ley del Autismo. “Creo que tenemos que tener cuidado, sí. Hay que hacer otras cosas antes de dar el diagnóstico, pero creo también que el equipo tarda demasiado”, declara un profesional de CAPSI entrevistado por Souza Lima (2017: 94). Y añade:

Los padres hablaron mucho de eso: “Yo entiendo que ustedes no quieran etiquetar, pero el mundo exige la rotulación. Para entrar en una escuela se necesita la CIE.8 Si no lleva la CIE la escuela no acepta al niño”. Entonces los padres necesitan el diagnóstico. No se puede estar allí un año repitiendo la misma canción de que “no queremos etiquetar a su hijo”. Bien, hay que tener cuidado, pero hay que entender también que la escuela está exigiendo esas cosas (Lima, 2014: 94).

Vemos que la aceptación de rótulos con fines pragmáticos no implica ningún compromiso epistemológico, ontológico y/o etiológico con la “verdadera” naturaleza del autismo. Sería provechoso que los profesionales brasileños tuviesen este hecho en mente y reconociesen que los informes y diagnósticos de autismo constituyen un derecho de los padres —sin mencionar que la mayoría de las familias vive en condiciones de extrema vulnerabilidad social, por lo general residen lejos de los CAPSI y disponen de poco o ningún dinero para trasladarse—.

7 El BPC de la Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) es la garantía de un salario mínimo mensual a la persona con discapacidad y al anciano con 65 años o más que comprueben no poseer medios para proveer el propio mantenimiento, ni que su familia los posea. Para tener derecho, es necesario que la renta por persona del grupo familiar sea menor que un cuarto del salario mínimo vigente. Es necesario presentar un informe médico que incluya un diagnóstico de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud para obtener el beneficio en el caso de las personas con discapacidad. Disponible en línea: <https://www.inss.gov.br/beneficios/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc/>.

8 La CIE de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente está en su undécima edición: *CIE-11*.

El informe les permitiría obtener el pase libre para utilizar el transporte público.

La reciente ley del Autismo, fuente de considerable división entre las comunidades brasileñas de autismo, podría ser vista asimismo de modo productivo en este mismo espíritu pragmático. El segundo artículo determina que “la persona con trastorno del espectro autista es considerada persona con discapacidad, *para todos los efectos legales*” (Brasil, 2012. El destacado me pertenece). Para ser preciso, en la ley es esencial que los TEA se consideren una discapacidad, no un trastorno mental, “para todos los efectos legales”. Nuevamente en este caso, no se trata de un compromiso ontológico o epistemológico con la naturaleza real del autismo, pues la ley define la condición de esa forma apenas para “efectos legales”, en el campo de los derechos del individuo portador y sus familiares. O sea que se trata de una comprensión pragmática de la condición como discapacidad, como un modo de “buscar el derecho a la salud en canales alternativos (...) adoptando un discurso global creciente sobre los derechos de los discapacitados para disponer nuevos recursos para la asistencia” (Lima *et al.*, 2018: 33).

Los profesionales de los CAPSI pueden beneficiarse si ellos también adoptasen esta actitud pragmática. De hecho, a veces la siguen —aunque no reverbere en los discursos y las posiciones ontológicas—, como cuando organizan actividades y grupos que se ajustan a los perfiles de habilidad y niveles de desarrollo de los niños. En realidad, algunos profesionales ven con buenos ojos la noción de “discapacidad para efectos legales” para poder obtener la inclusión social y educativa —además de otros beneficios—, como ilustran diversos grupos focales con profesionales de los CAPSI de Río de Janeiro (Souza Lima, 2017). Sin embargo, las posturas ontológicas están muy arraigadas y a veces contribuyen a la persistencia de conflictos incluso entre grupos comprometidos con un enfoque integrativo. Por ejemplo, como demuestra una etnografía reciente con profesionales de salud mental de los CAPSI de Río de Janeiro, incluso los profesionales que no son psicoanalistas se valen de términos del psicoanálisis para describir su trabajo. O, dicho de manera más abierta, algunos profesionales critican el discurso psicoanalítico que culpabiliza a los padres, al mismo tiempo que utilizan ampliamente este discurso para interpretar casos clínicos (Feldman, 2017). Por lo tanto, los enfoques psicoanalíticos siguen prevaleciendo incluso en contextos y entre profesionales comprometidos con el eclecticismo y la integración.

MÁS ALLÁ DEL CISMA ORGANICISMO/ANTIORGANICISMO

El enfoque en los contextos históricos y locales desafía el supuesto de que las ideas acerca del autismo como social/relacional u orgánico/

biológico implican necesariamente políticas públicas específicas y tratamientos de acuerdo con cada visión. Las diferentes perspectivas se movilizan por agendas políticas y clínicas diferentes según contextos sociopolíticos diversos. Los actores adoptan una actitud pragmática en relación con los compromisos ontológicos y epistemológicos; negocian y activan distintas posiciones etiológicas y ontológicas conforme a su utilidad en la lucha por el derecho a la salud y a la ciudadanía.

En Brasil, las asociaciones de padres y familiares defienden una visión organicista del autismo —entendido como un trastorno del cerebro o neurobiológico diagnósticamente específico— que se opone de manera radical a la postura antiorganicista y anti diagnóstica de la reforma psiquiátrica y de los servicios posreforma encarnada en la noción de “ciudadano portador de sufrimiento mental”. En otras palabras, la reforma psiquiátrica surgió como una crítica radical a la visión organicista. Sin embargo, en la actualidad, ciertas visiones organicistas se adoptan con el mismo objetivo de la posición original antiorganicista de la reforma (lo que aparentemente sería contradictorio), es decir, la inclusión social, política y educativa de los individuos con autismo es defendida desde posiciones organicistas y antiorganicistas.

Por otro lado, el movimiento psicoanalítico brasileño critica la reconceptualización del autismo como categoría de discapacidad ya que, según su perspectiva, lo identifica con el “modelo médico de la discapacidad”. Desde este punto de vista, descalifican las políticas de discapacidad como estrategias para reparar, rehabilitar y, consecuentemente, normalizar al sujeto autista. Sin embargo, como podemos atestiguar cuando participamos en conferencias y entrevistamos a sus principales actores, el movimiento psicoanalítico brasileño desconoce en gran parte el “modelo social de la discapacidad” (Ortega, 2013; Shakespeare, 2006), que de hecho subyace a las políticas de discapacidad. Además, el modelo social de la discapacidad tiene varias convergencias con la ideología de la reforma psiquiátrica brasileña, como la constitución del individuo autista como sujeto dotado de derechos sociales, cívicos y de ciudadanía o el énfasis en los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales del sufrimiento mental, que, en el caso del modelo social, corresponden a las barreras incapacitantes experimentadas por individuos autistas. Por lo tanto, a pesar de las diferentes visiones sobre el autismo en Brasil (“sufrimiento mental” o “discapacidad”), tanto los profesionales de los CAPSI como las asociaciones de padres fomentan un discurso de ciudadanía, aunque parten de premisas opuestas. Mientras los padres adoptan una visión organicista —el autismo como un marcador de identidad—, los profesionales rechazan la política identitaria y defienden una posición antiorganicista representada por la noción de “ciudadano portador de sufrimiento mental”.

No obstante, ambos grupos comparten diversas premisas básicas del modelo social de la discapacidad (Rios y Costa Andrada, 2015).

CONCLUSIÓN

El presente capítulo ilustró los modos en que la categoría nosológica del autismo se negocia y se moviliza en la dimensión pública en Brasil con diferentes fines clínicos y políticos. Son precisamente los contextos históricos y locales y las prácticas cotidianas de profesionales, familias e individuos que viven con la condición los que conceden significado a las ideas científicas sobre el autismo. Estas no son falsas o verdaderas, sino que son pragmáticamente negociadas e integradas por médicos y otros profesionales de la salud mental, asociaciones de padres y activistas en su lucha por mejores tratamientos, inclusión social y educativa, entre otros derechos. Al adoptar un enfoque fundamentado empírica y etnográficamente y respaldado históricamente, podemos entender por qué las mismas visiones sobre etiología, tratamiento, organización de los servicios e incluso noción de persona tienen fines contradictorios, y se asumen como nocivas o útiles en un determinado contexto social. Y viceversa: visiones opuestas sobre etiología, tratamiento, organización de los servicios y políticas públicas pueden ser reunidas con los mismos fines prácticos. Este enfoque ofrece el potencial de ir más allá de dicotomías y polarizaciones que pueden parecer definitivas si se ven en la distancia, pero que no son tan irreversibles cuando se examinan a partir de la experiencia y la práctica cotidiana de los individuos afectados por el autismo. Al abordar los modos en que los discursos globales se adoptan con fines pragmáticos en contextos sociales, políticos e históricos particulares, también se trascienden las supuestas divisiones entre lo global y lo local. Al hacer esto, se abren posibilidades para reconsiderar algunas de las cuestiones más disputadas en la salud mental global.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (coord.) (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Río de Janeiro: SDE/ENSP.
- Anand, S. y Hanson, K. (1997). Disability-adjusted Life Years: A Critical Perspective. *Journal of Health Economics*, 16(6), 685-702.
- Anderson, G. M. (2015). Autism Biomarkers: Challenges, Pitfalls, and Possibilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1103-1113.
- Antunes, D. (2018). *Webs of Care: Social Media Communities and Autism in Brazil*. (Tesis de doctorado no publicada). Faculty of Poli-

- tical and Social Science, Department of Communication Studies. University of Antwerp, Amberes.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press/Bradford Books.
- Barros, D. (1994). *Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste*. San Pablo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Becker, A. et al. (2013). The Unique Challenges of Mental Health and MDRTB: Critical Perspectives on Metrics of Disease Burden. En Farmer, P. et al. (eds.). *Reimagining Global Health: An Introduction* (pp. 209-241). Berkeley: University of California Press.
- Bemme, D. y D'Souza, N. A. (2014). Global Mental Health and its Discontents: An Inquiry into the Making of Global and Local Scale. *Transcultural Psychiatry*, 51(6), 850-874.
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Biehl, J., Petryna, A., Gertner, A., Amon, J. y Picon, P. (2009). Judicialisation of the Right to Health in Brazil. *The Lancet*, 373, 2182-2184.
- Block, P. y Cavalcante, F. (2014). Historical Perceptions of Autism in Brazil: Professional Treatment, Family Advocacy, and Autistic Pride, 1943-2010. En Burch, S. y Rembis, M. (eds.). *Disability Histories* (pp. 77-97). Champaign, IL: University of Illinois Press.
- Brasil. Presidência da República (2012). Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. *Institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista e altera o §38 do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Brasília: Diário Oficial da União, 27 de diciembre.
- Brown, P., Morello-Frosch, R. y Zavestoski, S. (eds.) (2011). *Contested Illnesses: Citizens, Science, and Health Social Movements*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Cascio, M. A., Costa Andrada, B., y Bezerra, B. (2018). Psychiatric Reform and Autism Services in Italy and Brazil. En Fein, E. y Rios, C. (eds.). *Autism in Translation: An Intercultural Conversation about Autism Spectrum Conditions* (pp. 53-87). Cham: Palgrave MacMillan.
- Cavalcante, F. (2003). *Pessoas Muito Especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Collier, S. J. y Ong, A. (2005). Global Assemblages, Anthropological Problems. En Collier, S. J. y Ong, A. (eds.). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (pp. 3-21). Malden, MA: Wiley-Blackwell.

- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006). *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS.
- Costa Andrada, B. (2017). *Sentidos e desafios do autismo para o território: um estudo etnográfico*. (Tesis de doctorado no publicada). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Couto, M. C. V. (2004). Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. En Ferreira, T. (ed.). *A criança e a saúde mental: enlaces entre a clínica e a política* (pp. 61-74). Belo Horizonte: Autêntica.
- (2012). *Política de Saúde Mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)*. (Tesis de doctorado no publicada). Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Couto, M. C. V., Duarte, C., y Delgado, P. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(4), 390-398.
- Csillag, C. (2001). Psychiatric Reform Law Comes into Effect in Brazil. *The Lancet*, 357, 1346.
- Delgado, P. (1992). *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil*. Rio de Janeiro: Te-Corá.
- Elia, L. (2013). Psicanálise, ciência e universidade. *Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública*. Recuperado de: <https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/14/psicanalise-ciencia-e-universidade/>
- Escobar, A. (2001). Culture Sits in Places: Reflections on Globalism and Subaltern Strategies of Localization. *Political Geography*, 20(2), 139-174.
- Feinberg, E. y Vacca, J. (2000). The Drama and Trauma of Creating Policies on Autism: Critical Issues to Consider in the New Millennium. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(3), 130-137.
- Feldman, C. (2017). *Autismo e rede de atenção psicossocial: caminhos e desafios de uma rede em construção*. (Tesis de doctorado no publicada). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Foot, J. (2015). *The Man Who Closed the Asylums: Franco Basaglia and the Revolution in Mental Health Care*. Londres: Verso.
- Franco, S. (2014). Familiares criticam regulamentação da lei de proteção ao autista. *Jornal do Senado Federal*. Recuperado de: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2014/04/02/familiares-criticam-regulamentacao-da-lei-de-protecao-ao-autista>

- Frith, U. y Happé, F. (1994). Autism: Beyond 'Theory of Mind'. *Cognition*, 50(1-3), 115-132.
- Goldberg, J. (1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Ingleby, D. (2014). How 'Evidence-Based' is the Movement for Global Mental Health? *Disability and the Global South*, 1(2), 203-226.
- Khan, N. Z. et al. (2012). Autism and the Grand Challenges in Global Mental Health. *Autism Research*, 5(3), 156-159.
- Kienzler, H. y Locke, P. (2017). The Effects of Societal Violence in War and Post-War Contexts. En White, R. G. et al. (eds.). *The Palgrave Handbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (pp. 285-305). Londres: Palgrave Macmillan.
- Lima, R. C., Couto, M. C. V., Delgado, P. G. G. y Oliveira, B. D. C. (2014). Indicadores sobre o cuidado a crianças e adolescentes com autismo na rede de CAPSi da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 715-739.
- Lima, R. C., Feldman, C., Evans, C. y Block, P. (2018). Autism Policy and Advocacy in Brazil and the USA. En Fein, E. y Rios, C. (eds.). *Autism in Translation: An Intercultural Conversation about Autism Spectrum Conditions* (pp. 17-52). Cham (Suiza): Palgrave MacMillan.
- Lobato, L. y Burlandy, L. (2000). The Context and Process of Health Care Reform In Brazil. En Fleury, S., Belmartino, S. y Baris, E. (eds.). *Reshaping Health Care in Latin América. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and México*. Ottawa: IDRC Books.
- Lord, C. y Jones, R. M. (2012). Annual Research Review: Re-thinking the Classification of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(5), 490-509.
- Manifesto (2013). *Manifesto do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública*. Recuperado de: <http://www4.pucsp.br/derdic/downloads/manifesto.pdf>.
- Mateus, D. et al. (2008). The Mental Health System in Brazil: Policies and Future Challenges. *International Journal of Mental Health Systems*, 2(1), 12.
- McGuire, A. (2016). *War on Autism. On the Cultural Logic of Normative Violence*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Mello, A. M., Dias, I. y Andrade, M. (2013). *Retratos do autismo no Brasil*. San Pablo: Secretaria de Direitos Humanos.
- Ministério da Saúde (2002). *Portaria 336. Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS*. Brasília: Diário Oficial da União, 19 de febrero.

- (2004). *Legislação em Saúde Mental – 1990-2004* (5ª edición ampliada). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- (2013a). *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do sistema Único de Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- (2013b). *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Newschaffer, C. J. y Curran, L. J. (2003). Autism: An Emerging Public Health Problem. *Public Health Reports*, 118(5), 393-399.
- Nunes, F. (2014). *Atuação política de grupos de pais de autistas no Rio de Janeiro: perspectivas para o campo da saúde*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Río de Janeiro.
- Nunes, F. y Ortega, F. (2016). Ativismo político de pais de autistas no Rio de Janeiro: reflexões sobre o ‘direito ao tratamento’. *Saúde e Sociedade*, 25(4), 964-975.
- O’Dell, L., Bertilsdotter Rosqvist, H., Ortega, F., Brownlow, C. y Orsini, M. (2016). Critical Autism Studies: Exploring Epistemic Dialogues and Intersections, Challenging Dominant Understandings of Autism. *Disability & Society*, 31(2), 166-179.
- Ortega, F. (2009). The Cerebral Subject and the Challenge of Neurodiversity. *Biosocieties*, 4(4), 425-445.
- (2013). *Corporeality, Medical Technologies and Contemporary Culture*. Routledge: Abingdon y Nueva York.
- Ortega, F. y Choudhury, S. (2011). ‘Wired Up Differently’: Autism, Adolescence, and the Politics of Neurological Identities. *Subjectivity*, 4(3), 323-345.
- Ortega, F., Zorzanelli, R. y Rios, C. (2016). The Biopolitics of Autism in Brazil. En Runswick-Cole, K., Mallett, R. y Timimi, S. (eds.). *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality* (pp. 67-89). Londres/Filadelfia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ozonoff, S., Pennington, B. F. y Rogers, S. J. (1991). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Parks, R. (2014). The Rise, Critique and Persistence of the DALY in Global Health. *The Journal of Global Health*. Recuperado de: <http://www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health>.
- Passos, I. (2009). *Reforma psiquiátrica: As experiências francesa e italiana*. Río de Janeiro: Fiocruz.

- Pinto, R. (2005). *CAPSI para crianças adolescentes autistas e psicóticas. A contribuição da psicanálise na construção do dispositivo clínico.* (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Río de Janeiro.
- Rios, C. y Costa Andrada, B. (2015). The Changing Face of Autism in Brazil. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 39(2), 213-234.
- Rios, C. (2017). 'Nada sobre nós, sem nós'? O corpo na construção do autista como sujeito social e político. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 25, 212-230.
- Rosanoff, M. J., Daniels, A. M. y Shih, A. (2015). Autism: A (Key) Piece of the Global Mental Health Puzzle. *Global Mental Health*, 2(2), 1-3.
- Rosenberg, C. E. (2006). Contested Boundaries: Psychiatry, Disease, and Diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407-424.
- Shakespeare, T. (2006). *Disability Rights and Wrongs*. Abingdon y Nueva York: Routledge.
- Silverman, C. (2012). *Understanding Autism: Parents, Doctors, and the History of a Disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- Singh, J. S. (2016). *Multiple Autisms: Spectrums of Advocacy and Genomic Science*. Mineápolis y Londres: University of Minnesota Press.
- Smolianinoff, R. (2013). Movimento psicanálise, autismo e saúde pública – origens e objetivos. Recuperado de: http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/RSmolianinoff/rsmol_mpassp_preaut_upld_3.pdf.
- Souza, R. (2002). *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Souza Lima, P. (2017). *O autismo como deficiência: impacto sobre o trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil*. (Tesis de maestría no publicada). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Río de Janeiro.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59.
- Tsing, A. L. (2005). *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton: Princeton University Press.
- Wallace, S. *et al.* (2012). A Global Public Health Strategy for Autism Spectrum Disorders. *Autism Research*, 5(3), 211-217.
- Walsh, P. *et al.* (2011). In Search of Biomarkers for Autism: Scientific, Social, and Ethical Challenges. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(10), 603-612.
- White, R. G. *et al.* (2017). Situating Global Mental Health: Sociocultural Perspectives. En White, R. G. *et al.* (eds.). *The Palgrave Han-*

- dbook of Sociocultural Perspectives on Global Mental Health* (pp. 1-27). Londres: Palgrave Macmillan.
- Wikler, D. (2010). Cognitive Disability, Paternalism, and the Global Burden of Disease. En Kittay, E. F. y Carlson, L. (eds.). *Cognitive Disability and Its Challenge to Moral Philosophy* (pp. 183-201). Londres: Wiley-Blackwell.
- Williams, J. H. G. *et al.* (2001). Imitation, Mirror Neurons, and Autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 25(4), 287-295.

María E. Epele

POLÍTICAS DE LA PALABRA, SECRETOS Y MODOS DE TRATAR PSI EN LOS MÁRGENES DE BUENOS AIRES

El problema del secreto no es algo nuevo en antropología. Mientras que los abordajes clásicos hacen de los secretos un dominio trazado por lo oculto, el interior, lo profundo y verdadero, los desarrollos actuales han modificado y ampliado el espectro de temáticas y perspectivas teóricas que los examinan (Luhmann, 1989; Taussig, 1999; Manderson *et al.*, 2015). Una de las áreas privilegiadas en los estudios contemporáneos sobre los secretos consiste en las tecnologías terapéuticas, específicamente, los saberes, diagnósticos y tratamientos psi, en psicología, psiquiatría y psicoanálisis (Lock y Nguyen, 2010; Giordano, 2015; Martínez-Hernández, 2017). Debido a la relevancia que el psicoanálisis tiene en el campo psi de Argentina, algunas de sus teorías y técnicas vienen modelando las psicoterapias en el sistema público de salud en la región de Buenos Aires desde hace décadas (Vezzetti, 1996; Visacovsky, 2002).

Basada en la etnografía que he llevado a cabo en centros de salud barriales en el Área Metropolitana de Buenos Aires, el objetivo de este capítulo consiste en examinar los modos de decir y narrar el padecer en los *tratamientos psi que trabajan con la palabra* en el sistema público de salud. Focalizando en las experiencias y perspectivas de aquellas personas que se convierten en pacientes, este trabajo examina los modos de decir lo no dicho y ciertos secretos en relación con los modos psi de tratar con la palabra y con las políticas de lo decible en zonas de

marginación urbana (Ranciere, 1996). Desde el abordaje etnográfico y barrial de la investigación privilegia los procesos políticos y económicos (criminalización, segregación, pobreza, desigualdad social y de género, modos de protestar y resistir) que, bajo el capitalismo neoliberal participan en la producción social de las políticas y modos de narrar experiencias y aflicciones en contextos de pobreza urbana (Svampa, 2005; Svampa y Viale, 2014; Harvey, 2004). A través del análisis de siete casos, se exploran no solo los vínculos dominantes entre el sentir, el saber y el decir en ciertos dominios terapéuticos y cotidianos (Escobar, 2014), sino también, aquello que queda interdicho en la enunciación y que solo en ocasiones llega a categorizarse como secretos de diferente tipo (públicos, subjetivos, colectivos, a voces, etc.).

Para comenzar, se analizan brevemente los abordajes sobre el secreto en antropología, en especial aquellos asociados con los tratamientos psi. Haciendo foco en desarrollos en antropología de la salud, se exploran tradiciones de los modos de decir y narrar aflicciones y aquello que queda interdicho en la enunciación (Dias Duarte y Leal, 1998; Biehl, Good y Kleinman, 2007; Garcia, 2010; Fassin, 2012). En segundo lugar, a través del análisis de una experiencia particular en el trabajo de campo, se examinan las características de los secretos públicos y los modos en que participan en el trazado de la trama social y colectiva en zonas de marginación social (Taussig, 1999). Además, el análisis de las experiencias y perspectivas locales acerca de lo que no se dice hace posible esclarecer las transformaciones entre lo no decible, no dicho en enunciado y dicho, y de las condiciones para que algo llegue a categorizarse localmente como secreto (público, subjetivo, etc.). En tercer lugar, a diferencia de los abordajes clásicos que localizan estos contenidos y tensiones en la textura más íntima de los sujetos, el examen de los modos de decir lo no dicho en estos tratamientos abre al escrutinio los procesos de privatización, publicitación y politización de los vínculos entre el sentir, el saber y el decir en estos contextos sociales (Ollier, 1998; Epele, 2018). Por último, al incluir estos procesos se abren a la indagación los modos de contestar, disentir y transformar las políticas, discursos y narrativas que producen y profundizan la segregación en zonas de marginación.

LA ANTROPOLOGÍA Y LOS SECRETOS

Los vínculos entre antropología y secretos son diversos y cambiantes en la historia de la disciplina. Desde los rituales mágicos hasta los modos de revelar diagnósticos en contextos biomédicos; desde la producción de testimonios en comisiones de verdad hasta la administración de los datos y la intimidad en medios de comunicación y nuevas tecnologías, los secretos participan y se corresponden con un

amplio repertorio de temáticas (Luhmann, 1989; Taussig, 1999; Manderson *et al.*, 2015; Giordano, 2015). En un sentido general, el secreto refiere a lo que va más allá de lo dicho y mostrado (Manderson *et al.*, 2015: 184). Los secretos, siempre en plural, son modelados a través de diferentes tipos de metáforas: espaciales, corporales, de los sentidos (visión, oído, etc.), de objetos, del lenguaje y de un repertorio de acciones (guardar, conservar, ocultar, etc.) (Gallego Dueñas, 2016). Además, el examen de todo secreto incluye los modos en que las palabras, el poder y los cuerpos están conectados. En el caso de la magia, a través de estos montajes los secretos dan control sobre la vida, nominan lo incierto y delimitan un área social compartida en la que otros grupos no tienen acceso o participación (Mauss, 1979; Rosaldo, 1984; Luhmann, 1989; Taussig, 1999).

Los abordajes clásicos sobre el secreto en antropología se caracterizan por incluir la epistemología del desdoblamiento de realidades (superficial/profundo, apariencia/oculto, dicho/no dicho, mentira/verdad). Estos análisis se corresponden asimismo con ciertas lógicas dualistas que estructuran políticas y subjetividades (transparencia/opacidad, público/privado, exposición/ocultamiento, interior/exterior, recuerdo/olvido, decir/silenciar, poder/sumisión, vigilancia/derechos). Como Ricœur (1990) explicita en la hermenéutica de la sospecha, la estructuración dualista hace de lo oculto (ya sea el inconsciente o la infraestructura económica) el lugar de producción de las apariencias, realidades siempre engañosas y falsas (Foucault, 2014).

En la antropología contemporánea, sin embargo, los análisis de los secretos en términos de dualismos y oposiciones han perdido relevancia y eficacia. Por un lado, la problematización actual exige integrar tanto los regímenes económicos y políticos como las genealogías y tradiciones locales en los modelos de producción de ciertos dominios en los que los secretos emergen y escalan (Giordano, 2008; Das, 2007). El secreto deja de ser una realidad fáctica y universal. Para que algo no expresado o no dicho sea categorizado como secreto en contextos histórico-políticos específicos, deben confluír diferentes dimensiones epistemológicas, teorías del lenguaje y modos de lectura, cuestiones éticas y de subjetividad (Derrida y Ferraris, 2009; Butler, 2005). Por otro lado, las perspectivas contemporáneas incluyen fórmulas recursivas que disuelven y recombinan los términos opuestos, mostrando la complejidad de su producción, conservación y reproducción. Desde estos abordajes actuales, los secretos siempre son sociales, aunque asumen diferentes características y modelos para producirlos y entenderlos. En algunos casos, los secretos se entienden por estar hechos de materiales (afecciones corporales, afectos, etc.) no traducibles por completo a palabras. En otros casos, los materiales y las prácticas de

secretos se entienden como parte inherente de la trama social que al ser explicitados provocan su ruptura y desmantelamiento. Además, ciertos secretos se corresponden en su producción y revelación, con lógicas de poder, violencia, criminalización o terror (Taussig, 1999). Otros secretos también se hacen, expresan y develan en relación con ciertos dispositivos, discursos y narrativas que, como la confesión, modelan las aflicciones en modos legitimados de sentir y enunciar (Giordano, 2015; Foucault, 2010 y 2014; Kulick, 2015; Squire, 2015).

En lugar de deshistorizar tradiciones o esencializar formas de secretos, los abordajes actuales hacen ineludible la integración de las políticas que regulan lo sensible, lo decible y lo inteligible en contextos histórico-políticos específicos. Para Ranciere (1996), la división de lo sensible habla simultáneamente de lo común y de las formas en que las partes, es decir, diferentes sectores sociales que participan en dicha división puedan tomar la palabra, y que lo dicho por estos sectores sea audible e inteligible para otros. Al mismo tiempo, la distribución de lo sensible se convierte en política cuando aquellos sectores que no tienen voz modifican y subvierten las condiciones de lo decible e inteligible en ciertos contextos sociales. De este modo, se llega a saber de la existencia de lo no dicho y no expresado por los fragmentos que se llegan a decir y narrar, y/o expresar afectiva y corporalmente. Por lo tanto, lo no dicho categorizado como secretos privados o íntimos por los saberes expertos y por los propios sujetos pueden entenderse como el resultado de la privatización y subjetivación de experiencias alguna vez compartidas y públicas.

Los modos de gobierno de desigualdad, pobreza y diferencia (criminalización, terapéuticas, discursos políticos, represión, etc.), en zonas de marginación bajo el régimen neoliberal y en el sur global, privilegian ciertas políticas y tradiciones de lo decible, modos de decir lo no dicho y de legitimar ciertas categorías de secretos, modos de develarlos y formas que asumen las voces que los expresan (denuncias, demandas de justicia, movimientos sociales, etc.).

LAS TERAPÉUTICAS PSI, LOS MODOS DE DECIR Y LOS SECRETOS

Los abordajes antropológicos sobre los saberes, las categorías y las terapéuticas del campo psi han investigado los modos en que las aflicciones son producidas en contextos atravesados por la desigualdad social, política, económica y de género (Dias Duarte, 1986; Dias Duarte y Leal, 1998; Kleinman, Das y Lock, 1997). También han analizado los procesos por los que estas dolencias son transformadas y categorizadas a través de diagnósticos en problemas psi, los que, a su vez, son reapropiados por las mismas poblaciones que padecen (Lock y Nguyen,

2010; Biehl, 2005; Lakoff, 2005). Algunos de estos procesos han sido problematizados en términos de revisiones de las nociones clásicas de medicalización y psicologización (Rose, 1998; Epele, 2013). Otros han sido analizados en términos de expertización, biosociabilidad y popularización que, al mismo tiempo, producen nuevas subjetividades y ciudadanías (Martínez-Hernández, 2017; Biehl, Good y Kleinman, 2007; Rabinow, 2008). Los estudios que focalizan en psicoterapias, en zonas de marginación y bajo el régimen neoliberal, se ha convertido en un campo de controversias y tensiones entre diferentes orientaciones.

Por un lado, ciertos estudios han mostrado cómo las tecnologías psi transforman problemas sociales en sufrimientos individuales, la desigualdad en exclusión, la dominación en desgracia y la injusticia en trauma (Fassin, 2012). Desde estas perspectivas, las tecnologías psi participan en los modos de gobernar las afecciones y aflicciones producidas por las crisis extraordinarias (guerras, catástrofes ambientales, humanitarias, epidemias) y ordinarias (desigualdad, pobreza, marginación) (Nguyen, 2010). Desde la mirada que focaliza en las formas de gobierno a través de las terapéuticas psi, ciertas nociones y técnicas psi (por ejemplo, el trauma) se analizan como modos de psicologizar y eludir la confrontación y resolución de injusticias económicas y políticas de los conjuntos afectados (Biehl y Locke, 2010). Además, se han examinado las micrológicas de poder en los diferentes sistemas terapéuticos (Rose, 1998). Estas críticas han favorecido tanto la desmedicalización de experiencias y problemas como la politización de los padecimientos, la promoción de reformas en instituciones y servicios de salud mental y el establecimiento de nuevas legislaciones a la luz de los derechos humanos.

Por otro lado, ciertos estudios revisan estas críticas a la luz de los contextos histórico-políticos particulares. En primer lugar, en vez de reforzar la pasividad de los sujetos individuales y colectivos respecto a los saberes y las técnicas psi, algunos estudios abordan las formas en que la gente ensambla diferentes saberes y lenguajes que coexisten en tensión entre sí (diversas orientaciones psi, saberes político-partidarios, tradicionales, religiosos, judiciales, etc.) (Epele, 2016). En segundo lugar, no siempre se da el caso de que la relevancia social de ciertos abordajes psi, específicamente de orientación psicoanalítica en el cono sur, se corresponda con la falta de movilización política, el desarrollo de organizaciones sociales y las demandas de derechos económicos y sociales (Damousi y Plotkin, 2012). Asimismo, el desmantelamiento de ciertas instituciones, saberes y terapéuticas psi en la historia reciente y en el sur global no siempre han mejorado las condiciones de vida, de atención y derechos de los pacientes. En ocasiones, ha facilitado la expansión en el cono sur y en Argentina de

otras orientaciones que ya dominaban en el norte global, o el progresivo deterioro de servicios en salud mental para sectores sociales marginalizados, en correspondencia con el achicamiento neoliberal del Estado (Biehl, 2005).

Considerando estas perspectivas, la investigación etnográfica sobre aquellos *tratamientos que trabajan con la palabra* y de genealogía psicoanalítica se convierte en estratégica para esclarecer algunos de los debates y las controversias de la agenda antropológica y contextualizar ciertas tensiones del campo psi, en zonas de marginación y del sur global. A través del análisis de siete casos específicos, este capítulo examina los modos de decir lo no dicho y ciertos secretos de las personas que se convierten en pacientes de estos tratamientos en los centros barriales del sistema público de salud y en contextos de pobreza urbana, en periodos de crisis y ajuste neoliberal en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

El estudio de estos tratamientos se convierte en estratégico para el análisis de las controversias mencionadas anteriormente en zonas de marginación, ya que privilegian las técnicas de hablar y de escucha experta, que facilitan la exploración sobre los modos de decir y narrar de los sujetos individuales y colectivos. Las técnicas psicoterapéuticas y de fundamento psicoanalítico trabajan con formas de lo no dicho, del secreto (lo oculto, lo que no se sabe que se sabe, lo olvidado, lo reprimido) (Lock y Nguyen, 2010). Además, en estos tratamientos confluyen otras tradiciones discursivas y de enunciación que en Argentina han dominado diferentes ámbitos e instituciones de la vida social. Por una parte, las tradiciones de protestas, demandas, denuncias y testimonios respecto a la violación de derechos humanos, sociales, económicos y políticos en poblaciones segregadas (Grimberg, 2009). Por la otra, las tradiciones biomédicas y expertas en general de revelar diagnósticos y pronósticos, técnicas de confidencialidad y modos de enunciar públicamente experiencias de ciertos padecimientos (Margulies, 2014; Epele, 2018).

En este trabajo, argumento que los modos de decir y narrar en terapéuticas que trabajan con la palabra no son modelados exclusivamente por saberes y técnicas psi. Tanto los modos de decir y narrar como lo que queda interdicto en la enunciación en estos tratamientos se corresponden con, reproducen y transforman las políticas de lo decible que participan del gobierno de la segregación social y las formas de expresar las aflicciones (verbal, afectiva y corporalmente) en zonas de marginación (Ranciere, 1996). Las políticas de lo decible en este contexto terapéutico específico, hacen referencia a las regulaciones sobre lo que es susceptible de ser dicho y expresado. Específicamente, en ellas convergen: las narrativas dominantes de

aflicciones, las políticas de salud mental, las demandas laborales en las economías locales, diversas estrategias de criminalización, los discursos políticos y partidarios sobre y desde la pobreza, los lenguajes y prácticas judiciales, la diversidad y desigualdad de género y minorías sexuales, entre las principales (Segato, 2003; Ortale y Enríquez Rosas, 2012).

A su vez, al examinar los modos de decir lo no dicho, se hace posible estudiar las formas locales de producción de secretos: los modos en que algo no dicho se categoriza como secreto a través de ciertos vínculos entre el sentir, el saber y el decir, que son privilegiados en estos contextos sociales. Estos vínculos entre decir, saber y sentir son modelados por procesos que definen las fronteras cambiantes y locales entre *lo público*, *lo privado* y *lo político*. En primer lugar, la privatización de lo compartido que se desplaza hacia el dominio de la intimidad, lo privado y lo subjetivo, aquello que públicamente no se dice que se sabe, lo silenciado, lo no decible (Epele, 2018). Con este desplazamiento desde lo público a lo privado, las relaciones entre saber, decir y sentir se traducen y reducen, generalmente, a modelos binarios psi de las subjetivaciones dominantes (interior/exterior, corporal/simbólico, femenino/masculino, etc.) (Biehl, Good y Kleinman, 2007). En segundo lugar, la publicitación de lo privado, que refiere al desplazamiento de las expresiones de experiencias desde el ámbito de la intimidad hacia las esferas públicas, que incluye su traducción a los modos de decir y narrar dominantes, decibles e inteligibles de los discursos y las enunciaciones legitimados públicamente. En tercer lugar, la politización de lo privado y de lo público incluye algo más que desplazamientos, traducciones y reducciones (Ollier, 1998; Damousi y Plotkin, 2012). La politización alude a la modificación de las fronteras de lo decible/no decible, la transformación de los modelos binarios de decir, narrar y subjetivar, en la producción de narrativas y discursos a contracorriente de aquellos que dominan en ciertos contextos locales.

La vida cotidiana y el trabajo psi con la palabra incluyen un amplio repertorio de relaciones entre el sentir, el saber y el decir, las que solo en algunos casos son categorizadas como secretos, ya sea por sujetos individuales, colectivos y/o profesionales. Entre las formas registradas en el trabajo de campo que asumen estos vínculos, se destacan: hablar sobre lo no decible, sentir y no decir; no saber lo que se siente, saber lo que no se sabe, el no decir lo que se sabe y se siente; la revelación de lo silenciado, el ocultamiento de lo visible, las confesiones, la apropiación y reproducción de modos legitimados de decir verdad; la modificación de modos de decir a través de prácticas de enunciación parciales, fragmentarias y a contracorriente de discursos dominantes.

LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo está basado en una etnografía que he llevado a cabo en centros de salud en un barrio que he denominado Los Murales, en el Área Metropolitana de Buenos Aires (2013-2017). El objetivo general de la investigación consiste en describir y analizar los vínculos entre los cambios de problemas, dolencias y malestares en la vida ordinaria, las transformaciones de las economías locales, las lógicas de poder y las tecnologías terapéuticas en zonas de marginación y bajo el régimen neoliberal.

Las técnicas psicoterapéuticas que *trabajan con la palabra* (denominación local para estos tratamientos) y cuentan con el psicoanálisis como una de sus fuentes principales tienen lugar no solo en hospitales, sino también en centros del sistema público de salud, dentro de los mismos barrios marginalizados del Área Metropolitana de Buenos Aires. Como ha sido señalado, estos tratamientos difieren del psicoanálisis tradicional en diversos aspectos (no elección del profesional, listas de espera, relación cara a cara, sesiones más breves y con interrupciones por dinámicas institucionales, gratuidad, vacaciones, paros, etc.) (Dagfal, 2009; Vezzetti, 1996; Visacovsky, 2002). Además, en ellos han confluido otros abordajes terapéuticos. Ya se ha mencionado que estos tratamientos, en ocasiones, incluyen medicación psiquiátrica, generalmente como condición para que los pacientes puedan hablar (Lakoff, 2005). A su vez, las psicoterapias fueron afectadas por el progresivo avance y dominancia de otras orientaciones (psiquiatría biológica y farmacológica, terapias cognitivas-conductuales, neurociencias, etc.). En la historia reciente, asimismo estos tratamientos se han modificado a la luz de orientaciones de salud pública latinoamericanas (salud colectiva, medicina social, etc.), de las ciencias sociales y antropología, de los movimientos políticos y sociales respecto tanto al feminismo, minorías de género y sexuales como a los derechos económicos y políticos de estos sectores sociales (Ortiz-Hernández *et al.*, 2007; Onocko-Campos *et al.*, 2008).

El trabajo de campo fue llevado a cabo con poblaciones atravesadas por la segregación territorial; el desempleo creciente y las actividades laborales precarias y flexibles en economías formales e informales; la generalización de planes y subsidios estatales con su posterior reducción y ajuste; el deterioro y la progresiva privatización del sistema público de salud; la fragilidad habitacional y el hacinamiento; el aumento del consumo problemático de drogas y las actividades ilegales; la criminalización creciente, y el aumento de la persecución por parte de diferentes fuerzas de orden. Durante el desarrollo del trabajo de campo, fue registrado un deterioro progresivo en las condiciones materiales de vida, que adoptaron las características de crisis econó-

mica y catástrofe social, con rápida caída del nivel de ingresos y de la actividad económica formal e informal, elevada inflación, devaluaciones y del desempleo, con incremento de las demandas por alimentos, medicamentos, vivienda, etc.

El trabajo etnográfico estuvo centrado en tres técnicas principales: entrevistas, observación-participante y seguimiento de casos. Las entrevistas fueron realizadas a 30 psicólogos (24 mujeres y 6 varones), a otros profesionales de la salud (10) y a 30 pacientes (21 mujeres y 9 varones), todos mayores de 18 años. Este trabajo focaliza en aquellos casos que llegan a la consulta sin intermediación institucional alguna (escuela, justicia, etc.). La observación participante fue llevada a cabo en los centros de salud y en diferentes actividades institucionales. También en los ámbitos de la cotidianeidad (comedores, viviendas, plazas, bares, centros culturales, etc.). Como técnica característica en investigaciones de antropología de la salud, fue llevado a cabo el seguimiento de casos (cerca de una docena) en diferentes contextos institucionales y en ámbitos sociales por un periodo variable de tiempo, desde un mes hasta un año. A diferencia de otros estudios sobre tratamientos psi, la observación participante no fue llevada a cabo en las sesiones terapéuticas. Por lo tanto, las perspectivas sobre las experiencias de tratamiento de este capítulo incluyen cierta reflexividad de los propios actores sociales acerca de las experiencias de las sesiones y los modos en que afectan a las personas que participan en ellas. Al estar descentrados de los objetivos terapéuticos, estos modos de decir y expresar sobre los tratamientos se convierten en una vía privilegiada para trabajar los modos locales de problematizar y expresar malestares y sufrimientos en la vida cotidiana.

SOBRE LOS “SECRETOS A VOCES”

Verónica, una de las mujeres con las que había compartido parte del trabajo de campo, me invitó a su casa por primera vez. En una de las últimas veces que fui al barrio Los Murales, me sorprendió con esta invitación algo tardía a su casa, un pequeño departamento en una vivienda multifamiliar. Además de una entrevista en el comienzo del trabajo de campo, con Verónica nos habíamos encontrado y conversado en diferentes oportunidades: en el centro de salud, en el comedor, en ciertos espacios públicos, incluso en las viviendas de otras vecinas del barrio.

Después de explicarme en detalle la intensa preocupación que la invadía a diario en la resolución de la pérdida de ingresos y el aumento rápido de precios para sostener a sus dos hijos, me dijo que me quería comentar algo. Me llevó a recordar un evento que había surgido una y otra vez de diferentes formas en mis primeras conversa-

ciones con mujeres del barrio, incluso con algunas psicólogas. Con las imprecisiones y los cambios de versiones, tanto el evento como su protagonista quedaron en una suerte de nebulosa que me hizo preguntarme si realmente había sucedido. A contrapelo de los modos de decir y narrar modelados por la desigualdad, la criminalización y la marginación, el relato de Verónica refería a esa experiencia que, habiendo sido pública y compartida, ya se había convertido en privada en cierto momento previo a mi llegada. Esta experiencia y su relato también expresaban los modos en que ciertas vivencias son preservadas, guardadas, modificadas y ocultas en contextos de marginación. Aunque aquello escuchado tiempo atrás había caído en el olvido, Verónica describió el evento en detalle, al mismo tiempo que me revelaba que ella había sido una de las personas centrales de la historia, una de las que la había vivido, sufrido. Totalmente sorprendida, la escuché. Me contó que tardó en recuperarse, que algunos familiares la habían ayudado y así había podido salir, aunque por momentos todavía se sentía mal. Además, había estado en tratamiento haciendo psicoterapia en el centro, principalmente en esos “malos momentos”, pero sin continuidad. Verónica expresaba que en esos meses de tratamiento había “encontrado” la forma de decir, de “sacar”, “descargar” lo que había vivido. Cuando estaba terminando el relato, agregó que esa era la razón por la que su vida era “lenta”, tenía que estar “más tranquila que los demás”, y que la situación económica de ese momento le impedía “estar tranquila” por completo.

En un contexto de profundización de la pobreza, desigualdad y marginación, desempleo creciente, criminalización y el incremento de tensiones incluso al interior de las redes sociales, me llamó la atención el extremo cuidado con que las personas, mayormente mujeres, preservaban algo que no tenía consecuencias ni legales ni de salud. Entre esas personas había algo compartido y sofisticado en los modos de decir no diciendo, enunciar tiñendo de incertidumbre sobre la eventual realidad del evento y expresar algo, aunque modificando constantemente las coordenadas espacio-temporales de su ocurrencia. Sin buscarlo y sin la menor insistencia, habían señalado e insinuado que algo había pasado, mientras que levantaban una barrera impenetrable sobre sus detalles específicos.

Asimismo, esta vivencia tuvo consecuencias de otro orden y diferente escala. Por un lado, tuvo un efecto retroactivo sobre las experiencias vividas en el trabajo de campo. La irrupción del relato puso en evidencia el carácter fragmentario del saber etnográfico. Por otro lado, cuando Verónica hizo el relato, constató el carácter activo, a veces decidido, de coproducción tanto de las realidades en las que participamos como en las que no, en las que quedamos o en las que nos

dejan afuera. Ambas cuestiones no son originales. Han sido señaladas por diversos autores, en distintas oportunidades y desde décadas atrás.

Sin embargo, estos efectos retroactivos adquieren una relevancia central cuando del análisis de secretos se trata. A diferencia de aquellos problemas sociales que no llegamos a conocer, ni tenemos noticias de su mera existencia, la producción colectiva de secretos asume características particulares. Como señala Taussig (1999), el secreto público es uno de los más importantes saberes sociales, saber lo que no se dice que se sabe: aquello que se vive como saber compartido, pero no se expresa en detalle ni explícitamente. Desde esta perspectiva, los secretos públicos estructuran la trama social en general, la que produce sociedades, la ideología, las creencias e instituciones (familias, formas de curación, etc.). Siguiendo a Benjamin, Taussig (1999) sostiene que la verdad no es aquello que se expone y destruye al secreto, sino la revelación que le hace justicia, que la exhibe en los términos que se merece. En el momento en que sale a la luz, cuando el interior del secreto se expone, se produciría inevitablemente algo inédito, una iluminación. Teniendo como fundamento su estudio en Putumayo, Taussig refiere a los secretos públicos como algo inherente a los diferentes estados del terror. Examina el carácter particular del desenmascaramiento como aquella acción que revela el secreto sin destruirlo y que, al mismo tiempo, hace visible el montaje que lo produce: el misterio revelado se convierte en más misterioso.

A diferencia de los modos clásicos y dualistas de entender los secretos en términos de sacar a la superficie algo de las profundidades, o hacer exterior lo interior, los secretos públicos refieren a aquello que no es dicho, de forma explícita y completa, aunque todos o la mayoría lo saben, es conocido o compartido en un sector social determinado. De acuerdo con Taussig, es en estos secretos públicos donde el poder se ejerce y contesta simultáneamente. En los secretos públicos toman forma y modulan diferentes voces que expresan, callan, dicen a medias o son silenciadas por las políticas que regulan lo sensible y decible en específicas zonas de marginación. En el caso de Verónica, se hace posible reconocer diferentes relaciones entre el saber, el sentir y el decir. Las voces de las personas emergen y son modeladas por las economías, historizaciones, legislaciones y políticas que producen realidades y definen las fronteras entre lo sensible, lo decible e inteligible y lo que no lo es.

En el relato de este caso, las voces asumen diferentes formas. En primer lugar, habría un saber colectivo y compartido sobre un evento que no se dice ni en público ni en privado, pero que se infiere por menciones realizadas por diversas personas, referencias sin mayor detalle mientras se habla de otros temas y sin apertura para la pregunta. Esta

situación es con la que me encontré en los inicios del trabajo de campo. En segundo lugar, está el saber que se dice solo en el ámbito privado, entre Verónica y las personas que lo saben, pero que no se enuncia en detalle ni con extraños ni en público. En tercer lugar, está el saber generado por la experiencia, en este caso de Verónica, que es dicho bajo determinadas circunstancias en espacios privados, incluyendo personas que se convierten en cercanas. Por último, encontramos la toma de conocimiento de algo por la expresión directa y revelación en detalle de la experiencia por la misma persona que la vivió.

Las formas en que asumen los vínculos entre el saber, el sentir y el decir en las micrológicas locales de enunciación no llegan a ser suficientes para entender en qué consiste el carácter compartido y público del secreto. Las formas en que el saber, el sentir y el decir se anudan en las diferentes voces expresan características de las tramas sociales en zonas de marginación, que exceden los modos habituales en que las ciencias sociales las describen y entienden. Además, desde el abordaje etnográfico y barrial se hace posible descentrar y redefinir la relevancia que se les atribuye a los tratamientos psi como campo "natural" y "universal" en que los secretos germinan y florecen o, al menos, se revelan.

Desde esta perspectiva, los modelos subjetivos de secretos, aquellos que refieren a la posesión de algo en el interior o en las profundidades, cuya exposición consiste en sacarlo a la superficie o afuera, son un producto social: el resultado extremo, subjetivado, reificado e integrado al terreno íntimo y privado de experiencias vividas y compartidas con otro(s). Por lo tanto, el carácter social y compartido de los secretos privados o íntimos se manifiesta por las cambiantes fronteras de la intimidad en sectores segregados, por las variaciones de lo decible respecto a conflictos locales y por las modificaciones en los modos de publicitación y politización de lo que se considera íntimo.

Aunque en el caso de Verónica la producción del secreto se estructura entre los eventos del pasado y sus huellas en el presente, otros modos temporales pueden participar en la conformación de los secretos públicos. A su vez, el modo de escritura del caso de Verónica se mimetiza con la particularidad que asumió este secreto público en el trabajo de campo: escribir sobre la dinámica, sin revelar su contenido, como algo que sucedió en el pasado, y que incluso su misma revelación volvió más misteriosa. Además, al contextualizar la producción social de los secretos compartidos, no solo se hace evidente su participación en la conformación de la trama social que integra a los residentes de estos barrios, sino que también en esta trama han participado los profesionales y trabajadores de los centros de salud y otras personas de otras instituciones estatales que, en su momento,

tuvieron participación en el evento. Por otra parte, esta exploración hace posible caracterizar a la trama social local como un terreno frágil e incierto, multívoco y en un devenir siempre abierto que llega a incluir, en ocasiones, los modos de tratar psi que afectan, a su vez, sus características, las voces que los integran y los modos de expresarlas en zonas de marginación.

MODOS DE DECIR Y NARRAR LO NO DICHO

Ciertos análisis antropológicos sobre orientaciones terapéuticas psi focalizan en los procesos de categorizar los malestares y las dolencias (expertos o legos), las características de las narrativas y sus transformaciones en estos contextos sociales. Teniendo como hilo conductor de esta exploración el tema de lo decible, los modos de decir lo no dicho y los secretos, el abordaje etnográfico de tratamientos psi centrados en la palabra abre al examen las formas en que los procesos económicos, territoriales, las lógicas de poder y las políticas de lo sensible y lo decible modulan —y son modelados— las características, los desarrollos y las experiencias de estas terapéuticas en zonas de marginación.

Como se ha mencionado anteriormente, estos tratamientos refieren a las orientaciones psicoanalíticas como uno de sus fundamentos teóricos y técnicos principales. Desde la definición del inconsciente como el saber que no se sabe que se sabe, el olvido, la represión, el recuerdo y el secreto como modelo etiológico de la histeria, el carácter diferido entre las causas y sus síntomas hasta las fórmulas narrativas que integran el desdoblamiento de las realidades en los modos de decir y escuchar las aflicciones (Biehl y Locke, 2010; Visacovsky, 2002). Estas técnicas, al mismo tiempo, han sido revisadas desde diversas perspectivas en antropología y ciencias sociales, ya sea como hermenéuticas de la sospecha (Ricœur, 1990), modos pastorales de decir verdad (Foucault, 2006), tecnologías de develar ciertos secretos patológicos (Lock y Nguyen, 2010), modelos confesionales modernos (Giordano, 2015), entre las principales.

Dentro del amplio espectro de modos de decir registrados en el trabajo de campo, se encuentran ciertas fórmulas narrativas que, ancladas en el terreno subjetivo, anudan el saber, el sentir y el decir en micrológicas específicas: dicen acerca de lo no decible, expresan el olvido y su recuerdo, dicen no saber que se sabía, asumen realidades no dichas, preservan o se reservan algo de otros, entre otras. Solo algunas de estas ecuaciones son categorizadas por los propios actores sociales como secretos, ya sea colectivos o subjetivos. En la mayoría de los casos registrados, las fórmulas narrativas sobre ciertas aflicciones se ven modificadas recursivamente. Es decir, las narrativas asumen dife-

rentes versiones, que se van generando en sus actualizaciones enunciativas. De este modo, las personas responden a las clasificaciones y expresiones que se les aplican como sujetos con géneros y poblaciones, con estos modos de decir y narrar que, a su vez, modifican las clasificaciones expertas, y así, recursivamente (Hacking, 1995).

Paloma vivía en el barrio desde hacía más de veinte años. Con algo más de 40, había estado en tratamiento solo unos meses en el centro de salud el año anterior. Como mujer a cargo de tres hijos, Paloma trabajaba ocho horas en un edificio del Estado. Ella decía que había ido a terapia porque tenía problemas con su hijo adolescente, “abandono del colegio y malas juntas” en el barrio. Con “la preocupación por su hijo”, Paloma afirmaba que había podido encontrar otras formas de lidiar con los temas cotidianos (hora de levantarse, estudio, trabajo, etc.). Sin embargo, expresaba que la mayoría de los temores y problemas no los decía en detalle en la consulta, en el tratamiento. Cuando tenía que expresar algo de los conflictos y peligros barriales, lo hacía de modo general, buscando los modos de decir no diciendo, eludiendo detalles, nombres y geografías locales. “Como la salita está en el barrio, no podés decir mucho de lo que pasa, menos dar nombres, porque no sabés a quién se lo pueden decir. Ahí nos cruzamos todos, y hay gente..., como que meten miedo. [...] Ellas terminan el horario y se van, y nosotras nos quedamos acá.” No solo Paloma, la mayoría de las personas que viven en el barrio y llegan a tratamiento refieren que hay diferentes dominios de experiencia no enunciables en los tratamientos, y no solo relativos a conflictos y peligros. Variando en cada caso, ciertos problemas familiares, laborales, consumos problemáticos, actividades ilegales e ilegalizadas se convierten en contenidos no susceptibles de ser dichos, al menos en detalle, en los centros de salud. Confrontando con los supuestos complejos y contradictorios que la mayoría de los profesionales psi tienen de las vidas en contextos de pobreza —una mezcla extraña entre sociabilidad, escasez de recursos y peligros cotidianos—, Paloma como la mayoría expresaba que, en las redes sociales locales, “con pocas personas podés hablar de las cosas personales”.

En el desarrollo del trabajo de campo, sin embargo, se hizo evidente que gran parte de los conflictos y las identidades que los pacientes decían no decir en las consultas, al menos en detalle, eran conocidos por algunos de los profesionales de la salud que trabajaban en los centros del sistema público de salud. El conocimiento de algunos “problemas reales” no solo era generado a través de las consultas médicas y de salud mental. El abordaje territorial de los problemas de salud —es decir, realizar visitas a domicilio y articular con organizaciones y líderes locales— producía un mayor conocimiento de las complejas realidades que vivía la gente del barrio.

Fernanda había venido a vivir al conurbano desde el norte del país hacía casi treinta años. Si bien había llegado por temas de insomnio, dolencias crónicas y “ataques de pánico”, otros problemas fueron emergiendo en el curso del tratamiento. Después de un tiempo de estar en terapia, Fernanda comentó cómo fue hablar por primera vez acerca de experiencias de violencia y abuso que había vivido mucho tiempo atrás. En los casos como el de Fernanda, atravesados por sufrimientos relacionados con experiencias de maltrato y abuso en el pasado, las enunciaciones en el presente eran susceptibles de asumir diferentes formas de expresión y categorización por parte de las mismas personas que las expresaban y padecían. En ocasiones, algunas personas decían que estas experiencias habían sido olvidadas, es decir, eran categorizadas como algo que no se recordaba. En otras oportunidades, estas experiencias eran algo que no se llegaba a integrar con el resto de la vida, aunque se las recordaba. En estos casos, el tratamiento revelaba que eran un núcleo de producción de sufrimientos y de malestares. En la mayoría de las circunstancias eran expresadas como algo que no es comunicable, decible, aunque en la vida cotidiana se convivía con el sufrimiento vinculado con esas vivencias pasadas. Finalmente, en otros momentos, era considerado como algo guardado en otro lugar que si bien se sabía que había sido vivido y sufrido, se buscaba apartar de las coordenadas de la vida diaria. En el caso de Fernanda, estas diferentes perspectivas iban alternando, de acuerdo con los momentos vividos, intensidad del sufrimiento, encuentros con determinadas personas y desafíos para el futuro. Fernanda expresaba que ciertas aflicciones (insomnio, pesadillas, miedos en la intimidad con otros, etc.) “la acompañaban todo el tiempo”. Con la terapia, había podido empezar a hablar sobre estos problemas con otras personas, algunas amigas y familiares. Fernanda decía que solo cuando había estado lejos de casa, después de muchos años, con otra gente, bajo ciertas coordenadas de confianza y confidencialidad, había podido narrar sus experiencias. Tanto los profesionales como los pacientes relacionaban las condiciones “más flexibles” de enunciación sobre experiencias de abusos y maltratos con las modificaciones radicales de discursos y prácticas sobre los derechos de las minorías sexuales y de género, movimientos de mujeres en contra de la violencia y femicidios, aunque con políticas y programas estatales que acompañen dichas transformaciones todavía muy restringidos y casi inexistentes en estos contextos sociales.

Cristian llegó al barrio Los Murales, a la zona periférica de Buenos Aires, buscando un lugar para vivir cuando perdió su trabajo y no podía mantener el alquiler en el centro. Para Cristian “la caída en la pobreza” le produjo un conjunto malestares y dolencias corpo-

rales, los que se intensificaban durante ciertos periodos y menguaban en otros. Con la expresión “hacerse del barrio”, Cristian refería a un conjunto de transformaciones que tuvo que vivir, entre las que se destacaban experiencias y perspectivas locales sobre actividades económicas precarias e informales. Algunos de los modos de sobrevivir en el barrio eran considerados por Cristian como “secreto a voces”, ya que nadie los enuncia, aunque todos los conocen. Muchos de los problemas con los que lidiaba diariamente desde su llegada al barrio “no los ando diciendo por ahí, ni a las psicólogas”. Cristian comentaba que la psicóloga le preguntaba sobre algunas cuestiones de su vida. “A alguien tan joven, que recién comienza a trabajar, no podés decirle algunas cosas que me han pasado.” Para algunas psicólogas, Cristian y estos casos que son los que “caen de clase media y media baja” en la pobreza son los que “más sufren”, por los cambios a los que se ven sometidos, y por eso son más “difíciles de trabajar”.

A diferencia de los modelos populares, legos y expertos acerca de los secretos, los modos de decir lo no dicho que son brevemente analizados en estos casos paradigmáticos, expresan las complejidades de las formas de expresar en parte lo que no se dice, es decir, aquellos fragmentos que nos dan noticia de que algo no se está diciendo. En algunos casos, particularmente en los de Paloma y Cristian, los modos de decir lo no dicho resultan del conflicto que produce que los tratamientos tengan lugar en el sistema público de salud, con las diferentes funciones superpuestas y contradictorias del Estado (justicia, policía, bienestar social, salud, etc.). Además, expresan los modos de expansión, al mismo tiempo, de las economías ilegales, la criminalización y represión generalizada en estos barrios, y los modos en que los secretos a voces se expanden a otros dominios e instituciones sociales. En el caso de Fernanda, sin embargo, los modos de expresar y narrar en el tratamiento se expanden por fuera de las fronteras de este, publicitar y politizar lo íntimo, lo olvidado, lo privado. Al integrar estos procesos, prácticas y políticas en el análisis, simultáneamente, se cuestiona que los secretos sean cosas, o algo interno, guardado en los sujetos. Cuando los secretos son cosificados y/o subjetivados, pueden considerarse como extremos del proceso de privatización, que reifica y desconoce su carácter productivo y colectivo.

MODOS DE DECIR LO NO DECIBLE

Los estudios sobre las experiencias y perspectivas de quienes se convierten en pacientes en tratamiento biomédicos y psi han generado diferentes perspectivas sobre las transformaciones de experiencias de dolor y sufrimiento en expresiones verbales y narrativas. A diferencia de las perspectivas clásicas (constructivistas, de representa-

ciones, análisis de discursos, etc.), los abordajes fueron integrando las experiencias corporales de malestar y sufrimiento, el desarrollo de los análisis de narrativas, las lógicas de cuidado y las tecnologías de sí. Aunque con diferencias relevantes, estas perspectivas confluyen en problematizar los límites, las reducciones, las modificaciones y las pérdidas en las traducciones de las experiencias en el lenguaje verbal. En un sentido general, en las experiencias hay vivencias que no son decibles en términos verbales. La imposibilidad de decir todo, la existencia en toda experiencia de aspectos no susceptibles de ser dichos en palabras, es lo que da forma local y categorial a lo no decible. Sin embargo, las orientaciones se diferencian respecto de los modos de explicar las razones de estos límites del lenguaje para decir y expresar. Mientras ciertas afecciones y aflicciones son entendidas como corporización de procesos simbólicos, económicos y políticos, el examen de las técnicas del cuidado y de sí hace posible esclarecer los discursos y las prácticas que dan forma a esas aflicciones y sus modos de expresión. Además, estas son entendidas como ensambles hechos de diferentes materiales (corporales, vinculares, lenguajes, etc.), en los que el lenguaje verbal es solo uno entre varios componentes.

Focalizando en las relaciones entre experiencias de malestar, el lenguaje y los modos de tratar con la palabra en la dimensión psi, en el trabajo de campo se registraron ciertas fórmulas narrativas en las que los pacientes dicen lo no decible a través de las categorías y narrativas disponibles en estos tratamientos.

Magalí era una mujer que tenía cerca de 50 años. Como algunas de las personas que llegan al tratamiento, tenía como lengua materna el guaraní. (Otras hablaban quechua, aimara y variaciones del castellano de diferentes regiones del país o de otros países de América Latina.) Magalí se expresaba en un perfecto castellano solo con una particular cadencia al hablar. Al preguntarle cómo era el tema del habla y el tratamiento cuando se tiene otro idioma como lengua materna, Magalí decía: “Depende... algunas cosas... a veces tardo en encontrar las palabras, sale más fácil en guaraní, cosas que me pasaron de niña, me dijeron así mi mamá, malos sueños... Y trato de decirlo en castellano... me cuesta”. La mayoría de las personas que tenían otra lengua materna, y específicamente en aquellos casos que continuaban en condiciones cotidianas de bilingüismo, referían que el trabajo de traducir a otro idioma, en este caso el castellano, dejaba imprecisiones, pérdidas, cambios de sentidos y omisiones. Lo que Magalí y otras personas no llegaban a decir y quedaba afuera de lo expresado en los tratamientos no siempre era susceptible de ser percibido por los profesionales. Existía así algo que se perdía, o que quedaba incluso en curso de traducción.

A Mariana la conocí cuando estaba “en terapia”. Su hijo había muerto dos años antes. Con cerca de 60 años, Mariana narraba en detalle la enfermedad de su hijo, su fallecimiento, lo que no pudo hacer y lo que hubiera hecho diferente. Uno de los problemas que no dejaba de decir en cada encuentro era que un médico le había dicho que el hijo había llegado tarde al diagnóstico y al tratamiento, que su situación hubiera sido diferente con una detección precoz. Cuando hablaba de la terapia con la psicóloga, Mariana decía que lloraba todo el tiempo. Le contaba a la psicóloga lo difícil que era su vida, “descargaba”, le dolía, tenía mucha bronca. En cada ocasión, Mariana decía que no podía hablar de lo que le pasaba, “me duele tanto lo de Javier, ¿qué voy a decir? Me enoja, me quedo en la cama, pero vengo, es una forma de salir. Hablar, ‘hablar’, no puedo. Lo que siento, el dolor que tengo, muy adentro, no se puede hablar, menos que te entiendan”.

Como Mariana, la mayoría de las personas del barrio que llegaban a tratamiento expresaba que había un conjunto amplio de experiencias, aflicciones y situaciones que no eran buenas para hablar, no susceptibles de ser dichas, expresadas verbalmente, traducidas en palabras en modos que otros puedan entender. Aquello que “no puede decirse” no es algo inherente a los tipos de experiencias en sí mismas. Sin embargo, en la generalidad de los casos registrados, refieren a aflicciones y dolores extremos en los que quedan más expuestas las dificultades para traducirlas en lenguaje (Scarry, 1985). La mayoría de quienes no iban a tratamiento en el barrio expresaba, entre las razones principales para no ir ni “hacer terapia”, la distancia entre el hablar y la vida, las cosas que no se pueden expresar ni hablar del todo, mucho menos con extraños y cuando de sufrimientos se trata.

Carola, con casi 30 años, estaba haciendo psicoterapia cuando la conocí. Ella vivía con su pareja y dos hijos en una de las viviendas multifamiliares del barrio. Había llegado al centro de salud por un problema dermatológico crónico en uno de sus hijos que, de acuerdo con los médicos, se relacionaba con “mala alimentación”, la contaminación del curso del agua cercano a su vivienda, las dificultades en la higiene por la falta de agua caliente en invierno y el baño compartido con otros vecinos. Contando ya con una experiencia en su adolescencia, Carola llegó a terapia nuevamente por “problemas de pareja”. Debido a la existencia de listas de espera para la terapia individual, ella había pasado a integrar un grupo terapéutico con otras mujeres del barrio. A diferencia de algunos profesionales psi que decían que el trabajo grupal era más adecuado para la gente del barrio porque se asemejaba, según sus perspectivas, al patrón de sociabilidad en el barrio, Carola comentaba que para algunos problemas prefería la individual.

Mientras que decía que era bueno compartir experiencias parecidas con otras mujeres, “me hace sentir acompañada, menos sola”, también expresaba que “me cuesta abrirme, pueden contar, te tenés que cuidar”. Carola decía que era muy difícil “que te entiendan [las psicólogas] lo que es mi vida, desde que me levanto [...], ¿cómo hago que entiendan?, te cansa, explicar, explicar... me termino callando”. Con las mujeres del grupo, en cambio, ella refería que no era necesario ni hablar ni explicar porque era una realidad compartida, aunque vivida con trayectorias particulares.

Como el caso de Carola, otros señalan las dificultades —hasta la imposibilidad— para los propios pacientes en decir y expresar las experiencias de las condiciones reales de vida. Así dan forma y contenido a una de las críticas antropológicas dominantes no solo para las terapéuticas psi, sino también para los tratamientos biomédicos en estos conjuntos en zonas de marginación. Además de la medicalización y psicologización de malestares y problemas resultantes de la pobreza y marginación, las normativas terapéuticas referidas a las técnicas de cuidado de sí confrontaban con las dificultades en el acceso a los tratamientos en el sistema público de salud, a los medicamentos, a alimentos con valor nutricional; con el hacinamiento en las viviendas, la contaminación ambiental, la falta de descanso, y los conflictos y peligros en determinadas zonas de estos barrios. El abordaje etnográfico en los contextos de vida ha registrado la incompatibilidad entre normativas de tratamientos y las técnicas de cuidado de sí, por un lado, y las condiciones materiales de vida en sectores segregados, por el otro. Sin embargo, en casos como el de Carola y en tratamientos que trabajan con la palabra, algo de los problemas de la enunciación de las condiciones materiales de vida en palabras llega a convertirse en no decible respecto a determinados contextos histórico-políticos.

Además de las lógicas de poder y de clase que se despliegan en las terapéuticas, la imposibilidad de expresar y compartir las experiencias y aflicciones de vivir en condiciones de pobreza urbana, ya sea en la misma u otra lengua, se corresponde también con el problema antropológico de las posibilidades de traducción y de entendimiento en relación con la alteridad y vivencias de otros mundos. La indeterminación tanto en la escucha como en la interpretación de las enunciacines de otros ha sido considerada en antropología como parte de la comunicación con minorías y alteridades, aunque en el análisis de los contextos terapéuticos psi se abre a la mirada y queda expuesta en toda su extensión.

En ninguno de estos casos y otros semejantes, los modos de decir lo no decible y no dicho son categorizados por los propios sujetos

como secretos, ya que no están atravesados por las intenciones, voluntades o decisiones. En ellos, los vínculos entre el sentir, el saber y el decir dejan espacio para experiencias, afecciones corporales, vivencias sociales, que, bajo las condiciones actuales de enunciación, no llegan ni van a ser enunciadas o expresadas en palabras.

CONCLUSIÓN

La invitación a explorar desde el abordaje etnográfico y barrial los modos de decir lo no decible, lo no dicho y los secretos en los tratamientos que trabajan con la palabra abre al escrutinio ciertas fórmulas narrativas modeladas por las categorías y los discursos psi, como tantos estudios antropológicos han examinado. Al igual que el análisis de los casos expresa, este capítulo abre al examen los procesos sociales que bajo el régimen neoliberal gobiernan la pobreza y la desigualdad, las políticas de lo decible que distribuyen lo susceptible de ser dicho en sectores segregados. Específicamente, los modos legitimados de transformación de lo no decible en decible y los modos de decir lo que previamente estaba interdicto en la enunciación. De este modo, lo no dicho, que se llega a llamar secreto para la gente que lo vive y categoriza (por ejemplo, las personas que viven en el barrio, profesionales psi, etnógrafas, etc.), es el producto cosificado y subjetivado de un complejo de prácticas, procesos y políticas que tienden a reproducirse a través de los modos de decir y narrar en contextos terapéuticos y cotidianos. A su vez, los modos de decir y narrar que emergen en relación con los tratamientos se hacen inteligibles a la luz de las micrológicas del saber, el sentir y el decir, que reproducen y subvierten las fronteras de lo decible/no decible en contextos de pobreza urbana.

Al trabajar en zonas de marginación y bajo condiciones de crisis económica y social, el análisis de los modos de decir lo no decible y lo no dicho deja expuesto un amplio repertorio de malestares y aflicciones, tensiones y contradicciones, que solo a media voz se insinúan y emergen en estos contextos particulares de pobreza urbana.

Para que lo dicho y enunciado por los sujetos individuales y colectivos exprese afectos, afecte las lógicas de enunciación, tenga efectos en las fronteras de lo decible y tome cuerpo como voces que emergen localmente a contracorriente de los discursos dominantes no solo tiene que convertirse en audible e inteligible para diferentes interlocutores en contextos privados y públicos, institucionales y de vida cotidiana. Principalmente, tiene que reflejarse, germinar y alojarse en desarrollos de organizaciones, políticas, programas, economías, terapéuticas y estrategias locales que transformen las condiciones de vida que les dieron origen en zonas de marginación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Biehl, J., Good, B. y Kleinman, A. (2007). *Subjectivity: Ethnographic investigations*. Berkeley: University of California Press.
- Biehl, J. y Locke, P. (2010). Deleuze and the Anthropology of Becoming. *Current Anthropology*, 51(3), 317-350.
- Butler, J. (2005). *Giving an Account of Oneself*. Nueva York: Fordham University Press.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Damousi, J. y Plotkin, M. (2012). *Psychoanalysis and Politics: Histories of Psychoanalysis under Conditions of Restricted Political Freedom*. Nueva York: Oxford University Press.
- Das, V. (2007). *Life and Words: Violence and the Descent into the Ordinary*. Berkeley: University of California Press.
- Derrida, J. y Ferraris, M. (2009). *El gusto del secreto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dias Duarte, L. F. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Río de Janeiro: Zahar.
- Dias Duarte, L. F. y Leal, O. (1998). Doença, sofrimento, perturbação: Perspectivas etnográficas. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Epele, M. (2013). El tratamiento como Palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica políticamente correcta". *Cuadernos de Antropología Social*, 38: 7-31.
- (2016). Psychotherapy, Psychoanalysis and Urban Poverty in Argentina. *Anthropology & Medicine*, 23(3), 244-258.
- (2018). Neoliberal Care. Intimacy, Romance and Drug Use in Argentine Dispossessed Populations. *Journal of Latin American & Caribbean Anthropology*, 23(1), 152-168.
- Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra: postdesarrollo y diferencia radical*. Medellín: Universidad Autónoma Latinoamericana.
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio y población: Curso en el College de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2008). *Tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- (2010). *El coraje de la verdad: El gobierno de sí y de los otros II. Curso en el College de France (1983-1984)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- (2014). *Obrar mal y decir la verdad. La función de la confesión en la justicia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Gallego Dueñas, F. (2016). El secreto de los cuerpos y el cuerpo del secreto. *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*, 407-414.
- García, A. (2010). *The Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession along the Rio Grande*. Berkeley: University of California Press.
- Giordano, C. (2008). Practices of Translation and the Making of Migrant Subjectivities in Contemporary Italy. *American Ethnologist*, 35(4), 588-606.
- (2015). Lying the Truth Practices of Confession and Recognition. *Current Anthropology*, 56(12), 211-221.
- Grimberg, M. (2009). Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. Buenos Aires: Antropofagia.
- Hacking, I. (1995). The Looping Effects of Human Kinds. En Sperber, D., Premack, D. y Premack, A. (comps.). *Symposia of the Fyssen Foundation. Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351-394). Nueva York: Clarendon Press/Oxford University Press.
- Harvey, D. (2004). The 'New' Imperialism: Accumulation by Dispossession. *Socialist Register*, 40, 63-87.
- Jenkins, J. (1996). Culture, Emotion, and Psychiatric Disorder. En Sargent, C. y Johnson, T. (comps.). *Handbook of Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method* (pp. 71-88). Westport: Greenwood Press.
- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (comps.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kulick, D. (2015). When Privacy and Secrecy Collapse into One Another, Bad Things can Happen. *Current Anthropology*, 56(12), S241-S250.
- Lakoff, A. (2005). *The Pharmaceutical Reason*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lock, M. y Nguyen, V. K. (2010). *Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley- Blackwell.
- Luhrmann, T. (1989). The Magic of Secrecy. *Ethos*, 17(2), 131-165.
- Manderson, L., Davis, M., Colwell, C. y Ahlin, T. (2015). On Secrecy, Disclosure, the Public, and the Private in Anthropology. *Current Anthropology*, 56(12): 183-190.
- Margulies, S. (2014). La atención médica del VIH/SIDA: Un estudio de antropología de la medicina. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.
- Martínez-Hernández, A. (2017). El secreto está en mi interior. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo

- de antidepresivos. En Comelles, J. y Perdiguero-Gil, E. (comps.). *Educación, comunicación y salud. Perspectivas desde las ciencias sociales y humanas* (pp. 305-321). Tarragona: Publicaciones de la Universitat Rovira i Virgili.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos.
- Nguyen, V. K. (2010). *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham: Duke University Press.
- Ollier, M. (1998). *La creencia y la pasión. Privado, público y político en la izquierda revolucionaria*. Buenos Aires: Airel.
- Onocko Campos, R., Massuda, A., Valle, I., Castaño, G. y Pellegrini, O. (2008). Salud colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. *Salud Colectiva*, 4, 172-185.
- Ortale, S. y R. Enríquez Rosas (2012). *Política social en América Latina y género: Configuraciones/reconfiguraciones en la participación de las mujeres*. Buenos Aires: Biblos.
- Ortiz-Hernández, L., López Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad económica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cad. Saúde Pública*, 23(6), 1255-1272.
- Rabinow, P. (2008). *Marking Time: On the Anthropology of the Contemporary*. Princeton: Princeton University Press.
- Ranciere, J. (1996). *El desacuerdo: Política y filosofía*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Ricœur, P. (1990). *Freud: Una interpretación de la cultura*. Bogotá: Siglo XXI.
- Rosaldo, M. (1984). Words that Are Moving: The Social Meanings of Ilongot Verbal Art. En Brenneis, D. y Myers, F. (comps.). *Dangerous Words: Language and Politics in the Pacific* (pp. 131-160). Nueva York: New York University Press.
- Rose, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Scarry, E. (1985). *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*. Nueva York: Oxford University Press.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre el género entre la antropología, el psicoanálisis y la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Squire, C. (2015). Partial Secrets. *Current Anthropology*, 56(12), S201-S210.
- Swampa, M. (2005). *La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.
- Swampa, M. y Viale, E. (2014). *Maldesarrollo: La Argentina del extractivismo y el despojo*. Buenos Aires: Katz.

- Taussig, M. (1999). *Defacement: Public Secrecy and the Labor of the Negative*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Vezzetti, H. (1996). *Freud en Buenos Aires*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Visacovsky, S. (2002). *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

Octavio Bonet

**EN BUSCA DE LA SALUD MENTAL.
SUFRIMIENTO Y VULNERABILIDADES EN
LA FORMACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
Y SALUD MENTAL**

En una investigación realizada hace pocos años, en una residencia de medicina familiar, percibí que los casos de pacientes que incluían una dimensión asociada a la salud mental ocupaban un lugar central en los debates, en las presentaciones y en el cotidiano de las prácticas médicas. Cuando eran consultados por los motivos del tratamiento preferencial para estos casos clínicos, los médicos de familia argumentaban que se prestaban mejor para analizar y ejemplificar un abordaje centrado en la persona, lo que les permitía tratar a los pacientes a partir de la historia de vida y de la familia en su contexto (Bonet, 2015).

En concordancia con esa percepción etnográfica, la producción bibliográfica muestra que el sufrimiento asociado con la salud mental tiene una prevalencia que alcanza el 25% de la población brasileña (Maragno *et al.*, 2006). Este porcentaje aumenta al 34% si se consideran los casos dudosos de trastorno mental común (Moreira *et al.*, 2011). La gran mayoría de esta población recibe atención en la Estrategia de Salud Familiar (ESF), que constituye el primer nivel de atención del Sistema Único de Salud (SUS) — que alcanza el 19% de la demanda total de atención— (Tavares *et al.*, 2013). Los padecimientos asociados con la salud mental varían desde los mencionados en la literatura como trastornos mentales comunes hasta trastornos mentales graves y persistentes (Fortes *et al.*, 2014). Los primeros, que

no cumplen con los criterios diagnósticos psiquiátricos, se presentan como sufrimientos difusos o trastornos de ansiedad.

Dada la prevalencia de los trastornos mentales comunes y del sufrimiento que generan, en 2014 comenzó una reforma curricular en los cursos de medicina. Con esta reforma, la salud mental pasaba a ser considerada un área básica en la educación médica, lo que requería que la Atención Primaria para la Salud fuera resolutoria tanto en psiquiatría como en clínica médica (Fortes *et al.*, 2014: 1095).

El objetivo de este capítulo es estudiar la relación entre el sufrimiento y la salud mental en el proceso de formación de los estudiantes de Medicina que realizaron las prácticas finales obligatorias conjuntas en medicina familiar y salud mental en la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). El interés se centra en la manifestación del sufrimiento en la práctica de los estudiantes de Medicina y, específicamente, en el sufrimiento que llamé “difuso” (Valla, 2002), que puede ser provocado por un “evento crítico” (Das, 1995) o no, pero que se presenta como una queja por parte de los estudiantes de que “no están preparados” para lidiar con este sufrimiento.

Esa vivencia del sufrimiento en el contexto etnográfico llevó a la asociación entre los conceptos de “sufrimiento difuso” y de “malla”, de Valla e Ingold respectivamente. Victor Valla definió el sufrimiento difuso para pensar la queja de los usuarios del sistema “sobre dolores de cabeza, dolores en otras partes del cuerpo, miedo, ansiedad —síntomas para los cuales el sistema de salud no dispone ni de tiempo, ni de recursos para tratar—” (2002: 64). La queja de los alumnos rotantes de que no están preparados para lidiar con estos casos les genera a su vez un sufrimiento difuso que se relaciona con el ambiente de las prácticas que —usando el concepto desarrollado por Ingold— es definido como “malla”; es decir, “un enmarañado de líneas de vida, crecimiento y movimiento a lo largo de las cuales uno percibe y actúa (2011: 63).

El concepto de sufrimiento fue ampliamente tematizado en la antropología de la salud. En la antropología médica estadounidense, un conjunto de autores —que se agruparon bajo la categoría de “sufrimiento social”— entienden el sufrimiento en un sentido amplio, asociado tanto con el cuerpo como con la psiquis, que puede derivarse de enfermedades o procesos de violencia colectiva o de pérdidas individuales (Kleinman y Kleinman, 1991; Green, 1998; Kleinman, Das y Loock, 1997; Biehl, 2005; Throop, 2010; Farmer 2009).

En otra perspectiva teórica, es relevante el trabajo de Luc Boltanski (2007) y, en Brasil, es posible mencionar los estudios de Luiz Fernando Dias Duarte y Ondina Leal (1998), Nubia Rodrigues y Carlos Caroso (1998), Cynthia Sarti (2010) y Ceres Víctora y Antonio Ruas-Neto (2011). Para estos autores, la dimensión del sufrimiento

puede calificarse de innumerables maneras, desde la asociada con la interrupción y la disolución de la persona hasta un sufrimiento buscado porque tiene relación con la constitución de la persona misma, en los rituales de pasaje, por ejemplo.

Se puede afirmar que las dos perspectivas, a pesar de sus diferencias, tienden a una comprensión del sufrimiento más allá de la dimensión biomédica, incorporando el sufrimiento psíquico y social, que se manifiesta en la cotidianeidad vivida por los sujetos.

Metodológicamente, la investigación consistió en un trabajo etnográfico en el que se observó la rutina de los alumnos, las reuniones de los profesores, se realizaron entrevistas y grupos focales y se analizaron los informes semanales. En este capítulo el interés estará centrado en las narrativas de los alumnos rotantes, expresadas en los grupos focales y en las entrevistas, sobre el sufrimiento difuso vivido en el cotidiano de sus prácticas. Es importante explicitar que los colaboradores de la investigación fueron, fundamentalmente, los alumnos del último año del curso de Medicina de la UFRJ, que realizaban las prácticas finales obligatorias (PFO) y/o el internado rotatorio. Estas prácticas consisten en el aprendizaje en servicios, según las diferentes especialidades médicas; la investigación se centraba exclusivamente en los alumnos rotantes que realizaban las prácticas en medicina de familia y salud mental.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL EN BRASIL

El marco situacional de la salud mental en la atención primaria en Brasil es una asociación de perspectivas del movimiento llamado Salud Mental Global, de la Organización Mundial de la Salud y la reforma psiquiátrica brasileña. El primero propone como eslogan que “no hay salud sin salud mental” y la segunda postula el fin de los hospicios a partir de la creación de una red de Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Estas acciones llevaron a la búsqueda de soluciones y cambios que afecten tanto la formación profesional como el proceso de atención de la población que sufre diferentes tipos de trastornos mentales (Wenceslau y Ortega, 2015; Patel y Prince, 2010; Summerfield, 2012; Kohrt y Mendenhall, 2015).

Como consecuencia de esta confluencia de intereses y, también, debido a la prevalencia del sufrimiento relacionado con la salud mental, en 2014, a través de la resolución 3 de la Junta de Educación Superior del Consejo Nacional de Educación, se modificaron las directrices nacionales del plan de estudios de Medicina (DCN, 2014). La resolución se divide en tres grandes áreas: atención médica, gestión y educación, que a su vez se dividen en necesidades de salud individuales y colectivas. Además de explicar que las PFO deben estar orientadas

hacia el SUS, la resolución establece que los principios deben ser la búsqueda de una atención integral a través del trabajo en equipo y la búsqueda de la articulación entre los aspectos biológicos, psicológicos y los factores socioeconómicos y culturales relacionados con enfermedades y sufrimientos.

Este documento estipula que un mínimo del 30% de la carga de trabajo de las PFO deben estar relacionadas a la atención primaria y al servicio de emergencia, y el resto (70%), en las áreas esenciales de clínica médica, cirugía, obstetricia, pediatría, salud colectiva y salud mental. Asimismo, se explicitan dos transformaciones fundamentales al asociar las actividades de atención primaria con la medicina familiar y al tornar obligatorias las PFO en salud mental. Este doble cambio en la organización curricular motivó la iniciativa de asociar las PFO de los dos departamentos de la UFRJ, Medicina Familiar y Psiquiatría.

La asociación entre la atención primaria y la medicina familiar comenzó en la década de 1990, cuando la ESF se cristalizó como la política de atención primaria del Ministerio de Salud en Brasil (Bonnet, 2014; Favoreto, 2002). Desde la creación del Programa de Agentes de Salud Comunitarios (PACS) y el Programa de Salud de la Familia (PSF), que comenzaron en 1991 y 1994, respectivamente, es claro que el sistema de salud en Brasil tiende a enfatizar la atención primaria.

A partir de la norma operacional básica 96, de 1996, la ESF se establece como un modelo para reestructurar las prácticas de salud, buscando superar, según Hesio Cordeiro (1996), “la fragmentación de los cuidados médicos derivada de la división social y la división técnica del trabajo en salud [...] [y proporcionar] servicios con continuidad, para comprender todas las condiciones que determinan los problemas de salud” (p. 12). Las ideas clave que tendrían que ponerse en juego para superar este modelo segmentario serían “una concepción de la salud relacionada a la calidad de vida; la noción de equipo de salud; intervención del equipo en la familia y la comunidad y la acción intersectorial” (Favoreto, 2002: 15). De acuerdo con los principios de este modelo, el equipo de salud debe realizar el cuidado de la salud de adultos y niños, enfermos o sanos, integral y continuo, y promover la calidad de vida.

Con respecto a la salud mental, hasta la década de 1980, era hegemónico un modelo de atención hospitalaria y medicalizadora. Solo después de la reforma psiquiátrica se propuso una desinstitucionalización que implicaba un “cambio cultural, político, social, ideológico y ético en la forma de tratar el sufrimiento psíquico” (Iglesias y Avelar, 2013: 3792). En este proceso de reforma psiquiátrica, es esencial que los pacientes sean socialmente reincluidos, acogidos y tratados en su sufrimiento, y para esto se creó una red de CAPS. Para tener éxito

en el proceso de transformación, la articulación entre salud mental y atención primaria es fundamental, a través de la red de unidades básicas de salud, que están estructuradas en la ESF. Este es un recurso institucional próximo a la población, que conoce el territorio, que promueve lazos continuos y que considera al individuo y la familia como objetivos de la atención.

En Brasil, el modelo elegido para instrumentalizar el proceso de articulación de la salud mental con la ESF se denominó matriciamiento o soporte matricial. Campos desarrolló la idea de apoyo matricial, o equipo matricial, al proponer una nueva forma de organizar el trabajo de salud (Campos, 1999; Campos y Nascimento, 2007). En 2008, a través de la ordenanza 154 del Ministerio de Salud, se crearon los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) para regular la práctica del apoyo matricial (art. 4, ítem IV: “En vista de la magnitud epidemiológica de los trastornos mentales, se recomienda que cada Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia tenga al menos un (1) profesional de la salud mental”) (Brasil, 2008).

Básicamente, lo que propone el apoyo matricial es una articulación entre la red de salud mental y la red de atención primaria para alcanzar una clínica y un cuidado ampliado de los usuarios del sistema. Según Iglesias y Avelar, “el apoyo matricial en salud mental tiene la función de apoyar, debatir, intervenir conjuntamente y capacitar a los profesionales de los Centros de Atención de Salud en los cuidados de la salud mental, promover la corresponsabilidad de los casos existentes y aumentar la capacidad de resolución de los equipos” (2013: 3792). En Fortes *et al.*, el apoyo matricial se define como “una actividad de atención colaborativa interdisciplinaria en la que un profesional capacitado lleva a cabo una atención conjunta o debate de casos con el equipo de referencia para delinear un plan terapéutico” (2014: 1082). La propuesta consiste en integrar el trabajo de dos equipos, uno de referencia y otro de soporte, el primero lidera el caso y el equipo de soporte contribuye a agregar conocimiento para fundamentar la intervención.

Al producir este contacto entre los equipos, el apoyo matricial establece una relación entre la ESF y los centros de atención psicosocial, funcionando así como un “regulador de flujo que define a qué nivel se acompañará cada caso” (Souza *et al.*, 2012: 1027).

La mayoría de los textos analizados reconocen el carácter innovador y revolucionario de la propuesta del apoyo matricial, pero también destacan los problemas causados en torno a las responsabilidades compartidas entre los equipos (Medeiros, 2015: 1166). Por un lado, se encuentran los límites del conocimiento y el intercambio de prácticas hasta la falta de conocimientos específicos para la salud mental de estos profesionales, cuya capacitación es generalista o es-

pecializada en otras áreas, una dificultad que se repite en relación con las demandas de salud mental (Dimenstein *et al.*, 2009: 70). Por otro lado, la ESF no ha podido “tocar el núcleo de los factores que transformarían la atención en salud mental” (Souza *et al.*, 2012: 1025).

La creación de un espacio de encuentro interprofesional que potencializa la atención integral de la salud es la transformación fundamental operada por el apoyo matricial en la relación entre la atención primaria y la salud mental

LAS PFO CONJUNTAS ENTRE LOS DEPARTAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR Y DE PSIQUIATRÍA DE LA UFRJ

Como mencionamos anteriormente, el proceso de transformación de la relación laboral entre la salud mental y la medicina de familia se complementó con el cambio en las pautas curriculares de los cursos de Medicina en Brasil, a través de la resolución 3 del Consejo Nacional Educación, que buscaba resolver el problema de la capacitación en servicio —es decir, en la práctica diaria— de la salud mental de los recursos humanos del SUS.

En el caso de la UFRJ, este cambio curricular resultó en una propuesta de formación conjunta entre medicina familiar y salud mental, como una forma de continuar contribuyendo a la desinstitutionalización propugnada en la reforma psiquiátrica y la priorización de la atención primaria enfatizada en el SUS y en la ESF.¹ Cuando el Departamento de Psiquiatría de la UFRJ tuvo que pensar en la implementación de sus PFO de pregrado en salud mental, comenzaron los contactos para implementarlo conjuntamente con el Departamento de Medicina Familiar. Así en abril de 2015, se dio inicio a un proyecto piloto, que se expandió en julio de 2016, extendiéndose al total de las veintidós semanas actuales.

Entre las justificaciones para implementar las PFO en salud mental, se argumenta que la enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas clínicos, que aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia presentan comorbilidades clínicas y, finalmente, la alta prevalencia de los trastornos mentales comunes en atención primaria. En este contexto, se espera que las PFO le permita al estudiante adquirir conocimientos y habilidades para lidiar con el sufrimiento psíquico que acompaña a todo el proceso del padecimiento clínico y, fundamentalmente, que el alumno rotante ponga en práctica una medicina centrada en la persona, que puede

1 Las PFO en medicina de familia y comunidad fueron implementadas en 2006. Al comienzo eran electivas y no obligatorias.

hacer visitas domiciliarias para el seguimiento clínico y la promoción en salud mental, actuando de manera interdisciplinaria y reconociendo los recursos de la red de atención psicosocial en el área de influencia de su clínica.

En el primer día, los profesores y tutores reciben a los alumnos rotantes de las PFO para una serie de actividades para conocer los objetivos y las rutinas que desarrollarán durante las siguientes veintidós semanas. Estas actividades de recepción incluyen un encuentro con el grupo “La voz de los usuarios”, una presentación de una alumna rotante que está terminando las prácticas para hablar sobre su experiencia, reuniones con profesores y preceptores para definir las clínicas en las que realizarán las prácticas. Asimismo, durante 2017, se realizaron grupos focales.

En el último día de las veintidós semanas, los alumnos rotantes presentan un trabajo final, que consiste en una investigación realizada durante su práctica clínica en las PFO o sobre un tema teórico que les interese. Además, con la misma dinámica del inicio, se han llevado a cabo grupos focales.

“La voz de los usuarios” es un grupo formado por pacientes del hospital de día del Instituto de Psiquiatría (IPUB) de la UFRJ que participan en clases prácticas de la disciplina de psicopatología en el curso de Psicología de la universidad. El objetivo que motivó su inclusión en la recepción de los alumnos rotantes es que ellos pueden aprender experiencias de enfermedades mentales vividas en primera persona. La presentación de la estudiante que completó sus prácticas también tiene como finalidad proporcionar un relato en primera persona.

En las reuniones con los profesores, el propósito es explicar al estudiante que ingresa cuál será la “semana estándar” que realizarán; esto significa cuánto tiempo pasarán en el consultorio médico, en visitas domiciliarias, en clases obligatorias, en reuniones de apoyo matricial por especialización, en reuniones con el preceptor y con los informes semanales sobre las situaciones experimentadas. Si bien existe la idea de que todos tienen que realizar estas actividades, se espera que cada clínica y cada equipo de apoyo matricial hagan ajustes de acuerdo con las instalaciones y restricciones que requiere cada clínica y área programática. Esto produce algunos matices en la formación de los alumnos, que también están asociados con sus intereses personales, lo que resulta en un mayor o menor provecho de las PFO.

Los grupos focales, llamados grupos de entrada y de salida, fueron pensados para comprender el impacto de las PFO en los estudiantes. La dinámica de cada grupo focal consistía en mostrar dos videos en el grupo de entrada y un video en el grupo de salida. Los videos operaban para producir una discusión sobre la atención centrada en

la persona, sobre los comportamientos terapéuticos compartidos entre profesionales y usuarios, sobre los padecimientos mentales y físicos y otros temas centrales de las PFO. La pregunta para disparar la actividad era completamente neutral: ¿qué acaban de ver?

El primer video, transmitido en el grupo de entrada, era un monólogo de un joven, una narrativa en la que contaba la percepción personal de su padecimiento. El protagonista de este video era un repartidor de comidas con historia de uso de drogas y que hablaba con dificultad sobre el origen de su enfermedad, asociada con su infancia, con la relación con sus padres y con las situaciones experimentadas en su trabajo —que lo ponía en contacto diario con el dióxido de carbono de los caños de escape de los automóviles—. El segundo video abordaba la historia de un hombre que necesitaba un trasplante de hígado y que, aunque estaba en la lista de espera, no había podido dejar de beber. Ante la posibilidad de un trasplante, el médico que había establecido un fuerte vínculo con el paciente se enfrentó a la chance de cancelarlo, ya que el requisito previo esencial para la operación era que el paciente dejara de beber. El médico expresaba la trayectoria del paciente, retratado en el video como un hombre muy deprimido, que para vivir dependía económicamente de su ex esposa. El tercer video, que se exhibía en los grupos focales de salida de las PFO, mostraba una situación experimentada por un equipo de salud en la que necesitaba hacer una visita domiciliaria. En este video, el padre de la familia autorizaba la entrada, excepto en una de las habitaciones donde se escondía una hija preadolescente que estaba enferma. El padre tenía una conducta que podría enmarcarse como una “enfermedad mental grave”. El desarrollo incluía una situación de violencia que motivaba la separación temporal de la familia, porque el padre era internado compulsivamente, siendo que era el sustento económico. Cuando el padre regresa a la casa (medicado y discapacitado), el desafío del equipo era poder atraer a la familia a la clínica para acompañar el proceso de atención de la salud.

El paciente del primer video fue etiquetado casi invariablemente como un paciente “psiquiátrico” o “esquizofrénico”, debido al lenguaje confuso, la falta de lógica temporal clara y el lenguaje corporal que mostraba mucha ansiedad. El segundo video, aunque era la historia de un paciente visiblemente deprimido y alcohólico, la discusión no se refería a la salud mental, sino a la dimensión ética del trabajo del médico. El tercer video direccionó la discusión a una pregunta sobre los límites del trabajo del equipo de salud, especialmente cuando se asocia con problemas de salud mental.

En los diferentes grupos focales, los temas más recurrentes, especialmente en el grupo de salida, se relacionan con la idea de que no están preparados para lidiar con la dimensión del sufrimiento mental,

con la complejidad de las historias que enfrentan. Los alumnos argumentaban que la universidad no los preparaba para eso. Podemos preguntarnos, entonces, ¿para qué los prepara la universidad?

SUFRIMIENTO, VIOLENCIA Y ESTRÉS EN EL COTIDIANO DE LAS CLÍNICAS DE LA FAMILIA

Cuando se habla de la falta de preparación en la formación práctica de los médicos, necesariamente pensamos en el sufrimiento que los propios estudiantes tuvieron que enfrentar en la práctica. Pero también nos remite a la organización particular de las PFO, ya que se lleva a cabo en clínicas de la familia; esto es, descentralizadas.

Esto aparece claramente en el testimonio de María, una alumna rotante que recibe a sus colegas el primer día de las prácticas:

En mi primer día vine aquí [día de entrada en el Instituto de Psiquiatría], como ustedes, en mi rotación, y al día siguiente fui a la clínica. Solo que llegas a la clínica y llegas muy perdido. Primero porque la clínica ya está funcionando, tiene toda una dinámica, todos ya saben qué hacer, llega el médico y ya tiene una agenda llena. Entonces alguien se detendrá para presentarle la clínica, pero verás que todos ya están trabajando, por lo que asusta un poco.

En este testimonio comienza a aparecer un primer extrañamiento derivado del hecho del desconocimiento del entorno laboral, ya no es el “hospital universitario al que estábamos acostumbrados”. Esta transformación del espacio aparece asociada a relaciones laborales completamente diferentes que producen una nueva subjetividad.

Sigamos con la presentación de María:

Es una relación totalmente diferente a la que tuvimos con los otros profesores, del Fundão [hospital universitario de la UFRJ], desde ginecología, obstetricia, pediatría, es una relación mucho más abierta [...] en estas PFO de medicina familiar, y creo que lo más importante es que asumimos un papel totalmente diferente al que estamos acostumbrados. Tenemos una gran autonomía, tenemos nuestros pacientes, nuestra agenda. Puedo decidir qué hacer con mis pacientes, obviamente hablando con mi preceptor, pero tenemos una autonomía a la que no estamos acostumbrados, y eso es muy bueno. Me siento mucho más preparada ahora que antes de ingresar a la medicina familiar. [...] Aprendí mucho en la clínica médica, aprendí mucho, pero siempre me sentí muy estudiante. Siempre me sentí así: “Ah, tengo que preguntarle exactamente qué voy a hacer porque no tengo la capacidad de decidir por mi cuenta”. Creo que esa fue la principal diferencia.

Sin embargo, esta transformación subjetiva y de relaciones laborales impone un precio que los alumnos rotantes comienzan a compartir con los médicos. Al ser parte de los equipos como alumnos, pero con responsabilidades compartidas con los profesionales, sufren las mismas tensiones producidas por las situaciones cotidianas que solo pueden explicarse por una perspectiva ampliada de los cuidados médicos asociada con los itinerarios de búsqueda de cuidados que realizan los usuarios de la clínica en la vida cotidiana (Bonet, 2014).

Estas tensiones desencadenan un movimiento recursivo entre el sufrimiento de los profesionales y de los usuarios. Hablando sobre el video donde el médico, que aparece en escena fumando nervioso, tiene que decidir si le hará o no el trasplante de hígado al paciente, João, uno de los alumnos rotantes, identifica esta situación con la que convivían en las PFO:

Toda esta situación también estaba afectando mucho al médico [...] Termina mostrándonos un lado con el que lidiaremos en muchas situaciones difíciles, lo que requerirá mucho de nuestras emociones. Para decidir decirle al tipo: “Mira, puedes morir, no sé, dentro de un mes, pero no voy a darte el trasplante porque no hay forma de insertar ese órgano”. Decirle eso a una persona, a su familia, es complicado. Es una realidad que nos muestra de una manera muy clara que esta práctica y la vida cotidiana pueden ser mucho más difícil de lo que pensamos.

Esta dimensión de la vida cotidiana que experimentaban en las PFO aparece en el discurso de otro de los alumnos rotantes, al referirse a la entrada en contacto con la comunidad, con lo que las personas viven día a día, más allá de la formalidad de la consulta. Este “más allá de la consulta” se refiere a los problemas y las interacciones que escapan de la dimensión clínica. Esto produce un profundo sufrimiento debido a la percepción de no estar preparado para enfrentarlo, como podemos ver en el testimonio de Carla:

Creo que toda clínica, al menos la mía, tiene pacientes extremadamente complicados, de nivel de agresión, no físicos, pero verbales, que debes aprender a abordar. La semana pasada tuvimos una paciente, combinamos con ella para que todos los viernes fuera a la clínica a hablar. Ella es una drogadicta y está tratando de parar. Hay un periodo en el que está limpia, pero ahora está usando diazepam. No puede dejar las drogas y eso es todo, todavía tiene esta medicina como una adicción. Entonces ella va todos los viernes, habla con el médico y luego toma un diazepam. Pero de

vez en cuando se vuelve agresiva, maldice a todos, pateo todas las cosas. Y esta combinación se estaba volviendo poco práctica. Entonces, ¿qué hacemos? Ella tiene una relación muy conflictiva con su madre. Comenzaron a maldecirse dentro de la clínica... cosas muy pesadas... Y nos quedamos escuchando, sin herramientas para poder... ¿Qué hacés? Con una familia así, si la niña pesa treinta y cinco kilos, está extremadamente desnutrida, lupus... De todos modos, no creo que se trate de agresión física, pero también estamos en esta situación.

Después de esta charla, una colega se solidariza con este sentimiento de angustia que expresa la alumna rotante y dice:

¿Y cómo vas a lidiar con esta situación si todo te causa un sentimiento tan negativo? El sistema de atención médico tampoco trata a este tipo de pacientes. No lo hace, porque necesitarías un análisis continuo [...] Un psiquiatra allí todos los días, prácticamente, algo intenso que no ofrecemos. Así que déjalo morir... ¿Cómo lo haces?

Asimismo, asociado a esa preocupación, puede surgir un sentimiento negativo con respecto a la vida cotidiana de los alumnos rotantes en relación con la falta de respuestas que perciben de los usuarios o con la violencia que proviene de ellos, que produce situaciones difíciles con las que no pueden lidiar por la “falta de experiencia” o por las condiciones de organización del trabajo. Esto se manifiesta explícitamente en tres afirmaciones hechas en uno de los grupos focales de salida:

Además del contexto del paciente, también pienso en nuestra condición de trabajar duro, con solo un pequeño descanso de Año Nuevo después de un semestre estresante, y no paramos más. No creo que tampoco puedas decir que estamos bien. La mayoría aquí no para y estamos lejos de estar descansados, parece que estamos inducidos a tener un problema.

En la clínica vi un *burnout*² frente a mí, de una médica... Yo tuve, no públicamente, pero hubo momentos en que fui a la clínica llorando todos los días, sufría mucho, ¿sabes? Y no tenía a nadie a quien buscar. Y aprendemos esta cosa de medicina familiar, el paciente en primer lugar... ¿Y nosotros? Sabes, no tenemos... A veces escribimos una observación en el diario de campo, y es eso.

2 Síndrome de estado de agotamiento físico y mental cuya causa está íntimamente asociada a la vida profesional.

Incluso tuve que hablar de eso en mi trabajo final también, porque era una forma de sacarlo afuera.

El profesional de la salud... sufrimos, ¿no? Tenemos sentimientos, nosotros... Hay situaciones que para nosotros son angustiantes, que nos agotan. Sabes, te quedas en una clínica todo el día...

Este grado de estrés y sufrimiento, que se manifiesta como ansiedad, angustia, cansancio en muchos discursos de los alumnos rotantes, también se relaciona con el hecho de que no pueden entender por qué los usuarios no utilizan los servicios que ofrecen las clínicas de familia: “Al principio estaba estresada... fue un sufrimiento. ¿Sabes? Pensaba: ‘Si tuviera... no tengo seguro médico; no soy de aquí, tal vez si tuviera una clínica como esta sería bueno para mí’, ¿no?”.

El sufrimiento de los alumnos rotantes asociado con la organización del trabajo diario se presenta explícitamente en uno de los informes semanales que Carlos hizo para su preceptor:

En las últimas semanas, la cantidad de consultas que realizamos ha sido agotadora, la mayoría de ellas pacientes poliquejosos o casos que no requerían ninguna urgencia, como una tos aislada durante un día sin ninguna alarma.

Siento que no estoy aprendiendo nada, ya que apenas hemos tenido tiempo para discutir casos y conductas. Mi impresión es que todo el mundo parece olvidar que somos alumnos rotantes... Además, hemos estado recibiendo quejas del agente comunitario y de los propios pacientes. El paciente invadiendo la habitación, gritando y creando confusión ha sido una constante en mi vida diaria.³

Desde la perspectiva estadounidense asociada al “sufrimiento social”, la definición imprecisa del concepto de sufrimiento busca justamente enfocarse más en la dinámica de la vida que causa sufrimiento que en la esencia del concepto. La idea principal de esta perspectiva radica en el hecho de que las formaciones sociales producen sufrimiento que cambia la vida cotidiana de los sujetos (Kleinman, Das y Lock, 1997). En este sentido, se aproxima al trabajo de Dias Duarte y Leal que rescata el carácter necesariamente entrañado del sufrimiento, referido a la relación de la persona con el mundo (1998: 19). Tanto Dias Duarte

3 Todos los internos tienen que realizar informes semanales, para el preceptor, relatando las actividades realizadas y, sobretodo, los dilemas, las cuestiones y los problemas vividos en el cotidiano del servicio. A través de ese canal, los preceptores van acompañando el paso por el internado, estableciendo un diálogo con los internos que ayuda a resolver los obstáculos.

y Leal (1998: 13) como Rodrigues y Caroso (1998: 140), Sarti (2010: 205) y Víctora y Ruas-Neto (2011: 56) discuten la posibilidad de relativizar el significado del sufrimiento, mostrando la necesidad de una contextualización cultural de la dinámica de esta categoría. Lo que interesa específicamente en estos enfoques es la necesidad de incluir la vivencia del sufrimiento en el contexto etnográfico particular de los alumnos rotantes, en sus relaciones con profesionales y usuarios.

Por centrarse en estas dinámicas de vida, los autores mencionados enfatizan las construcciones narrativas. En este movimiento se puede ver cómo el sufrimiento generado en la vida cotidiana de los alumnos rotantes en las clínicas está dando forma a una subjetividad que asocia un fuerte crecimiento profesional (“sentirse” médicos por primera vez) con un alto grado de estrés y ansiedad (llegar a casa consumido).

Asociado a este contexto etnográfico, notamos una dimensión interesante que se manifestó en los grupos focales: la asociación entre sufrimiento, ansiedad y violencia. Esta nos permite pensar en la noción de sufrimiento difuso. Paul Farmer (2004 y 2009) desarrolló la idea de violencia estructural para referirse al tipo de violencia encarnada en los sujetos que se deriva de procesos sociales históricamente estructurados de desigualdad social (2009: 12). Según Farmer, esta violencia produce un tipo de sufrimiento que “rara vez es observable y frustra a quienes quieren describirlo” (2009: 19). Estas ideas nos remiten al concepto de violencia simbólica trabajado por Bourdieu (2009). La violencia simbólica sería esa violencia leve, invisible, “censurada y eufemizada, es decir, desconocida y reconocida, elegida y sufrida, que caracteriza la violencia de la confianza, del don y que se impone como un modo de dominación en contextos donde no es posible ejercer la dominación directa” (Bourdieu, 2009: 211). No es una violencia ejercida directamente, pero sin darse cuenta, produce y reproduce sin ser reflejada, y por esta razón encarna y causa un sufrimiento “difuso”, sentido, pero aceptado, que genera una revuelta, pero se sostiene por diferencias estructurales.

Estos dos conceptos ilustran claramente los contextos de trabajo de los profesionales de las clínicas y, por lo tanto, de los estudiantes de las PFO de medicina familiar y salud mental. Las clínicas de familia, que tienen como objetivo proporcionar cobertura de salud a las poblaciones más desatendidas, se encuentran en regiones urbanas caracterizadas por la pobreza, la marginalización y contextos de profunda vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad está muy diseminada entre profesionales y usuarios, y una de sus consecuencias es la producción de malentendidos o lecturas discordantes de las situaciones sociales experimentadas. El discurso de Andrea, una alumna rotante, expresa con claridad cómo las tensiones sociales continuas de la vida cotidiana —a las que Farmer configura como violencia estructural y

Bourdieu entiende como violencia simbólica— producen esta visión diferente incluso de gestos simples como una sonrisa:

Hace dos semanas tuve una situación con un paciente que sin duda era de salud mental, pero que yo no hacía el seguimiento. Pasé por el pasillo y saludé al paciente que estaba sentado, a quien conozco. Sonreí. El otro paciente dijo que me estaba riendo en su cara; yo solo estaba pasando por el pasillo. Y él quería golpearme. Tuvieron que sostenerlo y comenzó a gritar: “Te estás riendo de mí”. Y yo estaba tratando de explicarle: “No, estaba saludando al señor que estaba sentado”. Ni siquiera me reí, solo hice eso, ya sabes, sonreí. Y luego tuvieron que llamar a varias personas para sostenerlo. Entonces, hay situaciones en las que estamos muy vulnerables, realmente asustados, ¿sabes?

Por haber pasado la mayor parte de su capacitación en los pasillos del hospital universitario, los alumnos rotantes han estado en contacto con violencia de diversos tipos. No obstante, las situaciones de violencia experimentadas en las clínicas adquieren mayor relevancia porque ahora pertenecen a los equipos de salud y porque son conscientes del entorno social en la que ocurre.

Sin embargo, debido a que son parte del equipo de salud, tienen que mantener una actitud profesional que genera sufrimiento por la impotencia de no poder resolver algunas situaciones. Esto es explícito en dos intervenciones en los grupos focales:

Las personas que no están directamente en la clínica de familia terminan teniendo esta visión más simplificada de aquellas personas que están todos los días, de alguna manera... ¿Entiendes de lo que estoy hablando? Como si tuviéramos que decir: “Ah, fuiste agredido y todo, pero no puedes estar enojado, no puedes tener miedo del paciente”. En nuestra clínica tuvimos, este semestre, muchos episodios de violencia contra los alumnos rotantes y es muy difícil tratar de acercarse... Entiendo que sea un paciente de salud mental, es diferente, pero también tuvimos casos de pacientes de salud mental que fueron violentos contra nosotros, y no nos sentíamos seguros.

Llegaba a casa consumida. ¿Cómo se puede con esta situación? Y entonces, ¿qué vamos a hacer? Un paciente específicamente absorbió toda mi energía, porque era un paciente de la clínica que venía todos los días y decía que se iba a matar. Y luego él hablaba, yo hablaba con él; unas tres horas, estaba allí hablando y todo: “Hablemos, cálmese...” y él que quería irse. Luego se fue y yo dije: “¿Qué hago?”. Y corrí tras él. Fui a hablar con la residente:

“Bruna, ya no sé lo que hago. Este paciente regresó hoy, diciendo que tiene una soga colgando, que irá para su casa y se suicidará. Hablé con él de todas las maneras...”. Ella me dijo: “Ana, ¿alguna vez has llamado a su hijo y hablado de toda esta situación?”; le dije que sí. “¿No entregaste un certificado diciéndole a su hijo que lo cuidara, pero su hijo no quería quedarse?” “Sí.” “Entonces hiciste todo lo que estaba a tu alcance... le ofreciste una salida, te amenazó, no hay forma de que puedas forzarlo. Él tiene una mujer. Vete a casa tranquila. Si algo le sucede, no fue tu responsabilidad. Hablaste con él con todo el amor e hiciste lo que pudiste.” Realmente, hay momentos en que alcanzamos un límite... ese fue el mío.

En estas narrativas, podemos percibir la tensión que se produce en la búsqueda de una posición adecuada para hacer frente a la violencia sufrida, en el primer caso, o frente a la complejidad de las situaciones. Boltanski, en *La souffrance à distance* (2007), propone una dinámica pendular entre la piedad y la compasión en el análisis del sufrimiento. Según el autor, la piedad llevaría a la necesidad de tomar el sufrimiento a distancia. En este sentido, la piedad distanciaría el sufrimiento de algunos de la perspectiva contemplativa de los otros. Boltanski argumenta que la distinción entre piedad y compasión se establecería al introducir esta distancia, lo que permitiría la posibilidad de generalización. La compasión “se dirigiría a lo singular, a los seres singulares que sufren, sin tratar de desarrollar capacidades de generalización” (2007: 19). La compasión nos ubicaría en el nivel de los individuos, en el ámbito del lenguaje no verbal y las expresiones corporales, de los indicios, de lo menor. Nos colocaría en el ámbito de la proximidad y la continuidad. La piedad, a diferencia de la compasión, buscaría generalizar y, por lo tanto, establecer una distancia entre el sufrimiento y los observadores del sufrimiento, pero esta no puede ser tanta que se pierdan de vista los casos únicos que la originaron.

Es interesante pensar en el sufrimiento de los alumnos rotantes desde esta perspectiva. Ana, la alumna rotante que habló con el usuario que decía que iba a suicidarse, expresó que los médicos y los residentes le decían al usuario “ajam” y lo citaban para la semana siguiente. Después de escuchar este relato, un colega afirmó:

El médico también se desensibiliza. Pasas de alumno a residente, de residente a médico, y las situaciones te afectan cada vez menos, ¿no? Si dice todos los días que se suicidará y no lo hace, es porque no se suicidará. Y eso es verdad. Pero un alumno rotante no lo sabe y, por lo tanto, es más sensible a este tipo de problemas.

El alumno rotante no lo sabe, pero busca saber, busca esta posición entre proximidad y distancia; entre permitirse ser afectado, pero no ser agotado. El sufrimiento se desarrolla en este espacio, en esta línea delgada y borrosa entre la piedad y la compasión.

SALUD MENTAL EN LAS MALLAS DE SUFRIMIENTO

Considerando que en los grupos focales de salida el discurso dominante eran los problemas asociados con la práctica diaria en las clínicas de salud familiar, comenzó a surgir otra pregunta en las conversaciones de pasillo entre los alumnos rotantes, que fue presentada en forma de queja. Si estaban en las PFO de medicina familiar y salud mental, ¿cómo es que no veían salud mental? Esta queja también apareció en una de las entrevistas y en los informes semanales.

Cuando los profesores de las PFO se enfrentaron con la queja, preguntaron: ¿cómo es posible que no vean la salud mental cuando estamos en un contexto de vulnerabilidad generalizada de todo tipo? ¿Cómo no podemos ver la salud mental cuando el sufrimiento adquiere un matiz siempre asociado con los trastornos mentales? En otras palabras, lo que cuestionaban era cómo no encontrar trastornos mentales comunes en las mallas de sufrimiento que representan las clínicas de salud de la familia.

Mi primera hipótesis fue que los alumnos rotantes fueron a las clínicas después de ser recibidos el primer día en IPUB por el grupo “La voz de los usuarios”, y esperaban este tipo de trastorno mental. La salud mental, para estos alumnos, estaba relacionada con escuchar voces, pero no con los deprimidos que no encuentran trabajo; no con el ansioso por miedo a perderlo; no con alguien que sufre de insomnio, porque no puede dormir por los ruidos de disparos.

Asimismo, parte de la respuesta tenía que ver con la organización del trabajo diario de las clínicas. En este registro, la queja estaba vinculada con la proporción entre situaciones relacionadas con historias asociadas a la salud mental y aquellas asociadas a la salud familiar. En los informes semanales de Carlos esto aparece explícitamente: informa sobre el caso de un adolescente de 19 años con síntomas depresivos, problemas familiares complejos y pensamientos suicidas.

Me llamó mucho la atención esta semana [...] un caso que tuve el miércoles, de salud mental. Para ser sincero, me pareció notable que se tratara de un caso de salud mental, lo que de hecho ha sido una rareza para mí [...] Me pareció un caso muy rico y me di cuenta de que extraño tratar a pacientes psiquiátricos. Lamentablemente, recientemente me di cuenta de que el único momento de la semana en que he tenido contacto con casos de salud mental

es el viernes, cuando voy al ambulatorio de trastornos de ansiedad y pánico en el IPUB. En la clínica este contacto ha sido raro.

En los siguientes informes, este sentimiento se repite: “Esta semana pude atender a algunos (pero pocos) pacientes de salud mental, lo que consideré una gran fuente de aprendizaje. Confieso que estaba un poco decepcionado de no poder acompañar a dos de estos pacientes en el apoyo matricial de psiquiatría que ocurrió esa misma semana. Todavía estoy un poco triste porque no puedo seguir de cerca estas consultas con un especialista. Todavía extraño la presencia de un psiquiatra en mi rotación de salud mental.” En contraste con la decepción que se lee en las citas anteriores, en el informe de la décima semana Carlos escribe:

Me siento obligado a escribir en el diario lo que considero que es el momento alto de la semana, que fue el matriciamiento de psiquiatría. Por primera vez en estas diez semanas de prácticas, hasta el momento, asistimos con el psiquiatra matricial a un paciente de nuestra salud mental. La consulta fue muy larga y duró casi dos horas, pero fue una experiencia maravillosa de tantas maneras que no puedo describirla aquí. Entiendo que el médico de familia puede y debe manejar los casos de salud mental, pero estar con el especialista en ese contexto fue esencial.

Carlos concluye este informe señalando un poco de insatisfacción porque estos momentos en los que tuvo una mayor proximidad a la atención de la salud mental fueron pocos. En mi entrevista con él, y hablando de esta “falta” de salud mental, le mencioné una consulta, que había informado en la semana trece, con un hombre de 38 años que había llegado manifestando que, en los últimos meses, había experimentado cambios de humor notorios, llanto constante, falta de interés, insomnio e impotencia. En la entrevista, entonces, le pregunté: “¿No es un caso de salud mental?”, a lo que me respondió: “Sí, pero en comparación con la cantidad de casos que vemos, el porcentaje es mínimo”.

Este tipo de informes podría llevarnos a pensar que, dado que son los primeros años de PFO conjuntas de medicina familiar y salud mental y, por lo tanto, están ajustando y buscando un equilibrio entre las áreas, es esperable que aún exista esta brecha. Sin embargo, y teniendo en cuenta el contexto de vulnerabilidad social en el que se implementan, podríamos pensar que no estamos enfrentando un modo de percepción de situaciones sociales que los estudiantes aprendan durante su educación. Mario, uno de los alumnos rotantes, al comentar el video sobre el trasplante de hígado y los dilemas éticos que la situación significaba para el médico, expresó: “No es solo alcoholismo y cirrosis, ¿sabes? Es todo el aspecto social que está involucrado

allí... Es la familia, es la casa y todo eso. No es solo la enfermedad, la patología. Tiene otro aspecto detrás, ¿no? Creo que el video también muestra algo de eso”.

Creo que ahí habría una clave para esta “falta”. Lo que Mario dice es que la salud mental aparece asociada y enmascarada en una situación englobante. El paciente del video más allá de la cirrosis y el alcoholismo se encontraba en una situación que, en el debate, parecía ser diagnosticada como depresión, pero el mismo debate se centró en los problemas éticos que enfrentó el médico. En parte, esto podría explicar el asombro de los profesores de las PFO conjuntas: ¿cómo no pueden ver la salud mental?

Quizás la dificultad no era ver la salud mental, sino ver la malla en que estaba enmascarada. Quizás la salud mental se presentaba no como una patología diagnosticable, sino como una malla de sufrimiento, que Mario expresó en la idea del “aspecto social que está involucrado allí”.

Ingold, al trabajar con la idea de “vida”, afirma que esta está relacionada con el proceso de desarrollo, que tiene lugar a lo largo de líneas de fuga y no de cierre. Según este autor, para pensar esta “vida” es necesario remitirse a los enmarañados de líneas de vida o mallas. La idea clave de Ingold es que nos movemos en un espacio fluido, en el que nuestra actividad, como organismo-persona, debe entenderse como un aspecto del desarrollo del sistema total de relaciones, compuesto de la presencia corporificada en un ambiente específico (2011: 86). Esta idea se complementa con la de “correspondencia”, a través de la cual podemos pensar las formas en que las líneas se unen y responden entre sí (Ingold, 2012: 47).

Desde esta perspectiva, el énfasis no estará en las formas, que para Ingold constituirían un momento posterior —el producto del proceso de cerrarse sobre sí mismas—, sino en los flujos. Ya no le interesan los objetos autocontenidos, sino observar cómo las cosas interactúan con el ambiente, cómo se extienden más allá de sí mismas. O, para usar su propia metáfora: cómo trasbordan (2012: 42). Ingold llama a este proceso continuo de extravasar de devolver las cosas a la vida. Las cosas están en la vida porque tienen fugas, porque están en constante flujo.

Los profesionales, los alumnos rotantes, los usuarios, las categorías, las patologías, todos están trasbordando. Todo está en un flujo “incómodo” para aquellos que, como los alumnos rotantes, tienen que organizar el conocimiento del “mundo”. De ahí la dificultad de ver el enmarañado de las patologías en las diferentes situaciones experimentadas. Carlos relata otro caso que lo conmovió y que muestra qué tipo de lectura hace:

Era una mujer hipertensa, diabética y dislipidémica de 65 años cuyos parámetros glucémicos, de presión arterial y de lípidos se alteraron significativamente. Investigamos los hábitos alimenticios de la paciente y comenzamos algunas pautas nutricionales relacionadas con la regularidad de las comidas, la calidad de los alimentos y el tamaño de las porciones. En el medio de la conversación, sin embargo, nos informó que no estaba en condiciones de seguir todas estas recomendaciones por completo, a pesar de que ninguna de ellas nos parecía costosa, ya que casi no tenía plata para comprar alimentos. Los únicos artículos que compraba eran galletas saladas, arroz, porotos, aceite, café y pollo. Intentamos ajustar las recomendaciones a la condición que nos presentó, como hacer pollo a la plancha en lugar de frito, poner menos sal en los alimentos, una guía para caminar, entre otros.

Lo que me llamó mucho la atención de esta consulta, de hecho, fueron las malas condiciones de vida de la señora. Me puse muy triste cuando contó algunos detalles de su vida, siendo una persona tan simpática y humilde. Y me sentí bastante impotente, especialmente con respecto a las orientaciones de cambio de estilo de vida. ¿Cómo puedo hacer un cambio representativo en el estilo de vida de un paciente que apenas tiene dinero para comprar una fruta?

Carlos demuestra una profunda compasión, para retomar la categoría de Boltanski. Está atento a la dimensión contratransferencial; se pone triste, indefenso y se da cuenta de la complejidad de la malla; percibe las dimensiones sociales del ambiente, pero no asocia esta historia con la salud mental, ni con el sufrimiento difuso y el padecimiento subjetivo que deben haber causado este sentimiento de compasión en él.

Como conclusión, podríamos preguntarnos: ¿qué impulsa los afectos en estas veintidós semanas que los sumergen en un contexto de proximidad, compasión y contacto con la vulnerabilidad social? Tendería a responder que lo que los motiva, los desafía y los angustia es el contacto directo con la otredad, con la diferencia. Cuando los alumnos rotantes llegan a las clínicas, hay un dispositivo de contención completo (la estructura de profesores y profesionales que componen las PFO conjuntas de medicina familiar y salud mental) que busca controlar este choque en el que la “cultura” profesional y la “cultura” de los usuarios se hacen visibles (Wagner, 2010: 34).⁴

Para complicar aún más este encuentro intercultural, la llegada de los alumnos a las clínicas implica una inmersión en el mundo de

4 La idea de cultura como la estoy usando aquí tiene más relación con un proceso de invención continuo que con la idea de padrones culturales.

la vida, en las mallas del sufrimiento, en el mundo de las cosas trasbordadas. Como podemos ver en los discursos de los grupos focales, quieren mantener las “cosas” separadas y a los usuarios que deambulan por la malla diagnosticados, aunque saben que una de las claves para las PFO conjuntas es la integralidad. Anhelan el mundo en el que la salud mental se encuentra en el IPUB y en los CAPS, y las PFO les ofrecen el mundo del medio: un enmarañado de vulnerabilidades y sufrimientos difusos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. Berkeley: University of California Press.
- Boltanski, L. (2007). *La souffrance a distance*. París: Gallimard.
- Bonet, O. (2014). Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociologia & Antropologia*, 4(2), 327-350.
- (2015). Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina de família. *Horizontes Antropológicos*, 44, 253-277.
- Bourdieu, P. (2009). *O Senso Prático*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Portaria N° 154. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html.
- Campos, G. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-404.
- Campos, F. y Nascimento, S. P. S. (2007). O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica, *Caderno IPUB*, 24, 91-99.
- Cordeiro, H. (1996). O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cadernos da saúde da família*, 1, 10-15.
- DAS, V. (1995). *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press.
- Das, V. y Kleinman, A. (2001). *Remaking a World: Violence, Social Suffering and Recovery*. California: University of California Press.
- Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. (2014) Ministério da Educação (BR). Resolução n° 3, de 20 de Junho de 2014.. Brasília: Ministério da Educação.
- Dias Duarte, L. F. y Leal, O. (orgs.)(1998). *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V. y Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1): 63-74.

- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45 (3), 305-325.
- (2009). On Suffering and Structural Violence: A View from Below. En Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (eds.). *Social Suffering* (pp.245-283). Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Favoreto, C. (2002). *Programa de Saúde da família no Brasil: do discurso e das práticas*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.
- Fortes, S. et al. (2014). Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 24(4), 1079-1102.
- Green, L. (1998). Lived Lives and Social Suffering: Problems and Concerns in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(1), 3-7.
- Iglesias, A. y Avelar, L. (2013). Apoio matricial: um estudo bibliográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798.
- Ingold, T. (2011). *Estar vivo. Ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Petrópolis: Vozes.
- (2012). Trazendo as coisas de volta à vida: Emaranhados criativos num mundo de materiais. *Horizontes Antropológicos*, 37, 25-44.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward An Ethnography Of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3), 275-301.
- (1997). The Appeal of Experience: The Dismay of Images. Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. En Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (eds.). *Social Suffering* (pp.1-24). Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A., Das, V. y Lock, M. (eds.) (1997). *Social Suffering*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Kohrt, B. y Mendenhall, E. (orgs.) (2015). *Global Mental Health. Anthropological Perspectives*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Maragno, L. et al. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online], 22, 1639-1648.
- Medeiros, R. (2015). Uma noção de matriciamento que merece ser resgatada para o encontro colaborativo entre equipes de saúde e serviços no SUS. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1165-1184.
- Moreira, J.K. et al. (2011). Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 3, 221-226.

- Patel, V. y Prince, M. (2010). Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA*, 303(19),1976-1977.
- Rodrigues, N. y Caroso, C. (1998). Ideia de sofrimento e representação cultural da doença na Construção da Pessoa. En Dias Duarte L.F. y Leal, O. F. (orgs.). *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. (pp. 137-150). Río de Janeiro: Fiocruz.
- Sarti, C. (2010). Saúde e Sofrimento. En Martins, C. M. y Dias Duarte, L. F. (orgs.). *Horizontes das Ciências Sociais no Brasil – Antropologia* (pp. 197-223). São Paulo: ANPOCS.
- Souza, L. G. S. *et al.* (2012). Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde e Sociedade*, 21(4), 1022-1034.
- Summerfield, D. (2012). Afterword: Against Global Mental Health. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530.
- Tavares, A. L. B. *et al.* (2013). Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 35-42.
- Throop, J. (2010). *Suffering and Sentiment: Exploring the Vicissitudes of Experience and Pain in Yap*. Berkeley y Los Angeles: University of California Press.
- Valla, V. (2002). Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 63-75.
- Víctora, C. y Ruas-Neto, A. L. (2011). Querem matar os ‘últimos Charruas’: Sofrimento social e ‘luta’ dos indígenas que vivem nas cidades. *Revista ANTHROPOLÓGICAS*, 22(1), 37-59.
- Wagner, R. (2010). *A invenção da Cultura*. Chicago: University of Chicago Press.
- Wenceslau, L.D. y Ortega, F. (2015). Mental Health within Primary Health Care and Global Mental Health: International Perspectives and Brazilian Context. *Interface*. 19(55), 1121-1132.

Romina Del Monaco

EMPRESARIOS DE SÍ MISMOS: SUBJETIVIDADES EN LAS TERAPIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES EN BUENOS AIRES, ARGENTINA

Las terapias cognitivo-conductuales empiezan su desarrollo en Argentina a principios de la década de 1980. Desde sus inicios hasta comienzos del nuevo milenio, estos abordajes psi ocuparon un lugar marginal tanto en lo que se refiere a la educación y formación universitaria como en los servicios de salud mental en los sistemas de salud privados y públicos. En contraste con los países europeos, Estados Unidos, y algunos del Cono Sur (Chile, Perú, Brasil), el lugar secundario de las terapias cognitivo-conductuales (TCC) se debe al carácter dominante que el psicoanálisis todavía tiene en el campo psi en Argentina. A su vez, la confrontación con el psicoanálisis se ha convertido en objeto de diferenciación y de críticas desde lo cognitivo conductual para promover su desarrollo y delimitar su espacio entre las diferentes perspectivas terapéuticas.

La creciente importancia del abordaje cognitivo-conductual en la región metropolitana de Buenos Aires no se puede escindir de las transformaciones sociales y económicas asociadas al despliegue del capitalismo neoliberal en la década de 1990 y principios de 2000. Este contexto se caracterizó por un aumento de la flexibilización y precariedad laboral, privatizaciones, altas tasas de desempleo y marginación social (Svampa, 2005) que repercutió en los distintos sectores sociales de manera particular. El empobrecimiento de los años noventa incidió considerablemente en las clases medias y sectores trabajadores, y se

tradujo en una profunda inestabilidad laboral seguida de desempleo crónico, incertidumbre y dificultad para continuar utilizando, entre otras cosas, servicios como la educación y salud privadas (Visacovsky, 2012). Al mismo tiempo que aumenta la desigualdad y la pobreza estructural en gran parte de la población, la polarización social hace que otros sectores vinculados con las clases medias altas y elites urbanas se vean favorecidos por las nuevas políticas y reformas sociales, adoptando como exclusivos los centros de salud privados y teniendo la posibilidad de acceder, entre otras cosas, a las TCC —ya que estas se encuentran, en general, en consultorios e instituciones privadas de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires—.

Siguiendo a Foucault, estas transformaciones económicas y políticas neoliberales requieren modelos de subjetividad específicos centrados en el individuo como empresario de sí. Estas formas de trabajo sobre sí mismos se convierten en tecnologías de gobierno que permean distintas esferas de la cotidianeidad y transfieren a los sujetos la responsabilidad por la gestión y el curso de su vida. Aspectos como el individualismo y el impulso a la realización personal a través de la búsqueda de seguridad y de alcanzar cierto estatus cumplen un papel central en la definición de las modalidades de consumo en estas sociedades neoliberales (Harvey, 2017). Esta articulación que comienza a plantear Foucault (2008) entre las tecnologías de gobierno y las de sí mismos permiten examinar la relación entre los modelos de subjetividad dominantes en el contexto neoliberal posnoventa en Argentina y las modificaciones en el campo psi a partir de la incorporación o mayor presencia de otros abordajes como las TCC.

En el campo de la salud mental, las transformaciones socioeconómicas de las últimas décadas repercuten no solo en las formas de sufrir y enfermar, sino también en los modos en que los sistemas de salud dan respuesta a dichos malestares. Algunos de los cambios refieren a la necesidad de acortar los plazos de los tratamientos en contextos donde la prolongación indefinida en el tiempo de dolencias dificulta e incluso puede poner en peligro la continuidad laboral. De esta forma, al mismo tiempo que adquieren mayor presencia una serie de padecimientos (categorizados en términos psi como “trastornos” o “problemas”) asociados con la necesidad de cumplir con exigencias y demandas en las sociedades actuales, se visualiza un incremento de psicoterapias breves que dicen resolver problemas en periodos acotados de tiempo a partir de plantear objetivos concretos (Hoffman, 2012). Son terapias que presentan una estructura más o menos similar que comienzan con la formulación o conceptualización del caso que incluye el diagnóstico, la evaluación y las hipótesis que desarrolla el terapeuta acerca del rol de los factores cognitivos y conductuales en

el inicio y mantenimiento de síntomas por los que se consulta. Además, destacan la importancia de establecer una buena relación terapéutica con los pacientes, quienes deben involucrarse activamente en los tratamientos (Keegan, 2007).

Dentro de las características del campo psi en Argentina, hay estudios que describen la llegada de estas psicoterapias a nuestro país y los modos de diagnosticar y tratar (Keegan, 2007 y 2012; Korman, Voitti y Garay, 2010; Korman, 2011; Fernández Álvarez, 2008). Desde las ciencias sociales, en cambio, se han investigado desde distintas perspectivas la historia y el lugar de la psicología y el psicoanálisis (Vezzetti, 1996; Galende, 1997; Visacovsky, 2002 y 2008; Dagfal, 2009; Plotkin, 2003 y 2013), y el estudio y la relación entre psicoanálisis y pobreza (Epele, 2016). En cambio, se observa cierto vacío de estudios sobre las psicoterapias cognitivo-conductuales.

A partir de la investigación realizada con profesionales psi, psicólogos y psicólogas que trabajan desde esta orientación, el objetivo de este capítulo es indagar y analizar los modelos de subjetividad implicados en estas psicoterapias para luego examinar las categorías de “hacer” y “enfrentar” como ejes que estructuran su abordaje. En los últimos años, el crecimiento de las TCC en Argentina se corresponde con las transformaciones mencionadas previamente en materia social, económica y política propias del contexto posnoventa y de principios de los años 2000. Este momento histórico se caracterizó, por un lado, por el aumento de la exclusión y desigualdad social de las clases medias y trabajadoras, mientras que, por el otro, otros sectores como las clases medias altas y elites se vieron favorecidas por las reformas sociales y económicas. Esta lógica económica neoliberal propia del contexto produce efectos en los modelos de subjetividad convirtiendo a los sujetos en empresarios de sí, autónomos y responsables de gestionar distintos ámbitos de su vida cotidiana. Las TCC retoman los presupuestos de dicho modelo de subjetividad y lo transforman en un modo específico de intervención terapéutica. Así, al mismo tiempo que convierten a los sujetos en individuos, ubican el “hacer” en un eje de la terapéutica, que se codifica en términos de *definir problemas, exponerse* y *resolver*. En tanto la singularidad, la historia política, económica y subjetiva quedan reducidas a un conjunto de saberes “universales” basados en la evidencia empírica que intervienen en tratamientos donde los imperativos de ser *activos* y *resolutivos* enfatizan la realización personal como instancia para alcanzar cierto bienestar.

De esta manera, en el primer apartado, se describen los inicios y el desarrollo del abordaje cognitivo-conductual tanto en Argentina como a nivel mundial. Luego, se examinan los modelos de subjetivi-

dad implicados en estas psicoterapias y se analiza la reducción de los sujetos a la categoría de individuos que se hacen cargo de distintas esferas de su cotidianidad. A través de este análisis, se exploran las nociones de “hacer” y “enfrentar” como ejes que estructuran el proceso terapéutico. Por último, se indaga en la relación entre estos modos de gestionar los *problemas* o *trastornos* y un desplazamiento desde lo social hacia los individuos como únicos responsables por la resolución y finalización del tratamiento.

PERSPECTIVAS E HISTORIZACIÓN DEL ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL EN ARGENTINA

En Argentina, el desarrollo de las TCC adquirió particularidades específicas que los profesionales entrevistados vinculan, entre otras cosas, con dos hechos fundamentales. Por un lado, la necesidad de buscar modelos alternativos al psicoanálisis y, por otro, el contexto socioeconómico marcado por nuevas exigencias y competencias en lo laboral y la necesidad de adaptarse a los “nuevos ritmos” en distintas esferas de la vida. En primer lugar, la progresiva incorporación de estas psicoterapias se enmarca en un contexto de fuerte tradición psicoanalítica. Desde las ciencias sociales, hay distintos estudios que analizan la hegemonía del psicoanálisis en Argentina a lo largo del siglo XX y documentan la flexibilidad que estas psicoterapias han demostrado en modelar —y ser modeladas— por diversos modos de sentir y dar sentido a experiencias subjetivas y sociales en las clases y elites medias y urbanas (Visakovsky, 2009; Epele, 2016). Más aún, no solo desde lo académico sino también desde la clínica, el psicoanálisis ocupa un lugar protagónico como la perspectiva predominante en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas de salud (Plotkin y Visakovsky, 2007). Frente a la dominancia de esta perspectiva psi, los terapeutas cognitivo-conductuales buscan diferenciarse resaltando que las TCC son un tipo de psicología basada en la evidencia.

En nuestro país, el campo de las TCC es heterogéneo y mantiene discusiones internas asociadas al mayor o menor protagonismo dado a ciertas herramientas terapéuticas y, también, a las formas de nombrarse. En algunos casos, se habla de *terapias cognitivo-conductuales* o de *segunda generación/segunda ola* y, en otros, de las *terapias de la tercera ola* o *tercera generación*, en las que el sustento de estos modelos proviene, en general, del conductismo. Algunos ejemplos de estos últimos abordajes son: *terapia basada en mindfulness*, *terapia dialéctico-comportamental*, *terapia de activación conductual para la depresión*, entre otras denominaciones. Más allá de estas diferencias o modos de nombrarse, comparten el hecho de considerarse un abordaje científico donde las intervenciones clínicas se realizan teniendo como susten-

to investigaciones previas (realizadas en países centrales) que siguen el modelo de la biomedicina y de las ciencias naturales.

En segundo lugar, la vinculación de estas psicoterapias con los procesos neoliberales post años noventa tiene que ver, entre otras cosas, con el énfasis puesto en la *resolución de problemas en periodos acotados de tiempo*. Las modificaciones en las características de las actividades laborales, sociales, educativas en Argentina intervinieron en los modelos de producción y resolución de malestares, creando las condiciones para que surjan o adquieran mayor protagonismo otros modos de abordar padecimientos desde el campo psi como las TCC.

Incluidas dentro de la categoría de terapias breves, las referencias a la temporalidad constituyen una cuestión que se menciona como el puntapié inicial que incrementa la presencia de estas psicoterapias en el campo de la salud, ante las demandas de determinados sectores de la población respecto de la necesidad de adaptarse a los ritmos de vida actuales. En sus inicios, estas terapias llegaron como innovación terapéutica y comenzaron a desarrollarse en nuestro país a principios de la década de 1980, con la creación de institutos privados, grupos de discusión y jornadas. Sin embargo, recién a fines de la década de 1990 y principios de la de 2000 se observa una mayor institucionalización y difusión (Korman, Viotti y Garay, 2010).

Las transformaciones en la economía política del capitalismo tardío del siglo XX se han caracterizado en el nivel global por cambios radicales en los procesos laborales, en los hábitos del consumidor, en las configuraciones geográficas y geopolíticas y en los poderes y prácticas estatales (Harvey, 2017: 143). En Argentina, los procesos neoliberales comienzan en los años setenta y se profundizan durante la década de 1990. Este periodo es analizado como un momento de cambios sociales y económicos que derivaron en una crisis a comienzos del año 2001 (Svampa, 2005; Visacovsky, 2008). En este contexto se incrementó la desigualdad, la polarización social, la pobreza estructural y los niveles de desempleo donde las condiciones efectivas de ascenso social se redujeron considerablemente. Algunas especificidades refieren al incremento de la subocupación, empleos precarios, inestables y sin derechos sociales. Además, se trató de un contexto de fuerte protesta social seguida de represión estatal y descrédito de los representantes políticos (Visacovsky, 2012).

En este periodo, la desocupación pasó, en el Gran Buenos Aires, del 6% al 17,9% entre 1991 y 2000 (Kessler y Di Virgilio, 2008). Estas transformaciones repercuten en los distintos sectores sociales de manera específica, ya que los recursos personales derivados del mundo del trabajo se ven profundamente afectados. Desde las ciencias sociales, este momento coincidió con un mayor interés por el estudio de la

clase media, focalizando en las transformaciones en su cotidianidad y en las dificultades en categorizar a este sector social, debido a las diferencias entre sus condiciones objetivas de vida y la autopercepción de los sujetos en torno a su pertenencia de clase. Algunos indicadores que dan cuenta de estos cambios en los sectores medios refieren a las posibilidades o no de acceso a los sistemas de salud prepagos, la educación privada y determinados bienes y servicios (Visacovsky, 2012).

Teniendo en cuenta el contexto mencionado, se trata de un periodo en el que se incrementa la incertidumbre respecto del presente y futuro laboral y se refuerzan actitudes competitivas en estos ámbitos. De hecho, los entrevistados destacan el tratamiento de *trastornos* asociados a estados emocionales, dificultades para conseguir determinados objetivos laborales o personales que, en general, pasan a ser considerados desde el campo cognitivo-conductual con distintos diagnósticos (trastornos de ansiedad, depresivos, fobias, trastornos obsesivos compulsivos, etc.), que se encuentran categorizados en el *DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*. Son cuestiones que se reducen a problemas específicos y puntuales que se pueden abordar en periodos acotados de tiempo.

En el modelo cognitivo-conductual (como en cada disciplina o saber experto), hay lenguajes específicos a los que se hace referencia y, en este caso, a partir de los relatos de los profesionales, se identifica la intención de tomar como modelo el esquema biomédico (Del Monaco, 2019). El proceso terapéutico está estructurado en torno a una serie de pasos que incluyen la definición del problema y las tareas a realizar para alcanzar cierto bienestar y *enfrentar* aquello que produce malestar. En esta trayectoria, se ponen en juego modelos de individualidad que dejan de lado la multiplicidad de procesos sociales, económicos, políticos que atraviesan, producen e intervienen en la resolución (o no) de experiencias que ocasionan dolor. Es decir, estos sujetos reducidos a individuos emprendedores donde las presiones para ser independientes, libres y responsables están muy arraigadas, conviven con coyunturas de precarización y retiro del Estado en esferas como la salud y educación, desplazando al ámbito individual la preocupación y gestión del cuidado de sí (Castell, 2012). En estos contextos, los esfuerzos, los compromisos y la voluntad para lograr determinados objetivos son analizados por Lorey (2016) como moralidades positivas que operan como técnicas de gubernamentalidad. Siguiendo el estudio de Sarah Ahmed sobre la felicidad, se trata de modelos de subjetividad muy específicos donde se parte de que las personas saben cómo se sienten y pueden distinguir entre: emociones buenas y malas, el bien y el mal, la actividad y la pasividad, entre otras cosas. A su vez, conocer estas distinciones y gestionar los objetivos orientados hacia

una búsqueda de felicidad constituyen las bases de su bienestar social y subjetivo (Ahmed, 2019).

Por último, en el nivel mundial, los inicios de estas terapias se remontan a la década de 1960 en Estados Unidos y se relacionan con la búsqueda de abordajes alternativos al psicoanálisis y a las terapias comportamentales (predominantes en ese momento) para abordar ciertos malestares que mostraban un rápido aumento como la depresión y ansiedad. A su vez, su surgimiento no se puede escindir de una serie de transformaciones que acontecían promediando el siglo XX. En primer lugar, el desarrollo de estas psicoterapias en Estados Unidos se da en paralelo a los estudios de la cognición,¹ de las primeras computadoras y las analogías de estas con la mente (Keegan, 2007; Korman, Viotti y Garay, 2010) que, inevitablemente, intervinieron en el despegue y la conformación de este abordaje psi. Si bien, en sus orígenes, las psicoterapias cognitivas retoman algunos de esos elementos teóricos para pensar cómo procesos de pensamiento podían intervenir en el surgimiento de determinados malestares, luego, se convierten en un campo autónomo con desarrollos teóricos y empíricos en los que, progresivamente, se combinan las técnicas cognitivas con otras relacionadas con lo conductual.

METODOLOGÍA

La perspectiva teórico-metodológica de la investigación se inscribe en el dominio de las ciencias sociales y de la antropología de la salud, siguiendo los lineamientos de la investigación cualitativa. En esta etapa, la investigación consistió, a través de la técnica de bola de nieve, en la realización de entrevistas a profesionales —psicólogos y psicólogas- en instituciones que trabajan desde la perspectiva cognitivo-conductual. Los objetivos generales de la investigación fueron indagar las genealogías y orientaciones teóricas y clínicas; los fundamentos teóricos y epistemológicos; los modos de producción de diagnósticos; las particularidades de los tratamientos (temporalidad y duración); la relación entre profesionales y pacientes; los modelos de eficacia, y la concepción de sujeto que padece de acuerdo con los profesionales psi, entre otras cosas.

1 Los desarrollos de las ciencias de la cognición a partir del estudio y la búsqueda de explicaciones sobre el funcionamiento de nuestra mente se constituyeron en un campo teórico amplio que abarca distintas áreas de investigación, tales como la antropología, la psicología y la lingüística (Pinker, 2012; Thagard, 2010). En sus inicios, planteaban un tipo de sujeto universal con el objetivo de decodificar las características de sus conductas a partir de conocer los esquemas de pensamiento que intervenían en ellas, restando importancia a ciertos hechos, como la influencia de distintos contextos socioeconómicos (Gardner, 2011).

Se realizaron veinte entrevistas a través de la técnica de bola de nieve a profesionales (mujeres y varones, entre 33 y 75 años) con diferentes trayectorias, experiencias y antigüedad en el campo cognitivo-conductual, que estuvieran ejerciendo desde este abordaje en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante el periodo octubre de 2016 y mayo de 2017. La decisión de acotar la población de estudio al AMBA se debe a que en dicha área geográfica se encuentra la mayor cantidad de instituciones sobre TCC. Las entrevistas se realizaron en consultorios e instituciones privadas (salvo en un caso que se entrevistó a una residente de psicología en un hospital público).

Resguardos éticos: esta investigación se adecúa a los criterios de confidencialidad que se aplican en los estudios sobre salud, con el fin de asegurar los derechos de los participantes, así como también de resguardar su identidad. Las personas entrevistadas son mayores de 18 años. Para realizar este estudio se llevó a cabo el proceso de evaluación requerido a través del comité de ética de una institución.

DESDE LA SUBJETIVIDAD AL INDIVIDUO EN LOS ABORDAJES COGNITIVO-CONDUCTUALES

A partir del análisis de las entrevistas a los profesionales cognitivo-conductuales, es posible visualizar que en estas psicoterapias hay formas de concebir a los pacientes que se corresponden con los modelos de subjetividad dominantes que se reproducen en distintas esferas de la vida cotidiana (laborales, educativas, vinculares). Foucault habla de una teoría del *homo economicus* en la que se refuerza una idea de los sujetos como empresarios de sí mismos. La función de esa generalización de la “empresa” trata de multiplicar el modelo económico de la oferta y demanda, inversión, costo y beneficio para hacer de él un modelo de relaciones sociales y de existencia (Foucault, 2008). Los sujetos se reducen a individuos homogéneos, universales y autónomos que deben alcanzar cierto potencial y convertirse en “lo que realmente son”. Nociones como autocontrol, autonomía, autoestima, darse cuenta el tipo de persona que uno es, entre otras, se vuelven formas de apelar a estas subjetividades centradas en el yo (Rose y Miller, 2008).

Los profesionales resaltan que determinados problemas pueden ser consecuencia de lecturas más o menos erróneas de la realidad que repercuten en una dificultad para *adaptarse al medio y ser funcional*. De algún modo, se presupone que hay una lógica racional que atraviesa tiempos, espacios y sujetos (Sahlins, 1976), donde los problemas surgen, en muchos casos, por carecer de determinados conocimientos o información para prevenirlos (Good, 1994). Entonces, se establece una relación particular entre los individuos y su entorno apelando a nociones como “selección”, “adaptación de la especie”, “leer bien el

medio”, entre otras. De esta forma, las creencias individuales en torno a distintos eventos tienen un papel central en el proceso terapéutico y, en este sentido, se apela a personas que se guían por cálculos, búsqueda de beneficios racionales y resuelven problemas contando con determinadas informaciones que, en muchos casos, provienen de saberes del campo científico y de la economía neoliberal.

En el caso de Argentina, hay estudios que analizan cómo se han ido modificando los modos de pensar la subjetividad a lo largo del tiempo y, en muchas ocasiones, se corresponde con las transformaciones en el ámbito laboral. A diferencia de otras épocas en las que predominaban modelos de subjetividad centrados en el mundo del trabajo (Svampa, 2005), este aspecto se modifica profundamente en la década de 1990 y principios de 2000 y comienza a caracterizarse por una creciente fragmentación en los modos de organización y de vínculos colectivos. De hecho, estas características centradas en el individuo se enmarcan en un contexto de retiro de las instituciones estatales a cargo del bienestar de la población. En cambio, el aumento de una lógica privada y empresarial como fuente de respuestas eficaces y concretas modela un tipo de subjetividad “privatizada” que debe hacerse cargo de ser “proactiva” y “resolutiva”. Estos imperativos atraviesan distintos sectores sociales dejando de lado que la capacidad de gestionar y resolver distintas experiencias de la vida cotidiana se encuentran delimitadas, entre otras cosas, por la posibilidad de tener un empleo, acceder a servicios privados o públicos de salud, educación, etc.

Esta noción de proactividad surge o adquiere mayor popularidad en nuestro país hacia finales del siglo XX cuando los estudios sobre comportamiento organizacional cambiaron sus concepciones sobre motivación y desempeño otorgando un rol activo al trabajador. Los empleados comenzaron a ser considerados hacedores de cambios y transformaciones y, en este escenario, fue surgiendo una nueva línea de investigaciones dentro de la psicología organizacional (Salessi y Omar, 2017). Esta noción, que luego se traduce a distintos espacios de la vida cotidiana, resalta el lugar activo y emprendedor que deben tomar los sujetos frente a actitudes pasivas y reactivas. Entre otras cosas, se concibe como un comportamiento centrado en el futuro (relacionado con la anticipación de oportunidades o problemas) y orientado a producir cambios (en uno mismo, en el contexto o en los demás). De hecho, distintos estudios sobre esta categoría señalan que se trata de una idea que se relaciona con palabras como “conducta”, “proceso”, “cambio”, “motivación” y “futuro” (Salessi y Omar, 2017). Pero, al mismo tiempo que la proactividad destaca la competencia y responsabilidad individual en conseguir los objetivos propuestos, invisibiliza

la multiplicidad de cuestiones sociales, económicas, culturales que intervienen, por ejemplo, al momento de buscar y conseguir un trabajo.

Desde las TCC, los contextos políticos, económicos y laborales son entendidos también como ambientes a los que hay que adaptarse, donde, en general, no se cuestionan las desigualdades y los procesos de precarización e inestabilidad. En cambio, en estos tratamientos está implícita una lógica en la que la proactividad y la necesidad de ser resolutivos al momento de padecer adquieren un lugar protagónico. En estos casos, los individuos tienen la obligación de trabajar sobre sí mismos y quienes no lo hacen o adquieren comportamientos pasivos ante los problemas se considera que no se comprometen (Rose, 2012). Siguiendo a Epele, esta privatización implica que prácticas y actividades llevadas a cabo por otras instituciones sociales (salud, trabajo, etc.) se desplazan e integran al terreno de las relaciones vinculares próximas. En este proceso se transfieren al dominio de la intimidad un conjunto tanto de tensiones, emociones y conflictos producidos en distintas áreas de la vida cotidiana como también la expectativa de reparación y resolución de aquellos (Epele, 2008: 299). Más aún, en el caso de las TCC, esta privatización se reduce a los sujetos como individuos aislados y centrados en sí mismos. Es decir, no hay una idea de red social o de vínculos que se hacen cargo de tareas antes llevadas a cabo por otras instituciones, sino que se enfatiza en una responsabilidad individual donde el foco está puesto en lo que “el sujeto pone de sí, se esfuerza y modifica”.

PROACTIVOS Y RESOLUTIVOS: *HACER Y ENFRENTAR* COMO TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSI

O sea... el paciente entre una sesión y otra normalmente tiene que hacer tareas. Exponerse que tiene miedo a no sé qué... entonces el paciente evita eso, y se le enseña que si evita, el miedo aumenta. Entonces se le instruye para que pueda enfrentar la situación. Para enfrentar la situación, significa que tiene que ir a un lado que tiene miedo de ir o que suba el ascensor que tiene miedo de subir. La terapia cognitivo-conductual incorporó que el peso del tratamiento no está puesto solamente en la cuestión discursiva que ocurre en la sesión, sino también en que el paciente se ponga a trabajar... se pone a hacer todo el tiempo (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

El *hacer* se convierte en una categoría recurrente en los entrevistados al momento de destacar la particularidad de este abordaje psi. De acuerdo con los profesionales, esta noción forma parte de un proceso terapéutico signado por una serie de pasos estipulados de antema-

no que se suelen repetir más allá del motivo por el que se consulta. Interesa resaltar que analizar la centralidad otorgada al enfrentar y hacer como instancias fundamentales durante los tratamientos no implica plantear como salida ante un abordaje terapéutico una actitud pasiva o “reactiva”. En cambio, se trata de explorar cuáles son las implicancias de un énfasis excesivo en torno al hacer como sinónimo de exponerse a determinadas situaciones que generan malestar como condición para superarlas.

En primer lugar, el hacer en la perspectiva cognitivo-conductual está asociado con adoptar una postura activa y resolutive ante los problemas o trastornos. De esta forma, se valora que los individuos se expongan, enfrenten, sean activos y trabajen en pos de resolver problemas, y esto implica, muchas veces, someterse a cuestiones que les generan, por ejemplo, temor, vergüenza o miedo con la intención de atravesar dichas experiencias. Frente a este imperativo vinculado al hacer, el dejarse estar, la pasividad, la falta de compromiso durante los tratamientos (vinculado al “no hacer”) se revisten de características negativas y nocivas para la búsqueda del bienestar y la resolución de problemas. Es en este sentido que se discute con la asociación inmediata de ciertas categorías con cuestiones reconocidas y valoradas socialmente, mientras que otras ocupan un lugar marginal. Por ejemplo, hay una distinción entre el bien y el mal que se alinea con la distinción entre lo activo y lo pasivo, la acción y la reacción, la razón y la emoción. Estas distinciones hacen que la actividad y pasividad se entiendan como propiedades de los cuerpos, entonces, las personas desafortunadas son emocionales, pasivas ante distintas situaciones de la vida y sufren (Ahmed, 2019).

En estas terapias basadas en la búsqueda de resultados a corto plazo, focalizar en lo que tiene que hacer el individuo concentra la posibilidad de cambios durante el tratamiento en la “voluntad” y el esfuerzo personal. Así, las personas deben desarrollar habilidades, prácticas, ensayos de prueba y error con el fin de superar los problemas por los que consultan y alcanzar los objetivos propuestos.

Claramente las terapias cognitivas se interesaron por los problemas reales. La pregunta del psicoanálisis: ¿qué se esconde detrás del síntoma? El síntoma es una manifestación de un conflicto interno... mentalismo, ¿no? entonces la persona tiene ideas de suicida. En la terapia cognitiva esa pregunta no es viable... yo no me pregunto qué se esconde detrás de la idea de suicidio. No, mi problema es la idea de suicidio. El paciente se quiere suicidar. Entonces... podés pecar de extraño con lo que estás diciendo, pero en realidad tu pregunta es otra. Empezás a pensar intervenciones

para el problema. No sobre las relaciones tempranas con el papá, por ejemplo. No está pensando eso, entonces cuando hablamos basados en la evidencia, en depresiones, cuántos días menos de cama, cuántos días más el paciente trabaja, cómo son sus relaciones de intimidad. Son siempre variables cuantitativas. Si consigo reducir el número de días que un paciente pasa en la cama... yo que soy terapeuta, te diría para mí es un factor importante. Un psicoanalista te va a decir: "Bueno, hay que ver cómo está fuera de la cama o... se arboriza por otro lado". No, no, es otro tipo de discusión que yo no... no, suicidio es un dato muy concreto, no hay posibilidades de problematizar cómo está despierto o cómo está viviendo la vida que vive. Te interesa o no que la gente no se mate (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Asimismo, las constantes referencias al hacer desde lo cognitivo-conductual buscan discutir con otros abordajes psicológicos como el psicoanálisis. Como ha sido mencionado anteriormente, el surgimiento de las TCC en la Argentina se da en un contexto donde el abordaje psicoanalítico es hegemónico y la progresiva inserción cognitivo-conductual fue, durante varios años, muy lenta y marginal. Entonces, cuando los entrevistados hablan de pensar "intervenciones para el problema" en lugar de "hablar de las relaciones tempranas con tu papá" o de explorar "qué se esconde detrás del síntoma", lo que buscan es diferenciarse y establecer una serie de particularidades que distinga estas terapéuticas de otros abordajes psi.

A diferencia de la tradición psicoanalítica donde predominan tratamientos que localmente se denominan trabajar o tratar con la palabra y se caracterizan por una descripción y un análisis en detalle del hablar de los pacientes (Epele, 2016), los profesionales cognitivo-conductuales resaltan el hecho de abordar temáticas puntuales y del presente en lugar de hablar de la historia del paciente. Más aún, las palabras quedan reducidas a un puente que conecta aquello que se piensa con lo que se hace y se puede formular en términos de un problema delimitado (Del Monaco, 2019). En palabras de una profesional: "La terapia cognitiva empieza a trabajar en el nivel del pensamiento. ¿Qué pensaste? ¿Qué sentiste?... ¿qué hiciste?". Este tipo de abordaje implica que al llegar a la consulta se formulan los motivos que llevan a ella de manera precisa con límites concretos. O, como señala otro entrevistado, "uno le pregunta al paciente qué objetivos tiene en la terapia". Estas afirmaciones visibilizan que se parte de modelos de subjetividad donde las personas saben cómo se sienten (Ahmed, 2019) y que esa conciencia de lo que les sucede les permite formular de manera concreta y específica lo que quieren trabajar y resolver.

Partir de sujetos que llegan con un problema o lo pueden formular en las primeras sesiones de la terapia implica pensar en subjetividades determinadas, focalizadas y puntuales. Es decir, una vez que se plantea el problema y se siguen los pasos en pos de alcanzar los objetivos propuestos, este individuo se convierte, de algún modo, en un problema en sí, particularizado y sectorizado.

Y cada uno viene con un objetivo: “Che, quiero... tengo poca vida social, quiero tener más amigos”. “Che, me agarro a las piñas con mi pareja.” No sé... “No puedo dormir, siento taquicardia.” “Tengo problemas de ira.” “Consumo sustancias y no puedo parar.” Cada uno tiene su objetivo y si no hay objetivos cuando terminamos la sesión es: “Ok, andá a pensar cuáles son los objetivos que te gustaría trabajar, yo voy a pensar y la próxima nos sentamos y vos traés tus objetivos, yo traigo los que pensé”, ¿no? (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

En general es a problemas. Vos llevás un problema o una queja, y la queja se debe transformar en un problema a resolver. De lo que se trata la terapia es ayudar a la persona a resolver el problema. Lo que pasa que tenés clusters de problemas muy concretos. Y ese tipo de problemas la terapia cognitiva y la conductual ha abordado más cosas que tienen ese corte de concreción, digamos... (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Esta centralidad que adquiere el problema recorta un aspecto de la persona y lo convierte en protagónico durante un tiempo determinado (hasta que se solucione). Sin embargo, en estas búsquedas se apunta a cuestiones específicas, fragmentos que interesa trabajar y resolver. En este sentido, se observa que en el incremento de distintas psicoterapias se establece una cultura psicológica a través de la cual el individuo se toma a sí mismo por objeto y fin exacerbando el individualismo. Se trata de técnicas a través de las que se busca mejorar y ampliar capacidades teniendo como finalidad ser más productivos (Castell, 2012).

Teniendo en cuenta que las TCC retoman e imitan distintas características del modelo biomédico, esto se ve reflejado, por ejemplo, en el modo de concebir el inicio y final de una terapia. En el caso de la biomedicina, el modo de abordar padecimientos sigue una estructura que se inicia con la definición de un diagnóstico, establecimiento de pautas y tratamientos que buscan aliviar o mejorar dicho malestar (Good, 1994). Desde lo cognitivo-conductual, los objetivos planteados también se deben resolver en un periodo determinado de tiempo y, entonces, el final de la terapia se plantea una vez que se resuelve ese

problema. Incluso, los profesionales hablan de *terapias manualizadas* porque deben cumplir y respetar protocolos y modos de abordar los tratamientos más allá de los distintos problemas (Del Monaco, 2019). De todas formas, interesa resaltar que la duración de las terapias puede variar y/o modificarse ya que depende de la complejidad de los motivos por los que se consulta.

El paciente por más que piense todo lo que piense, sin embargo, está tirado en la cama. Entonces ahí es donde dicen: bueno, agreguémosle al tratamiento de la depresión aparte de toda la reformulación cognitiva lo que es entrenamiento conductual. Entonces lo mandás a hacer... ponele, gimnasia, que vaya a cocinar... ¿sí?, que haga una tarea diaria donde vos lo sacás. Eso no es que vos le decís que piense, vos le decís que lo haga. Entonces ahí estás interviniendo sobre la conducta más que sobre el pensamiento. Te doy un ejemplo tonto, de los adolescentes: “Ay, quiero salir con ese pibe”. Bueno, no le atiende el teléfono. “Si vos no le atendés el teléfono, ¿cómo carajo querés que el pibe se dé cuenta de que vos querés salir con él?” “Si cuando salís con él te ponés lo peor que tenés en tu casa... El pibe no...” (testimonio de una psicóloga cognitivo-conductual).

En estas sociedades atravesadas por ideas que relacionan el “trabajar mucho” como una condición para tener “un buen empleo”, “vínculos sanos”, bienes, estudios, entre otras cosas, Lorey (2016) resalta que el esfuerzo como aspecto fundamental para “ser alguien” está asociado con una moralidad positiva. Las técnicas de sí como formas de gubernamentalidad apelan a sujetos de acción que son capaces de estar en condiciones de conducirse a sí mismos, de regularse, de aprender a tener un cuerpo que se cuida, es decir, se trata de subjetividades que deben desarrollar determinada relación consigo mismas. Esta forma de concebir la relación del sujeto con su entorno centrada en el individuo como gestor y responsable de sí es analizada por distintos autores a través de nociones como empresarios o empresas de sí, sujeto emprendedor (Harvey, 2007; Foucault, 2008; Rose, 2012), entre otras. Más allá de las denominaciones, se apunta a sujetos responsables que, de a poco, terminan siendo responsabilizados si no alcanzan las metas propuestas. Como dicen distintos entrevistados: “Podemos hablar, pero en algún momento hay que ir a la cancha y enfrentar lo que pasa o, el compromiso del paciente, voluntad... esto lo aclaramos de entrada, es una terapia de compromiso donde él va a trabajar mucho”.

De esta forma, el hacer en estas psicoterapias tiene implícita la idea del “vos podés” como estímulo para alcanzar las metas propuestas al comienzo del tratamiento. Esta política del hacer y enfrentar

como imperativos ante las distintas eventualidades, experiencias o circunstancias forma parte de un contexto más amplio donde ser proactivos se considera un valor reconocido asociado con asumir conductas activas ante distintas adversidades.

Ir nos abre una puerta, es un experimento. Generalmente cuando el paciente, viste, se expone al principio siempre hay una cuota de temor y malestar. Lo que empieza a descubrir a medida que se expone es que esa cuota de malestar y de terror se reduce, va bajando a medida que vos te exponés y te comprometés a hacer lo que temés. Eso es una constante... muy firme y registrada por cualquier investigación que se ha hecho desde los cincuenta hasta la fecha. Mejora porque no solo va viendo que está con menos sufrimiento sino que comienza a sentir que se empieza a dirigir hacia donde quiere, aunque haya sufrimientos. Frankl decía: "Quien tiene un buen para qué, eso soporta cualquier cómo". Si vos tenés un buen sentido, hay... bueno, te bancás cualquier cosa, incluso a nivel sufrimiento, si tiene para vos un sentido. Entonces a veces los terapeutas cognitivos buscamos mucho esto, ¿no?, de poder superar el escollo a veces de un sufrimiento que te paraliza... un malestar que te traba de hacer algo... tratando de que el paciente pueda elegir la exposición aunque genere un malestar, porque es un malestar que tiene sentido, diferente al malestar sin sentido (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

No obstante, esta exaltación al hacer y al enfrentar como experimentos, en los que se dice que está comprobando empíricamente que al final del camino ese malestar disminuye, deja de lado las complejidades y dificultades que involucra realizar determinadas prácticas como parte del proceso terapéutico. En este sentido, Sara Ahmed analiza que a menudo se suele considerar que alentar es una acción generosa que intenta potenciar las capacidades de alguien. Sin duda, alentar puede ser dar fuerzas. Pero también puede ser forzar. Cuando nos alientan a algo, esto puede significar que se nos direcciona hacia lo que otra persona quiere. La generosidad de aliento puede ocultar el acto coercitivo del direccionamiento (Ahmed, 2019: 101). El análisis que esta autora realiza en torno a prácticas que pueden proveer cierta felicidad al final del recorrido se puede retomar para pensar el enfrentar como parte fundamental de estas psicoterapias, dejando de lado la multiplicidad de eventos que pueden intervenir en, por ejemplo, tener miedo a viajar en subte o en avión.

Es eso lo que quiere decir funcional. Que no interfiera con llevar adelante la vida que vos querés de acuerdo a tus valores y me-

tas. No podemos decir a los pacientes lo que tienen que hacer, tenés que ayudarlos a que vivan acorde a sus valores. Entonces si el tipo... suponete, yo tengo pacientes con ansiedad social... que, digamos, se ponen muy ansiosos de hablar con mujeres. A mí me da lo mismo que hablen o no hablen, pero son ellos los que quieren hablar. Entonces la inhibición se define en términos de los valores y la meta del paciente (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Desde la perspectiva del profesional entrevistado, existiría una búsqueda del paciente en torno a alcanzar ciertas metas y objetivos. Esta centralidad en el individuo como quien decide realizar determinada terapia y solucionar problemas invisibiliza que en esa capacidad de gestión y de autonomía se esconden imperativos sociales, vinculados, laborales y prácticas con mayor o menor valoración social/moral al momento de relacionarnos con otros. Siguiendo a Berlant (2007), es necesario visibilizar que hay categorías como subjetividad, hacer, enfrentar que aparentan circunscribirse a la agencia del individuo pero que, en realidad, están atravesadas por nociones normativas. Entonces, plantear que los individuos “libres” eligen lo que quieren hacer y establecen pautas para cumplir con determinados objetivos omite que hay exigencias socialmente reconocidas en torno al “estar bien” y cuestiones normativas que modelan ese hacer y establecen como una necesidad sobreponerse a situaciones que nos suceden y generan malestar.

EMPRESARIOS DE SÍ: LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DE “SALIR DE AHÍ”

Yo les digo siempre a mis pacientes: “Preguntame qué logramos hacer, en qué me vas ayudar, no me preguntes por qué...”. Este es un paradigma donde uno busca mucho cambiar en términos individuales, donde estás apostando mucho a que vos sos el constructor de tu propia realidad..., sabiendo que yo tengo un límite, pero esa es la idea... Entonces si vos sos el constructor de tu propia realidad... desde vos se pueden cambiar algunas cosas, para que la realidad cambie. Que no es basarte en el sistema. El terapeuta cognitivo conductual te dice: “Vos estás ahí porque vos querés”. O sea... más allá que el sistema te quiso poner ahí... vos una vez que te pusiste, te quedaste. Vos podés salir... vos no sos el único que la pasó, todos la hemos pasado y todos la vamos a volver a pasar. Entonces hay un punto en el que hay que ver qué tenemos que cambiar de tu actitud para que esto no se profundice. Y no. Vos no podés cambiar el sistema económico mundial (testimonio de una psicóloga cognitiva-conductual).

Los crecientes procesos de individualización se visualizan en distintas esferas de la cotidianeidad de las personas. El ámbito de la salud no es una excepción. A partir del relato de la profesional, se ve que hay una ideología que interpela a los sujetos a *salir de ahí, cambiar, construir la propia realidad*, entre otras cosas.

En estos casos, las cuestiones macroestructurales como las transformaciones sociales, económicas, políticas que producen desocupación, incertidumbre, privatización de empresas, competencia entre sujetos, etc. quedan relegadas a un lugar secundario exaltando la capacidad de agencia y responsabilidad del individuo. En palabras de Harvey (2007), el Estado disminuye su participación en esferas como la salud, la educación y los servicios sociales, y esta lógica deriva de un pasaje de esa responsabilidad estatal al ámbito privado e individual. Entonces, los éxitos o fracasos pasan a ser interpretados en términos de virtudes empresariales o de fallas personales. De esta manera, la imposibilidad de los sujetos de hacer frente a determinadas cuestiones ya no tendrá que ver con una disminución de los recursos del Estado, sino con una responsabilidad propia e individual (o falta de ella) en gestionar bien sus recursos, decidir y elegir responsablemente entre las opciones posibles qué es lo mejor para sí. En el caso de las instituciones de salud y los procesos de enfermedad, se trata de traducir y privatizar esa gestión de malestares a los individuos. Como señala una profesional, “es ver los pensamientos recurrentes, está el que se quejó todo el tiempo de que la vida lo engañó como si él no tuviera que ver en nada de lo que le pasa. Es decir, se trata de individuos que deben estar atentos a sus cuerpos y a las actividades necesarias para lograr la funcionalidad con el medio”.

A mí me gusta eso especificarlo de entrada, ¿no? “Che, depende de cuánto vos pongas que vamos a avanzar. Te recomiendo hacer una lista de cosas que controlamos y cosas que no” o “Te mando a que... no sé, si te da miedo ir al subte, que te acerques hasta la esquina. Que después vayas hasta la boca, que después bajes...”. Y vos lo vas haciendo... y probablemente avancemos mucho más. Pero si yo te recomiendo hacer cosas y venís a la otra sesión y no avanzás... y venís a la otra sesión y no avanzás... Podemos entenderlo y hacer un cambio pero no vas avanzar tanto como el que sí va hacer la tarea, ¿no? El que sí se pone a escribir, el que hace el autorregistro e identifica dónde va sintiendo ansiedad (testimonio de un psicólogo cognitivo-conductual).

Las distinciones entre aquellos “que hacen la tarea, se ponen a escribir” y quienes “no avanzan” y “no hacen” establecen, casi automáticamente, la correlación entre el hacer y avanzar como aspectos que

se dan de manera conjunta. De esta manera, las pautas dadas por los profesionales durante el tratamiento están revestidas de una especie de mandato y promesa ya que se espera que cumpliendo con las tareas prescritas se alcancen los objetivos propuestos. Incluso, como se mencionó en el apartado anterior, esta premisa es justificada apelando a estudios e investigaciones que certifican empíricamente la importancia de enfrentar como herramienta para disminuir problemas.

La vida se privatiza, se vuelve al ámbito individual y los modos de gestionar padecimientos se reducen a sujetos que deben desarrollar un compromiso y una voluntad con lo que les sucede para resolverlo de la mejor manera posible. Este llamado a la responsabilidad individual trae implícitamente que no se debe ayudar a quien no se ayuda a sí mismo (Castell, 2012). Es decir, la centralidad que adquiere el individuo como quien debe emprender, realizar cambios, ser activo, adoptar una postura positiva ante la vida, entre otras cosas, genera, al mismo tiempo, que no desarrollar habilidades y comportamientos orientados a obtener resultados que solucionen el problema se reduzca a una decisión individual. En este sentido, las articulaciones entre este abordaje psi, el contexto neoliberal y las formas de resolución de malestares adquieren una centralidad y visibilidad necesarias de ser problematizadas que, aparentemente, aparecen ocultas detrás de resaltar a los sujetos como emprendedores que gestionan y resuelven. Siguiendo a Epele, este proceso de retiro a lo individual y de privatización de lo público a lo íntimo supone no solo una reestructuración de las prácticas y funciones de instituciones estatales y no estatales, sino también una reformulación de los espacios sociales, haciendo de la intimidad uno de los últimos refugios para la resolución de múltiples tensiones, conflictos de la historia de vida y de la cotidianidad (Epele, 2008: 309). Esta privatización de la responsabilidad por el curso del malestar invisibiliza las múltiples variables que atraviesan tanto el surgimiento de padecimientos como las formas de resolución de estos. Es por eso que desde este trabajo se analizó cómo, en estas tecnologías psi, el hacer se convierte en una política sobre los cuerpos destinada a reducir al ámbito individual de la acción el modo de resolver malestares que surgen en contextos y situaciones determinadas. En cambio, concebir al sujeto como un individuo que se debe comprometer y poner voluntad al momento de abordar una problemática psi despliega las tensiones sobre los cuerpos esperando que sean estos quienes las resuelvan.

De esta forma, la promesa del bienestar a partir de las acciones, las habilidades, los comportamientos y los cambios de actitud que desarrolle el individuo omite las múltiples variables que intervienen

al momento de realizar un tratamiento. Como señala el concepto de biopoder, no hay una soberanía corporal o individual actuando deliberadamente sobre los cuerpos porque la salud en sí misma se puede ver como un efecto secundario de una normativa exitosa (Berlant, 2007). En este caso, de algún modo, el planteo universaliza a las personas y a la posibilidad de que los resultados al enfrentarse sean los mismos más allá de las subjetividades implicadas en ese proceso.

ALGUNAS PALABRAS FINALES

“Ponele onda”, “vos podés”, “pensá en el resultado”, “hacete cargo” parecen ser frases recurrentes que atraviesan distintos ámbitos de la vida. En algunos casos, aparecen revestidas de cierta connotación que es valorada socialmente por asociarse con estímulos hacia otras personas que padecen temores, incomodidades, miedos, etc. El análisis realizado permite concluir que, en las TCC, los imperativos en torno al hacer y enfrentar como partes del proceso terapéutico están atravesados por un tipo de políticas sobre los cuerpos que asocia determinadas prácticas y comportamientos con “lo activo”, la búsqueda de resultados, el querer estar bien e, indefectiblemente, establece binarismos que reducen sus opuestos a un lugar marginal y poco reconocido socialmente. Tener actitudes pasivas, no hacer la tarea, no exponerse a lo que genera malestar termina siendo responsabilidad del sujeto devenido individuo autónomo, que gestiona los distintos ámbitos de su cotidianeidad de la manera más racional y objetiva posible. Es decir, se apela a individuos que llegan a las consultas muy conscientes de sus problemas al punto de poder delimitarlos y definirlos de manera específica y particular. Más aún, durante el proceso terapéutico este problema se va a transformar en un objetivo a resolver y, en este sentido, se analizó cómo a través de esta lógica se tiende a reducir a los sujetos a fragmentos y problemas puntuales. En palabras de un profesional, “venís con un problema y una vez que se resuelve podemos seguir con otro”. Sin embargo, concebir la terapia en términos de problemas a resolver corre el riesgo de dejar de lado otras cuestiones que atraviesan la subjetividad y que pueden intervenir en los modos de resolución de los malestares.

Por último, en este centramiento en el individuo por alcanzar los objetivos propuestos se pierden de vista los otros, las posibilidades de redes, de modos más colectivos de gestionar y de acompañar malestares. Desde el momento en que la resolución pasa a estar a cargo de la persona y que, más aún, se exalta determinada actitud proactiva y resolutiva ante las cosas, se dejan de lado otras posibles formas de concebir, abordar y tratar las dolencias —devenidas trastornos o problemas— más allá de la cuestión individual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, S. (2019). *La promesa de la felicidad. Una crítica cultural al imperativo de la alegría*. Buenos Aires: Caja Negra.
- Berlant, L. (2007). Slow Death (Sovereignty, Obesity, Lateral Agency). *Critical Inquiry*, 33, 754-780.
- Castell, R. (2012). *El ascenso de las incertidumbres: trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires: La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Del Monaco, R. (2019). “Ir al punto”, definir plazos y objetivos: tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. *Runa. Archivo para las Ciencias del Hombre*, 40(1), 65-82.
- Epele, M. (2008). Privatizando el cuidado. Desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda*, 6, 293-312.
- (2016). El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes de Buenos Aires. *Antípoda*, 25, 15-31.
- Fassin, D. (2005). Compassion and Repression: The Moral Economy of Immigration Policies in France. *Cultural Anthropology*, 20(3), 362-387.
- Fernández Álvarez, H. (2008). *Integración y salud mental*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Gardner, H. (2011). *La nueva ciencia de la mente: Historia de la revolución cognitiva*. México: Paidós.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Harvey, D. (2007). *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- (2017). *La condición de la posmodernidad: Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hofmann, S. (2012). *An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Keegan, E. (2007). *Ensayos de terapia cognitiva*. Buenos Aires: EU-DEBA.
- (2012). La salud mental en la perspectiva cognitiva conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 52-56.

- Kessler, G., Di Virgilio, M. (2008). La nueva pobreza urbana: dinámica global, regional y argentina en las últimas dos décadas. *Revista de la Cepal* 95, 31-50.
- Korman, G. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 115-122.
- Korman, G., Viotti, N. y Garay (2010). Orígenes y profesionalización de la terapia cognitiva. Algunas reflexiones sobre la configuración del campo psi en Buenos Aires. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(2), 141-150.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad: Gobernar la precariedad*. Buenos Aires: Traficantes de Sueños
- Murillo, S. (2013). La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. La intervención en el padecimiento psíquico de las poblaciones. *Voces en el Fénix*, 22 de marzo.
- Pinker, S. (2012). *La tabla rasa: La negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Plotkin, M. (2003). *Freud en las Pampas*. Buenos Aires: Sudamericana.— (2013). Historia y psicoanálisis. Encuentros y desencuentros. *CulturasPsi/PsyCultures*, 1, 25-44.
- Plotkin, M. y Visacovsky, S. (2007). Saber y autoridad en las intervenciones de los psicoanalistas en torno a la crisis en la Argentina. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 18, 11-27.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE, Editorial Universitaria.
- Rose, N. y Miller, P. (2008). *Governing the Present: Administering Economic, Social and Personal Life*. Cambridge: Polity Press.
- Svampa, M. (2005). *La sociedad excluyente: La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires: Taurus.
- Sahlins, M. (1976). *Cultura y razón práctica: Contra el utilitarismo en la teoría antropológica*. Barcelona: Gedisa
- Salessi, S. y Omar, A. (2017). Comportamientos proactivos en el trabajo: una puesta al día. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 9(3), diciembre, 82-103.
- Thagard, P. (2010). *La mente: Introducción a las ciencias cognitivas*. Madrid: Katz.
- Vezzetti, H. (1996). *Freud en Buenos Aires*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

- Visacovsky, S. (2002). *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.
- (2008). Estudios sobre “clase media” en la antropología social: una agenda para la Argentina. *Avá. Revista de Antropología*, 13, 9-37.
- (2009). La constitución de un sentido práctico del malestar cotidiano y el lugar del psicoanálisis en la Argentina. *Cuicuilco: Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 16(45), 51-78.
- (2012). Experiencias de descenso social, percepción de fronteras sociales e identidad de clase media en la Argentina post-crisis. *Pensamiento Iberoamericano*, 10, 133-168.

Anahi Sy

CIEN AÑOS DE SUFRIMIENTO SOCIAL INSCRIPTO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LA ARGENTINA: UNA PROBLEMATIZACIÓN DEL OBJETO Y LOS MÉTODOS PSI

Este capítulo parte de una investigación sobre la historia reciente: se trata del análisis de un corpus documental de cuatro mil historias clínicas, disponibles en el Archivo Intermedio del Archivo General de la Nación. En su mayoría, estas historias clínicas pertenecen a mujeres que han fallecido en el hospital psiquiátrico durante su internación entre 1885 y 1985. Dicha internación abarca, en muchos casos, toda la vida adulta de estas mujeres, es decir, un periodo de más de cuarenta años.

El análisis de las historias clínicas y de diversos documentos que permitieran contextualizarlas desde una mirada antropológica y etnográfica, en particular, nos condujo a la necesidad de romper con la idea de historia lineal para situarnos desde un modelo que privilegie las discontinuidades y rupturas, el extrañamiento y la problematización de los textos, tal como propone Foucault (1980), para hallar sucesos imperceptibles y la singularidad de eventos que pasan desapercibidos en la perspectiva histórica tradicional. En tal sentido, el criterio de análisis desarrollado busca explorar el corpus documental desde una “problematización” de la historia como una historia para el presente, como lo ha desarrollado Castel (1994), retomando a Foucault. Esta historia para el presente permite desentrañar por qué las cosas hoy son como son, comprender el pasado para entender el presente, no porque se piense la posible repetición del pasado en el presente, sino porque este podrá desplegarse e innovar a partir de ese legado del pasado.

Desde este marco teórico-metodológico, se despliega el examen para problematizar la episteme desde la cual se delimita el objeto y los métodos en el campo psi, que bien podrían ser llamados “tecnologías psi” (Foucault, 1989), en la medida en que remiten a las prácticas y los saberes considerados como cuidados por los propios actores sociales (Epele, 2012). En el nivel empírico, esto se expresa en la vulneración de los sujetos con sufrimiento mental, en la crueldad y en los malos tratos (Ulloa, 1995) que quedan plasmados en la historia clínica y antes inscriptos en el cuerpo de estas mujeres. La legalidad y legitimidad de sus internaciones están fundadas en las ideas que subyacen en torno a las personas con un diagnóstico psiquiátrico. En ese sentido, este capítulo buscará develar tales nociones en las historias clínicas, cuyo estudio nos remite a dos dimensiones: la de las trayectorias de internación, donde emergen las categorías de “cuerpo”, “genero” y “crueldad” como analizadores privilegiados. Y la dimensión institucional, que nos remite al concepto de “palimpsesto”.

Teniendo en cuenta este punto de partida, a continuación se desarrolla el marco teórico y algunos antecedentes del tema que fundamentan el abordaje; luego se presenta la metodología aplicada y los resultados obtenidos. Por último, se expone una discusión de los resultados a la luz del marco teórico planteado y, a modo de cierre, una reflexión para pensar la tensión pasado-presente.

MARCO TEÓRICO

La propuesta teórico-metodológica desarrollada sitúa nuestra historia en el presente o para el presente, mediante una “problematización” de esta. Al respecto, Foucault (1984) va a plantear que, desde este marco, el proceso de investigación no busca “descubrir” la verdad, sino entender cómo algo (un enunciado, un discurso, una práctica, un saber, un estado de dominación) pudo convertirse en una verdad. Se trata de describir las reglas y los procedimientos de formación de la verdad, sea la que opera en los discursos científicos o el sentido común que informa las prácticas cotidianas. Foucault, en una entrevista dada poco tiempo antes de morir, afirmó que la problematización no es la representación de un objeto preexistente o su creación a través del discurso, se trata de la totalidad de las prácticas discursivas y no discursivas que conducen algo en el juego de la verdad o la falsedad y lo establecen como un objeto para ser pensado.

Tales “prácticas discursivas y no discursivas” refieren, en otras palabras, a instituciones administrativas, regulaciones o medidas, acuerdos arquitectónicos, así como también científicos, filosóficos o proposiciones morales que, en determinado momento, se convierten en parte del debate sobre la verdad o la falsedad, con incuestionables

reclamos teóricos y repercusiones prácticas. Dice Foucault (2009) que el problema es cómo gobierna el hombre (a sí mismo y a los otros) mediante la producción de verdad —que no son enunciados verdaderos, sino regímenes en los que la práctica de la verdad y la falsedad puede ser regulada y relevante—.

Esta propuesta teórico-metodológica adquiere especial importancia en el campo de la psiquiatría, tal como lo desarrolló Foucault desde sus primeras publicaciones: *Enfermedad mental y personalidad* (2003a [1954]) e *Historia de la locura en la época clásica* (2003b [1963]). El abordaje temático del presente capítulo comienza con un problema planteado en los términos que se proponen en la actualidad, para luego buscar establecer su genealogía. Una característica fundamental de esta problematización de la historia es que el punto de partida del análisis y de su orientación es la situación presente, cómo se formula la pregunta hoy.

Para analizar la temática se hace necesario problematizar la temporalidad, pensada como una posibilidad de lectura lineal pasado-presente. En particular, el presente como totalidad homogénea. Tal como se desarrolló en la introducción, esta perspectiva implica un desplazamiento que muestra cómo el presente, en lugar de ser una realidad necesaria, es el resultado de una historia precaria y frágil, denunciando su carácter contingente que abre la posibilidad de otros presentes y futuros (Foucault, 1980; Castel, 1994).

Un modelo que permite problematizar los vínculos complejos entre la sucesión y la simultaneidad y, por lo tanto, cuestionar la disociación entre lo “nuevo” y lo “antiguo” es el de “palimpsesto”. Etimológicamente, el “palimpsesto” refiere a un manuscrito antiguo que conserva las huellas de una escritura anterior borrada artificialmente. La particularidad de este concepto consiste en la simultaneidad, o sea que en el mismo material y/o espacio existan escrituras que pertenecen a diferentes momentos históricos. Esta noción también ha sido usada en otros campos de conocimiento para referir a mezclas, “vestigios”, estratos, de diferentes procedencias y temporalidades en un determinado espacio, ya sea estratigráfico (en el caso de la geología, paleontología o arqueología), corporal (en el caso de la biología) o en la elaboración de los sueños (en el caso de la psicología). Más recientemente, Epele (2013) propone este concepto al analizar el tratamiento y el proceso de medicalización. La autora cita la investigación etnográfica desarrollada por Míguez y González (2003) en las instituciones penales para menores en la provincia de Buenos Aires, como ejemplo de la aplicación del palimpsesto, para comprender y cuestionar la perspectiva lineal de las transformaciones sociales en la Argentina. Esta etnografía cuestiona específicamente la adecuación a las realida-

des locales del modelo elaborado a partir de la transformación progresiva en Occidente del Estado de bienestar en sociedades penales. Estos autores hablan de un “palimpsesto organizacional con prácticas contradictorias” (Míguez y González, 2003: 158), cuyo resultado es un campo “caótico”, atravesado por intereses diversos y particulares.

En el campo de la salud mental, tanto Galende (1990) como Stolkiner (2003) van a hacer referencia a la coexistencia de instituciones y de prácticas al interior de un mismo establecimiento y para un mismo momento histórico. Es decir, distintas instituciones coexisten en un mismo establecimiento y, a la manera de diferentes capas geológicas, van quedando prácticas y discursos superpuestos (Stolkiner, 2003). Al respecto, desde la antropología, Rhodes (1993) recurre al concepto de “pentimento” —como la superposición de imágenes y prácticas—, a partir de su trabajo etnográfico sobre una “unidad psiquiátrica de agudos”, para plantear la discusión sobre los vínculos entre las prácticas y el contexto histórico. Rhodes concluye que las contradicciones en el contexto se encuentran inextricablemente ligadas a contradicciones en la práctica. Así, sugiere la imagen de “capas” o niveles no estáticos, sino en un estado de tensión, que se mueven de acuerdo con el contexto, coexistiendo al interior de quienes los practican como modos de pensar contradictorios o alternativos.

LA CRÍTICA DE LA PSIQUIATRÍA Y DE LA PSICOLOGÍA

Una revisión de los primeros estudios desarrollados en el campo de las ciencias sociales en relación con salud mental nos permite identificar que existen diferentes ámbitos desde los cuales emerge la crítica a las disciplinas psi: la sociología, la antropología y hasta la propia psiquiatría y psicología.

En primer lugar, en el campo de la sociología, durante las décadas de 1920 y 1930, en particular a partir de estudios de la Escuela de Chicago, diversos trabajos analizan la incidencia de factores socioambientales en la salud mental de la población. Uno de los más significativos fue el de Robert Faris y Warren Dunham: “Mental Disorders in Urban Areas”, publicado en 1939, que buscaba analizar los aspectos sociales de trastornos mentales y, en especial, la influencia del ambiente social y cultural en la distribución de la enfermedad mental como una “fase de desorganización de la persona”, que proviene de un desajuste de sus relaciones sociales (De Miguel, 1980).

En segundo lugar, desde la antropología, hacia la segunda mitad de la década de 1940 y durante toda la de 1950 en Estados Unidos, antropólogos, psiquiatras y otros científicos de la conducta comenzaron a interesarse en problemas de personalidad y carácter en relación con el ambiente sociocultural en que se manifiestan. Los trabajos

de Abram Kardiner, Ralph Linton, Edward Sapir, Margaret Mead y Ruth Benedict, entre otros representantes de la Escuela de Cultura y Personalidad, permitieron reformular algunas cuestiones que fueron delineando aspectos relevantes de una crítica a la psiquiatría: las definiciones culturales de “normal” y “anormal” y cómo la enfermedad mental es reconocida y definida en distintas sociedades; las etiologías y los tratamientos no occidentales de las llamadas “enfermedades mentales”, así como también su demografía y los síndromes culturalmente específicos.

En tercer lugar, desde el campo psi, en la intersección entre el asilo y la práctica política, se habría iniciado a fines de la década de 1950, de manera independiente en Inglaterra, California e Italia, el movimiento de la Antipsiquiatría y la Psiquiatría Comunitaria, que va a cuestionar duramente la categoría de “enfermedad mental” y una psiquiatría considerada patógena. Gregory Bateson (antropólogo), David Cooper (psiquiatra que había luchado contra el *apartheid* en Sudáfrica), Franco Basaglia (psiquiatra, miembro del partido comunista italiano) y Ronald Laing (convertido en psicoanalista después de haber practicado como psiquiatra en la India, en el ejército inglés): todos ellos contaban con itinerarios que iban de la lucha anticolonial hasta el transculturalismo (Roudinesco, 1996). En 1960 el psiquiatra estadounidense Szasz pone en duda la realidad de la enfermedad mental al señalar que los psiquiatras no se enfrentan con patologías verdaderas, sino con dilemas éticos, sociales y personales (Szasz, 1994 [1960]). Otro factor clave en el ulterior desarrollo de este movimiento fue la publicación de *Internados* en 1961 (Goffman, 2001), que introdujo los conceptos de “institución total”, “etiquetado” y “desviación” que han tenido un amplio desarrollo en la literatura sociológica y antropológica.

En paralelo a este movimiento, en Francia, desde la historia de las ideas o historiografía, Canguilhem y Foucault van a desarrollar una mirada crítica de la psicología y la psiquiatría que claramente potencia y retroalimenta los desarrollos de cada una de las disciplinas y campos antes señalados. Foucault, con su *Historia de la locura en la época clásica* (2003b [1963]), y Canguilhem, con *Lo normal y lo patológico* (1986 [1966]), presentan aportes fundamentales, en particular respecto al concepto de “normalidad” en medicina, al proponer que las normas intervienen directamente sobre los comportamientos, a los que orientan desde adentro, extrayendo su fuerza de la vida, explicará Canguilhem, de algo que, para Foucault, podría llamarse “historia”. Sobre esto, se distingue una idea decisiva que luego va a atravesar toda la obra de Foucault: la “historización de las formas de experiencia”. El filósofo señala que los problemas epistemológicos que conlleva el hecho de tomar las dimensiones psicológicas de la enfermedad

como “datos absolutos” pueden evitarse si los distintos aspectos de la enfermedad se conciben como “formas ontológicas” susceptibles de ser examinadas en su constitución histórica. Ese saber se manifiesta en las teorías médicas que nombran y clasifican los diferentes tipos patológicos y tratan de explicarlos (Foucault, 2003b [1963] y 1987).

Así, desde la aparición de *Historia de la locura...*, los historiadores de la psiquiatría empezaron a estudiar la historia de las herramientas conceptuales utilizadas por esta disciplina en sus diferentes construcciones nosológicas. De hecho, en las últimas décadas, en América Latina se observa un crecimiento de investigaciones que siguen la línea marcada por las obras de Foucault —sobre todo la arriba mencionada— y que focalizan en las tecnologías discursivas e institucionales constitutivas de la psiquiatría. Ejemplo de ello son los trabajos de Cristina Sacristán, Cristina Rivera Garza, Alfredo Rojas Carvajal, Alejandro Ríos Molina y Rafael Huertas en México y Augusto Ruíz Zevallos y Hermilio Valdizán en Perú (Van Young, 2005), algunos de los cuales trabajan con historias clínicas en particular.

Diferentes autores proponen que la historia clínica puede constituirse como una fuente primordial para la exploración de diversos ámbitos historiográficos en el campo de la salud mental (Huertas, 2001; Falcone y Castillo, 2012; Ríos Molina, 2009). En ella se ve plasmado el registro de las prácticas concretas y la evolución de las personas con padecimiento mental que nos permiten ilustrar los modelos de actuación médico- psiquiátrica, la evolución de los criterios diagnósticos, así como aspectos del funcionamiento de las instituciones asistenciales que se modifican con el transcurrir del tiempo (Falcone y Castillo, 2012). Las descripciones de la enfermedad mental que realiza el médico y que encontramos archivadas en las historias clínicas responden a construcciones sociales en torno a la salud-enfermedad mental atravesadas por consideraciones políticas y morales propias de una época (Van Young, 2005). A partir de esto, podemos señalar que, en cuanto producto de instancias de construcción de consensos discursivos, bajo ciertas condiciones de producción de saber, el objeto historia clínica debe ser contextualizado para no incurrir en errores de interpretación. Es en esta dirección que resulta especialmente pertinente la perspectiva teórico-metodológica que se ha propuesto.

CUERPO, GÉNERO Y CRUELDAD COMO CATEGORÍAS HEURÍSTICAS

Si bien se parte de un nivel microanalítico, como el que propone la lectura de las historias clínicas, a través de las categorías de “cuerpo”, “género” y “crueldad” es posible llegar a un nivel de análisis que trascienda los casos examinados en su singularidad.

El género, en cuanto construcción históricosocial, que se reproduce a través del tiempo de distintas maneras y construye significados y subordinaciones que prevalecen en la religión, en los criterios médico-científicos y en los dispositivos jurídicos, permite visibilizar el carácter social y no biológico de los atributos de la masculinidad y la femineidad que toda sociedad elabora a partir de las diferencias de sexo, y habilita la reflexión sobre la forma en que tales diferencias se han constituido históricamente en desigualdad, en contextos socioculturales donde rigen valores patriarcales (Scott, 1990). Sin embargo, la categoría género no debe invisibilizar en el análisis otras dimensiones como raza, religión o clase social. En otras palabras, no se piensa como único determinante, sino entrecruzada con otros aspectos que intervienen en la construcción de la subjetividad humana (Burin y Meler, 2010). En el caso de los asilos de alienadas, si bien representan espacios reservados a la locura de las mujeres, se confinó mayormente a mujeres migrantes y/o pobres (Sy, 2018b). Entonces, no es solo el género, sino también la clase social y el lugar de origen lo que atraviesa a la internación de estas mujeres, entre otras dimensiones posibles. Así entendido, un análisis desde la categoría de “cuerpo” también resulta pertinente, en la medida en que se convierte en objeto de la racionalización moderna, objeto del saber y del poder. Numerosos autores han planteado que nuestros cuerpos son regulados y administrados de acuerdo con un orden social que se busca reproducir y sostener (Bourdieu, 2000; Butler, 2002; Foucault, 1987; Le Breton, 1998; Schepher-Hughes y Lock, 1987; López Sánchez, 2010; Mauss, 1975; Turner, 1974). El cuerpo inevitablemente es atravesado por los significantes culturales y él mismo se constituye en un particular productor de significantes en la vida social (Citro, 2009). Como construcción cultural naturalizó la dominación masculina y el discurso de la medicina en su tarea de regular y normar los cuerpos, convirtiéndose en lo que López Sánchez (2010) va a designar como “guardián del orden social”. Desde la antropología simbólica, Douglas (1996) va a plantear el cuerpo físico como microcosmos de la sociedad, que muestra las relaciones de poder y los mecanismos de control. Desde la antropología médica crítica, se va a plantear el estudio del cuerpo como espacio que condensa y expresa relaciones sociales, moralidad y maneras en que se organiza la sociedad, las experiencias del cuerpo serán tomadas como representación de la sociedad, donde el cuerpo se convierte en mapa y, a la inversa, la sociedad puede ser leída a través del cuerpo y las prácticas corporales. Desde esta perspectiva, Schepher-Hughes y Lock (1987) van a proponer el concepto de “mindful body”, traducido como “cuerpo consciente”, que se convierte en un modelo teórico-metodológico pertinente, en la medida en que articula las experiencias sub-

jetivas, los significados y las significaciones sociales con los mecanismos de poder. Este modelo incluye un cuerpo individual, aquel de la experiencia vivida, la relación con su entorno y sus afectos; un cuerpo social, símbolo de una “totalidad orgánica” cuando está sano o de una “desarmonía social” ante la enfermedad —recíprocamente la sociedad “sana” o “enferma” ofrece un modelo para estudiar el cuerpo—, y, finalmente, un cuerpo político, símbolo de disciplina y control, de gobierno individual y colectivo de los cuerpos en la reproducción, sexualidad, trabajo, aprendizaje y enfermedad, entre otras.

Al colocar el foco en el cuerpo femenino puede observarse que el simbolismo cultural elaborado por el discurso médico hegemónico reforzó una representación social de la mujer; que la colocó en un lugar de eterna enferma. Cualquier comportamiento fuera del orden social, como la manifestación de una sexualidad desbordada o la escasa inclinación por la maternidad, fue imputada a su naturaleza lindante con la patología y, por tanto, a la desviación social (López Sánchez, 2010).

Además se explora lo que se ha llamado “feminización de la locura”, el proceso que llevó, a finales del siglo XIX, a considerar los trastornos mentales en relación con ciertos “atributos femeninos”, lo cual condiciona las respuestas terapéuticas de los psiquiatras (Chesler, 1972; Davies, 1996; Kromm, 1994; Smith-Rosenberg, 1972; Showalter, 1985; Weiner, 1995; Wood, 1973). Como señalan Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena:

Las mujeres tenían más probabilidad de ser etiquetadas de enfermas mentales, debido a lo que Chesler llama “doble estándar” de la enfermedad mental, ya que la salud mental no se valoraba de la misma forma, con los mismos parámetros, en hombres y mujeres, pues los parámetros de una personalidad sana: independencia, autonomía y objetividad no eran los parámetros de una mujer mentalmente sana: dependencia, sumisión y sentimentalismo (2003: 10).

Asimismo, varios estudios realizados sobre las biografías y obras de mujeres escritoras, las llamadas “locas ilustres”, dan lugar a una corriente que ha interpretado la locura como un refugio, un lugar donde protegerse de las estrategias opresoras del sistema patriarcal, una vía de escape de la domesticidad, un instrumento de resistencia, que permitiría actuar fuera de los estereotipos y roles establecidos. Ante estas interpretaciones, cabría señalar que las mujeres que rechazaron la domesticidad o el dominio económico y sexual de los varones, así como las activistas políticas, eligieron desafiar los roles de género que se les habían asignado; no “optaron” por la locura. Es decir, debajo de su superficie pueden encontrarse signos de resistencia y rebelión, no

tanto en relación con que la locura en sí fuese un instrumento para ello, sino con que la locura se convirtió en una “capa” que pretendía ocultar —bajo las etiquetas de las distintas patologías— conductas y pensamientos que transgredían el orden establecido, asociándose, no pocas veces, con la peligrosidad sexual. Por tanto, podría ser considerada una etiqueta impuesta por agentes profesionalizados de un sistema de dominación: los psiquiatras (Ruiz Somavilla y Jiménez Lucena, 2003: 10).

Este análisis habilita la reflexión sobre el modo en que se producen, reproducen y persisten saberes que esconden prejuicios y estereotipos de género, bajo la supuesta objetividad de la ciencia médica. Saberes que delimitan signos y síntomas como atributos de enfermedad psíquica y que conducen a invisibilizar la forma en que estos expresan aquello que se considera “peligroso”, “dañino”, “indeseable”, “anormal” para una mujer en determinado momento de la historia.

Esta mirada sobre la mujer, en el ámbito manicomial, encarna parte de lo que Ulloa (1995) llama “la encerrona trágica”, paradigmática del desamparo cruel. Una situación de dos lugares, sin que medie un “tercero de apelación”, sin ley, en la que la víctima, para dejar de sufrir o no morir, depende de alguien a quien rechaza totalmente y por quien es totalmente rechazado. Esta produce una forma de dolor psíquico en la que lo hostil y arbitrario se vive como familiar (acostumbramiento). Este dolor siniestro se presenta como un dolor sin salida en tanto no aparezca un tercero que ponga un límite a tal escena y la resignación se instale como destino. El hospital psiquiátrico, entre otras instituciones, se convierte en ejemplo paradigmático de esto en la medida en que allí las personas, para satisfacer sus necesidades básicas, dependen de alguien que las maltrata, que no las asiste, es decir, que no las reconoce como sujetos (Ulloa, 1995; Epele 2012).

Sobre esta crueldad, Segato (2018) va a remitir a una “pedagogía de la crueldad” en los hombres. Esta pedagogía consiste en ejercer el poder sobre otro cuerpo, ejercicio que enseña mediante un papel activo a tratar a las personas como objeto. Esto supone la captura de algo que fluía errante e imprevisible, como es la vida, para instalar en su lugar la inercia y esterilidad de la cosa mensurable, vendible, comprable y obsoleta. La “pedagogía masculina” y su mandato se transforman en “pedagogía de la crueldad [...] porque la repetición de la escena violenta produce un efecto de normalización de un pasaje de crueldad y, con esto, promueve en la gente los bajos umbrales de empatía indispensables para la empresa predatoria” (Segato, 2018: 19). Esta mirada sobre la violencia como expresión de la sociedad y de la crueldad sobre el cuerpo femenino resulta fundamental para entender en su complejidad y vincular las categorías de cuerpo y género.

METODOLOGÍA

Como en el presente capítulo se sitúa el análisis en el presente, se debe advertir en primer lugar una crisis en el campo de la psiquiatría: su objeto y método no resultan claros a pesar de los considerables esfuerzos realizados tanto desde las políticas públicas como desde las corporaciones médicas por erigirse como los sujetos legítimos para su definición y el tratamiento de aquel. Esta crisis se expresa en diferentes niveles: epistemológico, debido a la ambigüedad del objeto que la psiquiatría debe observar y tratar, ligada asimismo a la imposibilidad o, mejor, a los intentos infructuosos de determinarlo; histórico e institucional, debido a la dificultad de justificar y conservar el modelo asilar, con su lógica de objetivación clínica y amenaza latente a los derechos de todos los que entran en atención psiquiátrica.

Tales aseveraciones, consideramos, resultan pertinentes no solo respecto al presente, sino que se trata de un problema que puede rastrearse desde los inicios de la práctica médica psiquiátrica. Su persistencia remite a la ontología de las disciplinas psi.

A fin de indagar sobre tales afirmaciones, se parte del análisis de un acervo documental de cuatro mil historias clínicas de mujeres que fallecen durante su internación en un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires entre 1885-1985. El promedio de estadía en el hospital es de 19,4 años y oscila de los 12,6 para 1948 a 37,2 en 1982. Sobre la base de estos datos, se realizó una lectura y un análisis de contenido con particular foco en las expresiones y los modos de nombrar que estructuran las escrituras sobre los padecimientos y su tratamiento. Estas escrituras, a su vez, se derivan de modos tanto personales como culturales de organizar la experiencia de enfermar, en el caso de las mujeres internadas, y de hablar acerca de la enfermedad y su tratamiento, en el caso del personal médico. Asimismo, se examinó en profundidad un número reducido de casos con el propósito de indagar sobre la vida de las mujeres durante su internación: cómo son admitidas, cuáles son los registros de su voz y la de otros que intervienen en el ingreso; cuáles son las interacciones con el personal de salud durante su internación y los vínculos con el afuera (tanto con la familia o allegados como con el sistema jurídico-legal que solicita la admisión); cuáles son los cuidados, los tratamientos y las evoluciones que registra el médico, enfermera o cualquier otro trabajador; qué lugar ocupa la voz de las mujeres en los registros, y cuál es la escucha, escritura e interpretación de dicha voz.

Con base en lo detallado anteriormente, en las páginas que siguen se presenta mediante dos casos, la trayectoria de gran parte de las mujeres internadas, situada en el contexto sociohistórico en el que tienen lugar, con la conformación del campo de las instituciones psi-

quiátricas en nuestro país. De esta forma se destacan las lógicas que orientan las prácticas y la multiplicidad de actores sociales que intervienen, describen e inscriben “realidades médicas” sobre los cuerpos y las trayectorias de estas mujeres. Al respecto, es necesario aclarar que si bien los casos presentados no provienen en su totalidad de la experiencia de una única mujer internada, su composición proviene de los resultados de la lectura analítica de las historias clínicas. Es decir que ambos se componen de los registros de múltiples historias clínicas. Con esto, no se deja de considerar que aunque la experiencia subjetiva y de internación de cada una de estas mujeres es única y constituye un relato original, también reflejan algo de la totalidad (Lewis, 1969), la historia y la multiplicidad de factores que atraviesan la situación y los recorridos de internación. Su análisis permite ilustrar la historia de muchas otras, funcionando como caso ejemplo sobre el modo en que la psiquiatría interviene en la configuración de las relaciones sociales y de género a lo largo del tiempo, delimitando signos y síntomas como atributos de enfermedad psíquica. Sin embargo, este escenario permanecerá opaco en la medida en que no se logre trascender las historias individuales, esto es, operar el pasaje de la escala “micro” a la escala “macro” de análisis. Siguiendo esta dirección, luego de la presentación de los casos se realizará un examen, a la luz de las categorías teóricas desarrolladas previamente, para comprender e interpretar la internación de estas mujeres hasta la muerte, y su vinculación con el contexto más amplio en el que tales descripciones adquieren sentido pleno. De esta forma se pone en evidencia la ambigüedad e indeterminación del objeto y métodos psi, incorporando la tensión pasado-presente.

Cabe aclarar que se usa seudónimo en todos los casos para proteger la identidad de cada una de las personas que figuran en la historia clínica, así como la institución de referencia. Asimismo, se trabaja de acuerdo con el dictamen 149/07 de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales que autoriza al Archivo General de la Nación a difundir este material previa toma de responsabilidad por parte del usuario en lo que hace a la divulgación del material.

RESULTADOS

Las instituciones psiquiátricas forman parte de la historia reciente en la Argentina, orientadas a “humanizar” la atención del sufrimiento psíquico de las mujeres. En 1852, la Sociedad de Beneficencia llama la atención sobre las mujeres consideradas “alienadas”, recluidas en las cárceles “sujetas con cadenas a la pared o metidas en el cepo, al mismo tiempo que otras muchas mendigaban por las calles o vagaban por los cercos de las quintas” (Ingenieros, 1920: 78). Estas son lleva-

das al Hospital de Mujeres, donde se habilitó un “Patio para dementes”. De inmediato, ocurre un importante hacinamiento, ante el cual la sociedad solicita “un local apropiado a su custodia y tratamiento”. El gobierno da intervención a la Comisión Filantrópica y su presidente, el doctor Ventura Bosch, aconseja que se establezca un hospicio de mujeres en las afueras de la ciudad. En 1854, se crea en Buenos Aires el primer nosocomio dedicado a la asistencia de mujeres, el Hospital Nacional de Alienadas, al que fueron trasladadas todas las mujeres “dementes” del Hospital de Mujeres (Ingenieros, 1920: 79). Rápidamente, una vez más, ocurre una sobrepoblación en este espacio que da lugar, durante la primera década del siglo XX, a la creación de diversos asilos, alejados de las ciudades, con parques y espacio al aire libre, producto de la aplicación en la Argentina del sistema *Open Door*, que propuso e instaló el médico psiquiatra y sanitarista Domingo Cabred.¹ La ciudad, por el hacinamiento, el dinero y “los vicios”, entre otras cosas, se asocia a una de las causas de la locura. En cambio, los espacios alejados y rurales donde se establecen las colonias se caracterizan por una ilusión de libertad, trabajo y un carácter rural que, se supone, favorece la recuperación (Vezzetti, 1985).

Juana llega en una ambulancia al hospital el 3 de diciembre de 1922. Tenía 26 años cuando fue “colocada por” el padre, según consta en su historia clínica. En el interrogatorio de admisión señala que Juana es “abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos. Desafectiva”. El médico que realiza el ingreso la diagnostica con “esquizofrenia paranoide”. En los sucesivos registros de las enfermeras se reiteran algunas notas que van a aparecer año a año: “nerviosa”, “desafectiva”, “respuesta muy pobre”, “no colabora”, “desaseada”, “no trabaja”.

En esa época, el trabajo se convierte en uno de los elementos más importantes del “tratamiento moral” y la “reintegración social del loco”. La pequeña comunidad rural, con el trabajo al aire libre e higiénico, devolvería al “alienado” signos de su utilidad social, así como, en última instancia, contribuiría a reducir los costos del establecimiento (Vezzetti, 1985). Sin embargo, Juana persiste en vincular su padecimiento con “la angustia que le produce el no hacer lo que ella quería (estudiar, ser útil)”, aunque para la nación representara un peligro.

Los “peligrosos” eran quienes podían virtualmente atacar el régimen establecido, también quienes se encontraban en condiciones sociales y económicas desfavorables. Entre 1924 y 1928, se presenta

1 Como director de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, Cabred (1859-1929) desarrolló una prédica modernista en relación con la asistencia psiquiátrica.

al Congreso de la Nación diversos proyectos legales para el control de la “peligrosidad”;² esto se vincula a la doctrina de la defensa social, es decir, “el derecho de la sociedad de defenderse de todo individuo o grupo que atentara o pudiera dañar potencialmente al cuerpo social” (Dovio, 2014: 47).

El Instituto de Criminología mantuvo comunicaciones regulares con otros institutos de medicina legal reconocidos en Europa. Estas dependencias aparecieron con la función de realizar detallados diagnósticos clínicos criminológicos, en articulación con el campo médico, judicial y penitenciario. Sus historias clínicas (elaboradas bajo el modelo psicopatológico o más tarde interdisciplinario) sirvieron de insumo a jueces y agentes penitenciarios para tomar decisiones sobre la vida de detenidos en prisión. Las clasificaciones sobre peligrosidad, elaboradas a partir de los diagnósticos particulares, fueron una novedad y útiles para la proyección de una red de instituciones para distintas “peligrosidades sociales” en casos de semialienación, alcoholismo o “parasitismo social” (entendiendo por tal “vagancia crónica”).

Epifanía es detenida en la calle el 24 de noviembre de 1928, un informe de la policía dice que “pronunciaba frases incoherentes como: ‘actitudes de lucha por la vida’, ‘gremialismo’, ‘sindicalismo’”, habiendo sido detenida en ocasiones previas, esta vez condujo a presumir que tenía sus “facultades mentales alteradas”. Con 30 años de edad, la primera página de su historia clínica queda atravesada con un sello de tinta roja que dice “INTERDICTA”, lo que marca su internación por orden judicial.

En este periodo, también se busca controlar y medicalizar la sexualidad —concebida como par indisociable de la reproducción desde el eugenismo argentino—, lo que da lugar al establecimiento de sexualidades autorizadas y prohibidas o desviadas, esto es, “anormales”.

A Epifanía la acompaña su esposo, quien relata al médico que hace tiempo “debido a su erotismo desapareció durante doce horas de su hogar y posteriormente cuatro días, habiendo sido vejada por una cantidad de individuos”. En esas ocasiones la policía la conduce al hogar. El médico escribe que se trata de una mujer de “origen humilde” que “sufrió hace aproximadamente un año un shock emocional pero siempre fue de temperamento desarmónico”. El diagnóstico que se registra es “desarmónica constitucional”.

2 En este periodo, se multiplican en Buenos Aires las “villas miserias” — como consecuencia especialmente de migraciones internas—, donde los individuos vivían sin servicios (cloacas, luz, gas) y descriptas como focos de los peligros más diversos. Es entonces que aparece una fuerte relación construida entre peligrosidad y pobreza material (Dovio, 2014).

Subyace a este tipo de internaciones por orden judicial la idea de preservación de la sociedad como un todo, más allá de la suma del bienestar de cada integrante individual, fundada en los conceptos de higiene y profilaxis como metas inherentes al nuevo modelo médico, Higiene asociada al mejoramiento de las condiciones ambientales, para evitar o minimizar la aparición de enfermedades o anomalías en la sociedad presente, y profilaxis vinculada a las intervenciones que buscaban, a través de medios selectivos, desterrar en el presente los elementos perniciosos para la sociedad futura (Talak, 2005).

En este contexto, sobreviene el ocaso de los proyectos de Domingo Cabred al aumentar el número de personas internadas. En 1931, Bosch plantea la preocupación por ese incremento y las condiciones de los establecimientos psiquiátricos del país, en los que se asiste alrededor de 14.000 “enfermos mentales”, que representan aproximadamente el 1,26 por cada mil habitantes, sin considerar a quienes no se encuentran en dichos establecimientos (Bosh, 2004).

Al interior del hospital, quienes cotidianamente conviven con las mujeres son monjas y enfermeras. Siempre escasas para el número de internas, son recurrentes las notas sobre golpes, caídas o heridas producto de “accidentes” o peleas entre las internadas. Asimismo, los registros sobre la evolución de las mujeres se hacen cada vez más breves y escasos, conforme pasa el tiempo y dejan de ser visitadas o de consultarse sobre su situación.

Al principio, la frecuencia de registros en la historia clínica de Epifanía es semanal, luego va disminuyendo a mensual; conforme se reducen las visitas de su esposo, se transforma en semestral y hasta anual, cuando ya nadie pregunta por ella. En reiteradas oportunidades se escribe: “La enferma se mantiene erótica”, “muy agresiva con las demás enfermas y con el personal del pabellón, caprichosa, desobediente —no trabaja en nada— sucia”.

En 1947, se registra que fue “enchalecada” por episodios de “excitación psicomotriz” y le administraron “dos ampollas de Somnifene³ y una ampolla de Pantophon”.⁴ Más adelante en su historia clínica, un médico remite que ha finalizado el “tratamiento convulsionante” con “muy discreta mejoría”. Epifanía se encuentra “inquieta, temerosa”, ella dice “quiero que me expliquen qué pasa, todos me quieren, pero

3 Somnifene Roche fue usado en la llamada “terapia febril” o “piretoterapia”, que consistía en la inducción de fiebre con su aplicación.

4 Pantopon Roche, derivado del opio, inyectable que reemplaza a la morfina.

piensan matarme: me molestan continuamente”. A esto le sigue la administración de leche subcutánea.⁵

Respecto de los tratamientos administrados, hasta 1940 en su mayoría se trata de terapias de choque o biológicas, que sirvieron al control comportamental de las pacientes, fundamentalmente de efectos sedantes, con una especificidad terapéutica casi nula (López-Muñoz *et al.*, 2004). A principios de esa década, se incorpora el electroshock o terapia electroconvulsiva. Este aparece en un principio como tratamiento de los estados esquizofrénicos agudos, aunque rápidamente se la consideró de gran eficacia para los estados melancólicos graves (Urruchurtu, 2010). A partir de 1950, se producen importantes avances en la psicofarmacología, con el descubrimiento de la clorpromazina, varios autores van a hablar de una “revolución psicofarmacológica” (López-Muñoz *et al.*, 2004). Diversas sustancias se introdujeron con rapidez en el ámbito clínico, aunque con poco conocimiento sobre su acción terapéutica (Torres Bares y Escarabajal Arrieta, 2005).

En las historias clínicas analizadas, a partir de 1950, los registros de contención física contrastan con otros que remiten a la contención con el llamado “chaleco químico”, esto es, los psicofármacos. Se dice en un momento de Epifanía: “La enferma se encuentra medicada psiquiátricamente lo que imposibilita el examen clínico por encontrarse dopada”. En 1965, luego de treinta y siete años de internación, otro médico que la examina la describe “globalmente desorientada. Descenso de sus facultades intelectuales” y la diagnostica como “esquizofrénica”.

Hacia 1967, en el marco de nuevas prácticas de atención, se adjunta el relato de una trabajadora social donde se informa que no pudo localizarse al marido en la dirección registrada. Ese año se crea el primer Plan Nacional de Salud Mental, que responde a la búsqueda del gobierno militar argentino de reproducir la política estadounidense. Este plan es redactado a partir del Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y la ley Kennedy de 1963 de los Estados Unidos. Sus objetivos son la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y la implementación de un sistema descentralizado de atención, mediante diferentes centros periféricos. Sin embargo, en Argentina se mantienen los hospitales psiquiátricos, siempre ligados a las cátedras de Medicina, se suman nuevas colonias a las ya existentes y se impulsa el trabajo mediante el sistema de comunidad terapéutica como “experiencias piloto” (Galende, 1990; Carpintero y Vainer, 2005). Se incor-

5 La leche se inyecta al paciente en la región glútea o en la cara externa del muslo, lo que produce una reacción local en la zona de la inyección con dolor, enrojecimiento, formación de pus y una subida de la temperatura corporal que aplaca al paciente.

poran a la atención psicólogos, sociólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y personal voluntario (Carpintero y Vainer, 2005).

Ese mismo año, en el contexto de las nuevas prácticas que van a instalar las comunidades terapéuticas que se establecen en diversos hospitales, Juana obtiene un alta a prueba, pero regresa a los doce días con “quemaduras infectadas en abdomen y genitales”. Ella explica que se prendió fuego con kerosene, “se quemó el pubis porque el padre la quiere desvirgar”. Más adelante, con fecha del 28 de noviembre de 1967, aparece una carta del padre que dice: “Doy mi conformidad para operar a mi hija”. El único rastro de la lobotomía, en toda su historia clínica, es una inscripción en la carátula que dice “Cardiazol y Leucotomía”. Por esas notas se sabe que en algún momento de su internación le hicieron shocks cardiazólicos y le realizaron una lobotomía. A dicha intervención le sigue la administración de estrógeno y progesterona y se solicita que se le tome la temperatura rectal cada mañana durante un mes. A partir de ahí, aparecen los registros diarios de la temperatura. En mayo de 1968, comienza a recibir electroshocks. El último es en agosto. Juana fallece cuatro días después, el 14 de agosto de 1968 por una “miocarditis”, según consta en el certificado de defunción. Su cuerpo es enviado a la Facultad de Medicina “para su estudio”. En 1968, Epifanía dice “ya no tengo alucinaciones ni ilusiones, he observado los hechos, querían matarme”. A los tres días un acta de defunción indica que Epifanía muere de un “paro cardio-respiratorio” y una nota dirigida a su esposo increpa “conteste si se hace cargo”.

A mediados de 1970, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) es intervenido. Empiezan a difundirse acusaciones de “subversivos” y “comunistas” hacia los trabajadores de los espacios comunitarios en los hospitales. Cabe aclarar que en el trascurso del gobierno militar se mantiene una lucha abierta contra la “infiltración comunista” y se aplica una fuerte persecución ideológica de los ciudadanos (sobre todo profesionales e intelectuales), basada en los principios de la Doctrina de Seguridad Nacional⁶ (Golcman, 2012). Con esto comienza el desmantelamiento de estos programas, se vuelve a autorizar el uso de chalecos de fuerza, entre otras prácticas de “contención física” y química de nula eficacia terapéutica.

6 Doctrina militar aplicada en los países de América Latina, que surgió durante el conflicto entre Estados Unidos y la Unión Soviética con la finalidad de evitar el crecimiento del comunismo y la “subversión”, dirigida a todo tipo de organización política partidaria, debido al “peligro” social que estos grupos implicaban.

DISCUSIÓN

A continuación se pone en cuestión las formas en que las tecnologías psi modelan cuerpos, diagnósticos y tratamientos a través de la crueldad y el maltrato que atraviesan los cuerpos de estas mujeres. Esto persiste en el tiempo y coexiste con algunas experiencias que buscan desobjetivar, escuchar y acompañar el sufrimiento psi desde un lugar diferente al impuesto por el orden manicomial.

CRUELDAD HECHA CUERPO

Un primer aspecto que se debe destacar es la multiplicidad de actores que miran y hablan por estas mujeres. En su mayoría figuras masculinas: padre, esposo, policía, médico. Aunque con un carácter más técnico, aparecen también las enfermeras y, más adelante, psicólogos y psicólogas, asistentes y trabajadores sociales. En sus prácticas opera una tendencia a la objetivación, el otro se vuelve objeto de intervención a tal punto que se desdibuja su estatuto humano (Ulloa, 1995). Mientras los etiquetamientos en salud mental niegan toda dimensión subjetiva, singular y significativa del síntoma, el diagnóstico psiquiátrico conlleva el pronóstico de cronicidad y deterioro. Podría leerse en ello una “pedagogía de la crueldad”, un ejercicio de poder que enseña mediante un rol activo a tratar a las personas como objeto (Segato, 2018). De alguna manera, Epifanía encarna esta crueldad al expresar “ya no tengo alucinaciones ni ilusiones”, que parece ser un último recurso al que apela para que la escuchen, tal vez para que la dejen salir, con la claridad de haber hallado que, para salir, cualquier vinculación con el orden de la fantasía o el deseo por ser algo o alguien diferente debieran eliminarse.

Respecto al diagnóstico inicial que recibe Epifanía, “desarmónica constitucional”, existe un escrito de 1930, publicado por reconocidos médicos de la Argentina, que señala que este tipo de “constituciones” no llegan a perturbar el mecanismo de su autonomía psíquica, representan el terreno sobre el que pueden desarrollarse otros síndromes clínicos si interviene un “factor realizador”. Esto significa que se trata de una disposición a padecer, en el caso que un “estímulo perturbador—endógeno o exógeno—” lo conduzca a enfermar (Bosch y Ciampi, 1998 [1930], párr. 26). Esto supone que Epifanía con su “desarmonía” podía presentar una constitución que favoreciera ciertos problemas psíquicos, si bien no necesariamente está “loca” o padece una enfermedad psíquica (al menos clasificada como tal para la época). Sin embargo, no sin cierta crueldad, es pertinente internarla.

En el caso de Juana, una vez objetivada, su cuerpo antes que mirado, parece ser intervenido de todas las formas posibles: violado, atado, sedado, cortado, inyectado, electrificado, quemado, medido, muti-

lado con todas las consecuencias que se derivan de cada una de tales intervenciones: vergüenza, desgano, fiebre, infecciones; hasta fallecer por una estéril “miocarditis”. Como en la mayoría de los casos, un diagnóstico que neutraliza una trayectoria de vida.

El caso de Juana muestra la multiplicidad de tratamientos que pueden atravesar a las mujeres internadas hasta su fallecimiento. Estos, como aparece registrado, se acompañan de “discretas mejorías” o nulas. El valor de la palabra de Juana resulta de escaso interés, no se registra en la historia clínica la necesidad de dar crédito a sus palabras, al abuso que relata por parte de su padre, del que busca protegerse quemándose el pubis. Juana es “erótica”, al igual que Epifanía, aunque Juana no cuenta con “antecedentes” de alguna “desarmonía constitucional” y tiene la posibilidad de salir —concediéndosele un alta a prueba—. Sin embargo, no se advierte el espacio del hogar como un lugar hostil, ya sea real o imaginario, con este padre abusador al que remite Juana. Parece no importar el temor y sufrimiento que experimenta al punto de quemarse a sí misma para defenderse de otro. Juana será acallada en sus manifestaciones por medios de contención física cada vez más violentos, que van desde la “leche subcutánea” (administrada para producir un estado febril en las pacientes) cuando parece señalar irónicamente: “Todos me quieren pero piensan matarme...”, pasando por los shocks cardiazólicos, hasta la eliminación definitiva de la capacidad de expresar su subjetividad mediante una lobotomía.

La trayectoria de Juana muestra cómo se busca, mediante múltiples estrategias terapéuticas, acallar esa “esquizofrenia paranoica” que la aqueja. Su “locura” parece eliminar la posibilidad de escuchar y dar lugar a su palabra, su sufrimiento subjetivo o psíquico y, en concordancia, los tratamientos recaen sobre el cuerpo. El cuerpo de Juana se convierte en “campo de batalla” no solo del médico y del padre, sino también de ella misma cuando busca exorcizar ese abuso atacando su propio cuerpo.

Los resultados del análisis conducen la reflexión hacia la discusión sobre el cuerpo femenino. En este sentido, el modelo de los “tres cuerpos” propuesto por Scheper-Hughes y Lock (1987) se torna una herramienta poderosa para examinar la realidad. En este caso, dicho análisis se realiza además atravesado por la categoría de género. Así, en el nivel del cuerpo individual puede leerse la percepción subjetiva de Juana sobre sí misma, al vincular su padecimiento con la angustia que le produce el “no hacer lo que ella quería (estudiar, ser útil)”. Percepción que se traduce al nivel del cuerpo social, cuando se identifica la lectura que se hace desde los roles de género impuestos sobre su cuerpo: “Debido a su erotismo desapareció durante doce horas de

su hogar”; “abandonada en los quehaceres de la casa. Indiferente por los suyos. Desafectiva”. En la dimensión social, no alcanza con ser esposa-madre-cuidadora-ama de casa. Se registra el incumplimiento o apartamiento de ciertas características estereotipadas adicionales establecidas para su género como lo afectivo, lo débil, lo reproductivo, lo emocional, lo delicado, lo romántico, lo maternal-cuidador, lo doméstico.

Estas características culturales atribuidas a los cuerpos sexuados como si fueran naturales o instintivas producen ciertos procedimientos, acuerdos y tratamientos que se cuelan en las teorías, los registros, las prácticas y los modos de pensar médicos. Además, tales estereotipos no solo funcionan o modelan las acciones e interpretaciones de los otros, sino de la misma mujer, quien en alguna medida se siente responsable y culpable por ese “erotismo” que, en el caso de Juana, llega al extremo de quemarse “el pubis”. Al mismo tiempo, el apartarse de roles que contribuyen al sostenimiento y la reproducción social pone en riesgo o expresa una sociedad enferma. En el nivel político o, mejor, biopolítico, debe realizarse una lectura sobre el carácter moral de la definición de síntomas psiquiátricos que naturaliza los estereotipos de mujer = madre = ama de casa = cuidadora = amorosa e interpreta como síntoma patológico el apartamiento de este modelo. Esto no implica que la persona no pueda estar sufriendo o requiriendo algún cuidado específico, sino que la psiquiatría viene a legitimar el encierro de mujeres que se apartan del modelo establecido, de lo productivo y de lo esperable, por lo tanto, de la razón; se trata de un cuerpo político al que hay que mantener dentro de ciertas normas y orden social (Sy, 2018c y d).

Al respecto, no se puede dejar de ver que el lugar para estas mujeres era la cárcel o la calle hasta la creación de los asilos, que vienen a acentuar una regulación moral de la conducta, dando gran importancia a la reglamentación de los cuerpos mediante el trabajo como organizador de la salud mental. Ello se expresa en observaciones sobre el comportamiento que aparece como síntoma de enfermedad: “exitada”, “erótica”, “pueril”, “no se ocupaba en nada desde hacía una temporada” o, por el contrario, como muestras de mejoría: “se ocupa en algunas costuras”, “colabora”, “trabajadora”, “trabaja en escobería”. Además, diversos modos de contención, como el chaleco, el *restraint*, el electroshock, los shocks cardiazólicos o las inyecciones de leche subcutánea hasta la lobotomía, se orientan a controlar los cuerpos y corregir conductas.

Está claro que, desde esta concepción, la “locura” no es tanto una afección de la razón como una desviación de la conducta, a partir de causas que remiten tanto a factores corporales como a condiciones

socioeconómicas y crisis morales. Con esto, no se busca adoptar un posicionamiento ingenuo que niegue el sufrimiento psíquico. Lo que se señala es que los elementos diagnósticos plasmados en las historias clínicas se corresponden con valores éticos y morales sobre el género femenino y con mecanismos de regulación biopolítica de la sociedad. Entonces, la “locura” termina siendo diagnosticada a través de juicios moralizantes antes que, lo que podría llamarse desde una perspectiva biomédica, “observaciones científicas”. Desde esta perspectiva, la palabra y subjetividad de la mujer quedan absolutamente anuladas o desoídas, la categoría de “enferma” que la nombra parece no dar lugar a la consideración sobre la legitimidad de su palabra. Por el contrario, sus voces muchas veces son leídas como síntoma de enfermedad antes que causa de su sufrimiento.

Es así que los resultados del análisis se orientan hacia la necesidad de advertir que los signos y síntomas de una enfermedad y su tratamiento tienen un significado tanto biológico como social y moral. Desde la mirada médica, como señala Taussig (1992), no se separan los hechos de los valores, las manifestaciones físicas de los contextos sociales, las causas inmediatas de las últimas. En este contexto, la enfermedad adquiere una “objetividad fantasmal” al negar las relaciones humanas encarnadas en los síntomas, signos y terapias, se mistifica y reproduce una ideología y política a modo de ciencia de “cosas reales”. Al fin y al cabo, esto produce una cosificación biológica y física donde las cosas toman vida propia, separadas del nexo social que las originó, borrando el significado social y moral, los signos y síntomas de la enfermedad.

Como afirma Foucault (2003a), la medicina mental parte de un postulado naturalista que erige la enfermedad en una especie natural. De esta forma, la separación cultura /naturaleza que caracteriza a la episteme biomédica habilita la creencia de estar tratando con cosas en apariencia “reales”, que constituyen a la “naturaleza humana” (Sy, 2018a). La episteme de las ciencias va a impedir visualizar la moralidad y normalización que se esconde detrás de los signos y síntomas identificados para una “enfermedad mental”, abonando a la tesis de Foucault de que nuestra sociedad se afirma positivamente en los enfermos que ella encierra o aparta, en las enfermedades que se manifiestan en sus miembros. Ciertas conductas se convertirían en “desviadas” respecto de la “naturaleza humana”. Sin embargo, desde nuestra perspectiva analítica se trataría de conductas indeseables, juzgadas como inmorales para la época. Dirá Foucault desde ciertos discursos del saber que se manifiesta en teorías médicas que nombran y clasifican los diferentes tipos patológicos y tratan de explicarlos (Foucault, 2003b y 1987)

PASADO-PRESENTE EN CUESTIÓN

El extenso periodo de tiempo analizado conduce a suponer que se hallarían huellas, más o menos marcadas por eventos históricos, como la aparición de los psicofármacos a partir de 1950 o el establecimiento de comunidades terapéuticas que implicarían una ruptura con las prácticas dominantes. Esto es, en el caso de los psicofármacos, como señalan diversos autores, su aparición llevaría a un “reemplazo” de la contención mecánica por la química (López-Muñoz *et al.*, 2004; Ucha Udabe, Salto y Ben, 2002), o el establecimiento del dispositivo de comunidad terapéutica, a la constitución de mecanismos de escucha y cuidado más integrales hacia las personas internadas.

Por el contrario, se observa la coexistencia y superposición de diversas prácticas, algunas de ellas con un carácter terapéutico aunque la mayoría vinculadas al control comportamental de los pacientes. Si bien existen indicios y huellas de prácticas novedosas, estas conviven con modalidades de diagnóstico y tratamiento que emergen en diferentes momentos históricos y corresponden a diversas corrientes de pensamiento. Estas superposiciones conviven aún al interior de una misma historia clínica, para el tratamiento de un paciente, en el mismo momento histórico.

Al respecto, puede señalarse la historia clínica como ejemplo paradigmático de palimpsesto, donde es posible reconocer modos de tratar ligados a diferentes saberes expertos, de distinta procedencia y antigüedad, e inmersos en diversos regímenes disciplinares de autoridad y verdad, que pertenecen a diferentes tradiciones sociales y lógicas que han sido utilizadas para afrontar —o que han participado en la producción— de otros problemas, en otros tiempos o en otros órdenes de la vida social (Epele, 2013). Lejos de responder a un orden secuencial, de sucesión temporal lineal que facilite su lectura, a través del modelo del palimpsesto es posible registrar la coexistencia y superposición de “textos” que orientan una multiplicidad de prácticas, saberes y lógicas que entran en relación “artificial” o contingente al interior de la institución psiquiátrica. Así, el modelo de palimpsesto permite complejizar la perspectiva de abordaje, no solo para superar una lectura de la historia lineal en progreso continuo, sino que también reorienta una lectura de la historia que tiende a borrar lo individual/particular, lo contradictorio. El análisis de los registros en la historia clínica, a la vez que participa de la construcción histórica o de eventos históricos, permite ver la superposición de textos, de naturaleza diferente, que solo el tiempo y la distancia habilitan la lectura de las huellas de los textos que le precedieron. Su análisis nos permite visualizar la superposición y las tensiones de lo diverso y contrastante al interior de la misma institución psiquiátri-

ca para el mismo momento histórico, que bien podría ser pensada como “palimpsesto”.

Tales hallazgos ponen en evidencia el valor de apelar a diversas fuentes de datos: historias clínicas, escritos y documentos, que permitan recuperar el contexto histórico e institucional. Es de igual importancia recurrir a distintas modalidades de análisis para situar dichos hallazgos en un nivel microanalítico singular, otro en el espacio institucional y uno más macro, que remite al momento histórico en que tales emergencias son posibles.

UNA HISTORIZACIÓN PARA EL PRESENTE, COMENTARIOS FINALES

Situando nuestro análisis en el presente, cuando sería esperable un cambio de paradigma en la atención al sufrimiento psíquico acorde a la legislación vigente, no se puede dejar de notar las conflictividades existentes al interior de los hospitales psiquiátricos entre quienes impulsan, apoyan y sostienen modelos de atención centrados en el sujeto que padece y quienes persisten en la lógica manicomial; o, sin polarizar, entre quienes encuentran serias dificultades para la efectiva implementación de un modelo de atención desmanicomializador, cuando los dispositivos intermedios necesarios están ausentes. Sin embargo, las superposiciones y los contrastes no se agotan ahí, también se debe considerar la multiplicidad de sentidos que adquiere un cambio. Mientras para algunos representa la oportunidad de superar los efectos iatrogénicos de internaciones prolongadas en este tipo de instituciones, para otros puede ser un instrumento para la reducción de costos, entre otras posibilidades. Todo ello se presta a esta superposición de criterios diagnósticos y de tratamientos, en la que conviven “antiguos” y “nuevos” procedimientos, lógicas, regímenes de verdad, formas de pensar y tratar el sufrimiento psíquico. Esta mirada convierte en problemática cualquier “reforma”, cada intento de reconfigurar la clínica crea una nueva capa y permite visualizar la superposición de formas, las contradicciones y continuidades que se tienden a obscurecer desde la idea de progreso lineal que organiza a la medicina.

Desde este marco, se torna necesaria la discusión sobre la forma en que, en la actualidad, se construyen los diagnósticos y el lugar que ocupa el *DSM* al fijar una categoría diagnóstica. Queda abierta esta preocupación. Sin embargo, no podemos dejar de reflexionar sobre los estereotipos de género que produce y reproduce la práctica médica, patologizando aquellas actitudes que se apartan de lo esperado. Podría decirse que la “locura” tiende a ocupar el lugar de lo enigmático, lo distinto, lo otro, que las sociedades tratan de significar de acuer-

do con sus valores, ideologías y significaciones predominantes. En el análisis se observa que, en un periodo de cien años, aparecen signos y síntomas que representan claramente el registro del comportamiento de mujeres que se apartan del rol de género esperado para cada época. Al respecto, si bien puede señalarse que durante tal lapso los tratamientos administrados y, aún más, las teorías y corrientes de la psiquiatría se transforman, en la práctica clínica —que se traduce en el registro de signos y síntomas— persiste la adjetivación de la conducta femenina reprochable para la época, como si se tratara de un hecho observable “científicamente”, antes que una apreciación construida socioculturalmente en un momento histórico particular.

Cabría preguntarse a partir de este análisis en qué medida estos estereotipos de género condicionan hoy en día los diagnósticos que realiza la psiquiatría como una “realidad” acrítica que habilita el diagnóstico y/o internación por “insania”, no solo de las mujeres, sino también de niñas, niños u otros géneros y grupos de edad.

Esta lectura que psiquiatriza signos y síntomas de enfermedad se traduce en la desatención o escasos cuidados que se provee a problemas somáticos. Las mujeres fallecen por problemas de salud física, cuando el foco se coloca en la salud mental, cuestión que tiende a invisibilizar otras dimensiones del sujeto que padece, eliminando con el rótulo de “enfermo psiquiátrico” que este es poseedor de un cuerpo biológico que puede enfermar y requiere ser atendido.

Por último, lo desarrollado conduce a la discusión actual sobre la pertinencia de mantener los hospitales monovalentes, o pensar las internaciones en hospitales generales con un área especializada en salud mental. El problema reside en el abordaje multidisciplinar que requiere la salud, en sentido amplio, pensando en las personas de manera integral, no solo como poseedoras de un cuerpo y una psiquis, sino también como resultado de una trayectoria histórica, que forma parte de una trama social y cultural, inserta en una comunidad particular, que las trasciende al tiempo que las atraviesa.

Todo ello plantea la necesidad de desarrollar nuevas epistemologías, metodologías y categorías analíticas que contribuyan a una forma de conocimiento no determinista ni sesgado por ontologías preestablecidas desde la ciencia occidental moderna, estereotipos de género, vinculados al lugar de origen, el sector o clase social, entre otros (Sy, 2018a y b). Las voces emancipatorias de diversas minorías y sexualidades disidentes, así como de las propias mujeres respecto de la dominación patriarcal, la autodeterminación y su actuación en el espacio público, llevan a estar alerta frente a la reproducción y persistencia de estereotipos que asocian a las mujeres y a otros sectores sociales con la irracionalidad, la sinrazón, la incapacidad intelectual o

para el ejercicio del poder. En la actualidad, cabe preguntarse en qué medida las lecturas y análisis psi se hallan teñidos por estereotipos aún no problematizados.

Para cerrar, puede plantearse que el hospital reflejará y reforzará procesos sociales y culturales dominantes de una sociedad dada. En ese marco, no debe soslayarse que la economía-política del país tendrá un impacto directo sobre las internaciones y muertes que ocurran en los espacios hospitalarios y extrahospitalarios; la vigilancia epistemológica que pueda desarrollarse desde las ciencias resulta imprescindible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablard, J. D. (2008). *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press and Ohio.
- Archivo General de la Nación, Departamento Archivo Intermedio, Fondo documental del Hospital, Serie Historias Clínicas (s/f).
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Burin, M. y Meler, I. (2010). *Género y familia: Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Bosch, G. y Ciampi, L. (1998 [1930]). Clasificación de las enfermedades mentales. *Boletín del Instituto Psiquiátrico*, 2(5). Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas5/2a%20p.%20Bosch%20y%20Ciampi.htm>.
- Bosch, G. (2004). El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*. 19, Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas19/El%20pavoroso%20aspecto%20de%20la%20locur.htm>
- Castel, R. (1994). "Problematization" as a Mode of Reading History. En Goldstein, J. (ed.). *Foucault and the Writing of History* (pp. 237-252). Oxford: Blackwell.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las huellas de la memoria II: Psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*. Buenos Aires: Topía.
- Canguilhem, G. (1986 [1966]). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Chesler, P. (1972). *Women and Madness*. Nueva York: Avon Books.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos significantes: Travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Biblos.

- Conti, N. (2000). Una propuesta historiográfica para la historia de psiquiatría en la Argentina. En Ríos, J. C., Ruiz, R., Stagnaro, J. C. y P. Weissmann (comps.). *Historia y memoria*. Buenos Aires: Polemos.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Davies, K. (1996). "Sexing the mind"? Women, Gender and Madness in Nineteenth-century Welsh Asylums. *Llafur* 7(1), 29-40.
- De Miguel, M. (1980). Introducción al campo de la Antropología médica. En Kenny, M. y De Miguel, M. (comps). *La antropología médica en España* (pp. 11-40). Barcelona: Anagrama.
- Diamant, A. (2010). Mauricio Goldemberg, un camino hacia la psiquiatría humanizada. Marcas para la inserción de la psicología universitaria. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*, XVII, 383-392.
- Douglas, M. (1996). *Natural Symbols: Explorations in Cosmology with a New Introduction*. Londres: Routledge.
- Dovio, M. (2014). La peligrosidad en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal. Buenos Aires, 1924-1934. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 44-56.
- Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *MANA*, 18(2), 247-268.
- (2013). El tratamiento como palimpsesto. *Cuadernos de Antropología Social*, 38, 7-31.
- Falcone, R. y Castillo, C. (2012). Los registros clínicos como fuente primaria para la historia de la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis. *Revista Temas*, 32, 12-21.
- Falcone, R. y García Neira, N. (2015). Historiar desde la praxis clínica: el valor del "relato de casos" en la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis en Argentina. *Anuario de Investigaciones*, XXII, 219-226.
- Foucault, M. (1980). Nietzsche, la genealogía, la historia. En *Microfísica del poder* (pp. 7-29). Madrid: La Piqueta.
- (1984). Le souci de la vérité. *Magazine Littéraire*, 207.
- (1987). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- (2003a [1954]). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003b [1963]). *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2009). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- (1989). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- García Fanlo, L. (2008). Sobre usos y aplicaciones del pensamiento de Michel Foucault en Ciencias Sociales. *Revista Discurso y Argentinidad*, 2(2), 1-10.
- Guerrino, A. A. (1982). *La psiquiatría argentina*. Buenos Aires: Cuatro.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Golcman, A. A. (2012). Tendencias innovadoras en las prácticas psiquiátricas. Argentina, 1960-1970. *Ciencias de la Salud*, 10(3), 387-401.
- Grimson, W. R. (1972). *Sociedad de locos: Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Huertas, R. (2001). Las historias clínicas como fuente para la historia de psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos. *Frenia*, I(2), 7-33.
- Ingenieros, J. (1919). *La locura en la Argentina*. Recuperado de <http://literatura.itematika.com/libro/446/la-locura-en-la-argentina.html>.
- (1920). Los asilos para alienados en la Argentina. *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, 8, 122-145.
- Kromm, J. E. (1994). The Feminization of Madness in Visual Representation. *Feminist Studies*, 20(3), 507-535.
- Le Breton, D. (1998). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lewis, O. (1969). *Antropología de la pobreza: Cinco familias*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lock, M. y Scheper-Hughes, N. (1990). A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. En Johnson, T. y Sargent, C. (eds.). *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method* (pp. 47-72). Nueva York: Praeger.
- López-Muñoz, F., Alamo, C., Ucha-Udabe, R. y Cuenca, E. (2004). El papel histórico de los barbitúricos en las “curas de sueño” de los trastornos psicóticos y maníacos. *Psiquiatría Biológica*, 11, 242-51. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-papel-historico-los-barbituricos-13069909>.
- López Sánchez, O. (2010). *El dolor de Eva: La profesionalización del saber médico en torno al cuerpo femenino en la segunda mitad del*

- siglo XIX en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacola.
- Mauss, M. (1975). Las técnicas del cuerpo y la noción de persona. En *Sociología y antropología* (pp. 309-356). Madrid: Tecnos.
- Míguez, D. y González, A. (2003). El Estado como palimpsesto. Control social, anomia y particularismo en el sistema penal de menores de la provincia de Buenos Aires. Una aproximación etnográfica. En Isla, A. y Míguez, D. (coords.). *Heridas urbanas: Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa* (pp. 157-208). Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- Narvalaz, V. E. y Jardon, M. (2010). Los diagnósticos y las historias clínicas de mujeres en los hospicios de Buenos Aires entre 1900-1930. *Anuario de Investigaciones*, 17, 393-400.
- Narvalaz, V. E. y Miranda, M. F. (2009). La hipótesis de la degeneración en las historias clínicas del Hospicio de las Mercedes y la colonia Dr. Cabred entre los años 1900-1930. *Anuario de Investigaciones*, 16, 183-191.
- Restrepo, G. (2010). Palimpsesto sobre Freud. *Revista Colombiana de Psicología*, 1, 83-88.
- Rhodes, L. (1993). The Shape of Action: Practice in Public Psychiatry. En Lindenbaum, S. y Lock, M. (eds.). *Knowledge Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life* (pp. 129-144). Berkeley: University of California Press.
- Ríos Molina, A. (2009). *La locura durante la revolución mexicana. Los primeros años del manicomio general La Castañeda, 1910-1920*. México: El Colegio de México.
- Roudinesco, E. (1996). *Pensar la locura : ensayos sobre Michael Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
- Ruiz Somavilla, M. J. y Jiménez Lucena, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia*, 3(1), 7-29.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Scott, J. (1990 [1986]) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En *Historia y género: las mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Valencia: Edicions Alfons El Magnanim.
- Segato, R. (2018). *La guerra contra las mujeres*. Buenos Aires: Prometeo.
- Showalter, E. (1985). *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture 1830-1980*. Nueva York: Penguin.

- Smith-Rosenberg, C. (1972). The Histerical Woman: Sex, Roles and Role Conflict in 19th Century America. *Social Research*, 39(4), 652-678.
- Stagnaro, J. C. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *Frenia*, 6(1), 7-37.
- Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en salud mental. Ponencia para el 14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_enfoques.pdf.
- Sy, A. (2018a). La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(5), 1531-1539.
- (2018b). Mujeres migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina. *Trayectorias Humanas Transcontinentales*, 3, 5-19. Recuperado de <https://www.unilim.fr/trahs/754&file=1>.
- (2018c). ¿Cómo Ella se convierte en “Loca”? Cuerpo y género en los significados sociales y morales de la enfermedad. *Revista Corpo-grafias*, 5(5), 209-220. Recuperado de <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/CORPO/article/view/14217/14364>.
- (2018d). “Desafectivas, eróticas y agresivas” cuerpo y género en la construcción de la locura durante el siglo XX. A propósito del “Asilo de Alienadas de Lomas” en la provincia de Buenos Aires, Argentina. En Nunes, M. y Pires Marques, T. (orgs), *Legitimidades da locura. Sofremento, Luta, Criatividade e Pertenenca* (pp.179-202). Bahía: EDUFBA.
- Szasz, T. S. (1994 [1960]). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Talak, A.M. (2005). “Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina (1900-1940)”. En M. Miranda, y G. Vallejo. (Ed.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp.563-599). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Taussig, M. (1992). *The Nervous System*. New York: Routledge.
- Torres Bares, C. y Escarabajal Arrieta, M. D. (2005). Psicofarmacología: Una aproximación histórica. *Anales de sicología*, 21(2), 199-212.
- Turner, V. (1974). *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Nueva York: Cornell University Press.
- Ucha Udabe, R.; Salto, L. y Ben, T. A. (2002). Historia de la Somato-terapia. *ALCMEON. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 10(4), 1-3. Recuperado de <https://www.alcmeon.com.ar/10/40/Ucha%20Udabe.htm>.

- Ulloa, F. (1995). *La novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Urruchurtu, E. (2010). Historia de la psicofarmacología. En *Tratado de psicofarmacología* (pp. 3-13). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Vainer, A. (2005). Memorias para el futuro 26: Sociedad de Locos. *Clepios*, 38, 113-115. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios38.pdf>.
- Van Young, E. (2005). Ascenso y caída de una loca utopía: el manicomio general de la ciudad de México a comienzos del siglo XXI. En Armus, D. (comp.). *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970* (pp. 30-56). Buenos Aires: Lugar.
- Vezzetti, H. (1985). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- (2004). Los comienzos de la psicología como disciplina universitaria y profesional: debates, herencias, proyecciones sobre la sociedad. En Plotkin, M. y Neiburg, F. (comps.). *Intelectuales y expertos. La constitución del conocimiento social en la Argentina* (pp. 293-326). Buenos Aires: Paidós.
- Visacovsky, S. (2002). *El Lanús: Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.
- Weiner, D. (1995). Les femmes de la Salpêtrière: Trois siècles d'histoire hospitalière parisienne. *Gesnerus*, 52(2), 20-30.
- Wood, A. D. (1973). The Fashionable Diseases: Women's Complaints and Their Treatment. Nineteenth Century America. *Journal of Interdisciplinary History*, 4(1), 25-52.

SOBRE LAS Y LOS AUTORES

Diego Zenobi: es doctor en Antropología Social (Universidad de Buenos Aires, UBA) e investigador adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). En su desempeño docente se destaca la docencia de grado y posgrado en la UBA y en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Su tema de investigación actual es el activismo de las víctimas de diversas situaciones, así como el papel de los expertos (psicólogos, abogados, trabajadores sociales, médicos, etc.) con los que estas se relacionan.

Entre sus publicaciones, se destacan: la compilación *Traces: Mémoires et politiques des crises en Amérique Latine*, junto con S. Ullberg y T. C. da Silva (L'Harmattan, 2016); el artículo "Esperando justicia. Trauma psíquico, temporalidad y movilización política en la Argentina actual" (*Papeles del CEIC. International Journal on Collective Identity Research*, 2017/1); y el libro *Familia, política y emociones. Las víctimas de Cromañón entre el movimiento y el Estado* (Antropofagia, 2014), basado en su tesis de doctorado en la que ha estudiado el movimiento de demanda de justicia impulsado por los familiares de los fallecidos en el incendio del local República Cromañón y por los sobrevivientes del hecho.

Oliva López Sánchez: es profesora titular en la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de Méxi-

co (UNAM). Adscripta a la carrera de Psicología desde 1989. Miembro del Sistema de Investigadores Nivel II y Miembro Permanente de la Academia Mexicana de Ciencias. Licenciada en Psicología por la FES Iztacala-UNAM. Maestra en Psicoterapia Corporal por la Universidad Intercontinental. Especialista en estudios de la mujer en el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México. Doctora en Antropología por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, con especialidad en Antropología Médica. Realizó estancia posdoctoral en Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, DF, bajo la dirección del doctor Eduardo Menéndez. Recibió diferentes premios de investigación y de trayectoria académica en México (Sor Juana Inés de la Cruz, Academia Mexicana de Ciencias, etc).

Coordinadora del Proyecto de Investigación Interdisciplinaria sobre Cuerpo, Emociones y Género (PIICEG) desde 2007 a la fecha, también ha coordinado el Seminario Mensual Permanente: “Cuerpo, género, salud y sexualidad” en la FES Iztacala desde 2007 a 2017 y el Programa Institucional del Archivo Histórico de la FES Iztacala, hasta 2017. Fundadora y co coordinadora de la Red Nacional de Investigadores en Estudios Socioculturales Sobre las Emociones (RENISCE)

Es autora de los siguientes libros: *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México* (Plaza y Valdés, 1998); *De la costilla de Adán al útero de Eva. El cuerpo femenino en el imaginario médico y social del siglo XIX* (UNAM/FES Iztacala, 2007); *El dolor de Eva. La profesionalización del saber médico en torno al cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX en México* (UNAM/FES Iztacala, 2011); *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana 1900-1950* (UNAM, 2011); *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)* (UNAM/FES Iztacala, en prensa). Coordinadora de la colección Emociones e Interdisciplina, editada por la UNAM y el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente de Guadalajara. Ha escrito diversos capítulos en libros y revistas especializados nacionales e internacionales.

Ángel Martínez-Hernández: es catedrático de Antropología Médica (distinguido) y director del Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili. Ha sido profesor o profesor/investigador visitante, entre otras, en la Universitat de Barcelona, la University of California en Berkeley, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Università degli Studi di Perugia, la University of California, San Diego (Fulbright) y en distintas universidades de Brasil, como la Universidade Federale de Minas Gerais, la Universidad Federal do Rio

Grande do Sul y la Universidade Federal de Santa Catarina. Asesor, experto y/o evaluador de diferentes organismos públicos, entre los que se destacan la World Health Organization-Regional Office for Europe y el VI Programa Marco de la Unión Europea. Ha publicado más de cien artículos y capítulos de libro, así como diferentes libros, entre ellos *Síntomas y pequeños mundos* en *Anthropos/Siglo XXI*.

Francisco Ortega: es profesor titular en el Instituto de Medicina Social de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro y director de Investigación del Centro Rio de Saúde Global. También es profesor visitante en el Department of Global Health and Social Medicine del King's College, Londres.

Su investigación examina las “neurodisciplinas” emergentes, tales como neuroética, neurociencia cultural, neuroestética y la cerebralización del autismo y otros trastornos psiquiátricos. Adicionalmente, ha realizado investigaciones cualitativas sobre los mecanismos de formación de identidad personal en individuos diagnosticados con autismo y trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en Brasil y sobre salud mental global. Sus libros más importantes son *Corporeality, Medical Technologies and Contemporary Culture* (Routledge, 2014), y junto con Fernando Vidal, *Being Brains: Making the Cerebral Subject* (Fordham University Press, 2017) y *Neurocultures: Glimpses into an Expanding Universe* (Peter Lang, 2011).

María E. Epele: es antropóloga, especializada en antropología de la salud. Profesora de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires (UBA), investigadora principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Ha dirigido diferentes proyectos de investigación. En la actualidad dirige proyectos sobre tecnologías psi y padecimientos en sectores segregados. También dirige el Grupo de Estudios sobre Tecnologías Psi, del Instituto Gino Germani, de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Licenciada y doctora por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Posee un postdoctorado de la University of California, Berkeley. Ha dictado seminarios de posgrado y doctorado en universidades nacionales (la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, la UBA, la UNLP, la Universidad Nacional de Mar del Plata, etc.) e internacionales (Stanford y Sao Paulo).

Tiene numerosas publicaciones nacionales e internacionales, y entre sus últimos libros se encuentran: *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (Paidós, 2010); *Padecer, cuidar y tratar* (Antropofagia, 2013); *Malestar en la etnografía. Malestar en la antropología* (compilado junto con Rosana Guber, IDES, 2019).

Octavio Bonet: es profesor asociado del Departamento de Antropología Cultural y el Programa de Posgrado en Sociología y Antropología del Instituto de Filosofia e Ciências Sociais (IFCS) de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Es investigador de nivel 2 de productividad del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico de Brasil (CNPq). Actualmente, es coordinador del laboratorio de Interfaces de Etnografía y Conocimiento con sede en el IFCS-UFRJ. Licenciado en Antropología, Universidad Nacional de La Plata, máster en Antropología Social en el Programa de Post graduación, Museo Nacional – Universidad Federal de Río de Janeiro y doctor en Antropología Social en PPGAS-MN-UFRJ.

Tiene experiencia en antropología, enfocándose en antropología de salud y enfermedad, actuando en los siguientes temas: cuerpo, emociones, persona, conocimiento médico y diversidad cultural. Coordina el proyecto de investigación “Emociones, sufrimiento y salud mental en la Red de Atención Primaria de Salud de Río de Janeiro” y el proyecto “Subjetividad, emociones y trauma en el Brasil contemporáneo”, que busca analizar, desde un punto de vista antropológico, la relación entre una configuración subjetiva culturalmente situada en el Brasil contemporáneo y los sufrimientos difusos o padecimientos subjetivos. Publicó el libro *Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina* (Fiocruz, 2004) y *Os médicos da pessoa. Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina* (7Letras, 2018) y varios artículos en revistas y capítulos de libros.

Romina Del Monaco: es doctora en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires, UBA), magíster en Antropología Social y Política (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO) y licenciada en Sociología (UBA). Se desempeña como investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y como docente de la carrera de Sociología (UBA).

Su tema de investigación actual son las psicoterapias cognitivo-conductuales a partir de entrevistas a profesionales (psicólogos, psicólogas y psiquiatras) que se desempeñan desde este abordaje psi.

Entre sus publicaciones se destacan el libro *Idiomas del dolor crónico: experiencias y saberes a partir de la migraña* (Biblos, 2017) y los siguientes artículos como resultados de investigación que se está llevando a cabo actualmente: “‘Ir al punto’, definir plazos y objetivos: tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina” (*Revista RUNA*) y “‘Colorear racionalmente el mundo’: nociones de creencia implicadas en las terapias cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina” (*Revista Aposta*).

Anahi Sy: es licenciada en Antropología y doctora en Ciencias Naturales por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Es investigadora adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y docente de grado y posgrado en la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Se ha dedicado a temas de antropología y salud, en el campo de la interculturalidad, salud mental e instituciones hospitalarias, desde una perspectiva etnográfica.

Desde el 2009 se desempeña como editora asociada de la revista *Salud Colectiva* (indizada internacionalmente). Como resultado de su trayectoria académica, ha publicado diversos trabajos científicos con referato nacional e internacional, en revistas indexadas internacionalmente y como capítulos de libro. Ha presentado numerosos trabajos en eventos científicos, congresos y jornadas.

Andrea García-Santesmases Fernández: es licenciada en Sociología por la Universidad Carlos III de Madrid y en Antropología Social y Cultural por la Universidad Complutense de Madrid. Tiene un máster de Investigación en Sociología realizado en la Universitat de Barcelona donde también obtuvo el doctorado en Sociología con mención internacional y la calificación de Sobresaliente Cum Laude. Su tesis doctoral “Cuerpos (impertinentes): un análisis queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional” obtuvo el Premio Extraordinario de Doctorado en Sociología en 2018. Actualmente, es investigadora postdoctoral en la Universitat Oberta de Catalunya y profesora asociada en el Departamento de Antropología de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Sus principales líneas de investigación se centran en las intersecciones entre los estudios de género y los estudios críticos de la discapacidad, teniendo la antropología del cuerpo como núcleo epistémico clave.

Martín Correa-Urquiza: es doctor en Antropología Médica por la Universitat Rovira i Virgili (URV), licenciado en Ciencias de la Comunicación (Universidad de Buenos Aires), máster en Opinión Pública (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales), máster en Antropología Social y Cultural (Universitat Autònoma de Barcelona) y profesor asociado de la URV, codirector y coordinador del Posgrado en Salud Mental Colectiva (URV-FCCSM) y consultor en la Universitat Oberta de Catalunya.

Ha realizado trabajos de investigación en el campo de la salud, la salud mental y la comunicación comunitaria. Es fundador y coordinador general de la Asociación Sociocultural Radio Nikosia. Además, de pertenecer al Grupo de Investigación en Antropología Social (URV), es

coordinador del Grupo de Investigación en Antropología de la Locura, del Institut Català d'Antropologia.

Asun Pié Balaguer: es doctora en Pedagogía por la Universitat de Barcelona y diplomada en Educación Social por la Universidad Ramon Llull. Es profesora/investigadora de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Es miembro del Grupo de Investigación "CareNet. Care and Preparedness in the Network Society" (IN3-UOC).

Su trayectoria de investigación se centra en los Estudios Feministas de la Discapacidad. Actualmente, codirige el Posgrado en Salud Mental Colectiva (UOC-URV) y el Proyecto de Investigación Competitivo "La Gestió Col·laborativa de la Medicació: un projecte de recerca i acció participativa en salut mental" (URV-UOC).

Mercedes Serrano Miguel: es doctora en Antropología por la Universitat Rovira i Virgili (URV), máster en Asistentes Sociales Psiquiátricos por la Universidad de Zaragoza y máster en Antropología Médica por la URV. En la actualidad, trabaja como profesora dentro del Grado de Trabajo Social de la Universitat de Barcelona.

Como investigadora ha colaborado con el equipo de "Saúde mental, álcool e outras drogas" de la Secretaría Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (2013-2014), trabajando en el proyecto "Guia de Gestão Autônoma da Medicação" (Guía GAM). Actualmente trabaja en el proyecto "Guía de la Gestión Colaborativa de la Medicación. Un proyecto de investigación-acción participativa en Salud Mental" (URV/UOC).

Elisa Algre-Agís: es estudiante del doctorado de Antropología y Comunicación de la Universitat Rovira i Virgili (URV), línea de investigación en Antropología Médica. Licenciada en Antropología Social i Cultural (URV), master en Antropología Médica y Salud Internacional (URV) y Trabajadora Social por la Universitat de València.. Actualmente realiza su tesis doctoral sobre esquizofrenia y familia.

Xavier Cela Bertran: es licenciado en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universitat Autònoma de Barcelona y máster en Antropología y Etnografía por la Universitat de Barcelona. Actualmente, se encuentra en la fase final de su doctorado sobre masculinidades, juventud y sufrimiento mental en Antropología y Comunicación de la Universitat Rovira i Virgili (URV). Realizó una estancia de investigación en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA, Argentina). Es profesor colaborador y tutor del posgrado de la UOC-URV en Salud Mental Colectiva. Ha participado y participa en diferentes pro-

yectos de investigación y publicaciones en el campo del padecimiento mental y la prevención de violencias de género con jóvenes. Ha sido coordinador de área y cooperativista de la Cooperativa Candela Acció Comunitària i Feminista SCCL desde 2011 y participa como educador y coordinador de proyectos en el campo de la salud mental y la justicia juvenil en la Cooperativa Aixec SCCL.

Nicolás Morales Sáez: es médico por la Universidad de Santiago de Chile y máster en Antropología Social por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), de Ciudad de México. En la Universitat Rovira i Virgili (URV) es doctorando en Antropología y Comunicación, con una investigación que se titula “Del asilo al activismo: Hacia una antropología política de la salud mental”. Ha desarrollado proyectos de investigación cualitativa vinculados a la salud mental indígena (Tarapacá, Chile), las violencias cotidianas contra niños y niñas en zonas urbanas (Iztapalapa, Ciudad de México) y los efectos en la subjetividad de los familiares de detenidos desaparecidos a partir del proceso de identificación genética de restos óseos y vestigios culturales (Paine, Chile). Actualmente participa como investigador en el proyecto “La Gestió Col·laborativa de la Medicació: Un projecte de recerca i acció participativa en salut mental” (URV-UOC).

Deborah Bekele: es antropóloga y epidemióloga social con formación y experiencia en investigación cualitativa y cuantitativa en Estados Unidos, Reino Unido, España, Italia y Argentina. Actualmente vive en España donde realiza un doctorado en Antropología Médica del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili. Es coordinadora del Centro de Investigación de Antropología Médica, bajo la dirección de Ángel Martínez-Hernaez. Además, forma parte del equipo de investigación SYNCRHOS que investiga formas de coordinar y apoyar la sincronización de encuestas de cohortes y poblaciones en Europa y en todo el mundo. Fue investigadora en consultoría e investigación aplicada en la Unidad Europea de Investigación Social y en el Centro de Estudios Africanos, Anti-Rumor Network. Durante su tiempo en el Instituto de Psiquiatría del King’s College de Londres, trabajó en la primera fase del Estudio de Salud Comunitaria del Sudeste de Londres (SELCoH).

Este libro explora los principales desarrollos contemporáneos en Antropología y Ciencias Sociales sobre problemas del campo psi, y sus relaciones con las economías y políticas del capitalismo, los saberes y prácticas expertas y legas, las instituciones, las tecnologías, los movimientos sociales, las geografías sociales y la ubicación geopolítica.

Centrada en la noción de tecnologías psi, esta compilación reúne investigaciones socio-antropológicas del campo de la salud, que abordan problemas específicos de los saberes y terapéuticas de la psiquiatría, psicología y salud mental, y expresan la agenda teórica contemporánea en contextos histórico-políticos particulares en países de Latinoamérica (Argentina, Brasil y México) y España. Situando las perspectivas analíticas respecto a los desafíos actuales en esas geografías, el objetivo del libro consiste en cartografiar ciertos modos de argumentar sobre problemas psi que han adquirido relevancia en estas áreas y países.

En vez de abordar los cambios de los saberes, terapéuticos y políticas a través de temporalidades lineales y progresivas de la modernidad eurocéntrica, estos son contextualizados en lo contemporáneo, en el que coexisten fragmentos nuevos y escombros del pasado en contradicción y conflicto entre sí, cuyo examen trazan las historias que nos han producido.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
IIGG | GINO GERMANI
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES - UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



CLACSO
Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

