



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Tecnología asilar en el gobierno de la locura: estudio sobre las prácticas de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Rosario

Autores (en el caso de tesis y directores):

Agustina Barukel

Alicia Stolkiner, dir.

Jimena Carrasco Madariaga, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2023

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



Agustina Barukel

TECNOLOGÍA ASILAR EN EL GOBIERNO DE LA LOCURA.

Estudio sobre las prácticas de un hospital psiquiátrico de
la ciudad de Rosario.

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Sociales.

Facultad de Ciencias Sociales.

Universidad de Buenos Aires.

Directora: Alicia Stolkiner

Co-directora: Jimena Carrasco Madariaga

Buenos Aires,

Mayo de 2023.

Resumen

Esta tesis se orienta a preguntarse cómo, mediante qué mecanismos, técnicas, prácticas, discursos el hospital monovalente fija los modos en que se gobierna la vida de un conjunto particular de la población que, presentando una problemática en su salud mental, es internada en estas instituciones para recibir asistencia. Asimismo se pregunta cómo se articulan las formas de gobierno en el espacio institucional con formas de gobierno que operan por fuera del encierro, es decir, como conformando un ensamblaje de elementos diversos que convergen en la búsqueda de resultados concretos, en una estrategia común: gobernar a los individuos, o dicho de otra manera, modular la relación entre quienes gobiernan y son gobernados.

Analizo las modalidades en las que se ejerce el gobierno de la locura definiendo al hospital psiquiátrico como una tecnología predilecta para dicho ejercicio en la medida en que se dirige a porciones específicas de la población, caracterizadas por encontrarse en situaciones de riesgo para su vida, su salud, y pueden representar también un riesgo para los demás. Para ello he tomado como dimensiones analíticas las racionalidades bajo las que se encuadra el ejercicio del gobierno, las voces de autoridad que se erigen, así como las subjetividades que produce.

En tal sentido, el trabajo se inscribe en el campo de estudios de gubernamentalidad interesados en analizar los modos de gobierno de los sujetos. Lo hace desde la perspectiva etnográfica crítica y con la utilización de técnicas de construcción-recolección de información que le son características, en tanto se propone dar cuenta de la heterogeneidad y multiplicidad de prácticas de gobierno analizándolas en su despliegue en un tiempo y un contexto particular.

Las unidades de análisis construidas son aquellas que permiten realizar una aproximación a las racionalidades y tecnologías desplegadas en el espacio hospitalario que se expresan en una serie variada de prácticas discursivas y no discursivas que revelan el cómo del gobierno de la locura en el hospital: a través de la configuración del padecimiento como riesgo y el análisis de las prácticas de cuidado y asistencia, de control y violencia (capítulo 4), en la configuración de la locura como enfermedad y el análisis de las prácticas diagnósticas y de clasificación (capítulo 5), en la construcción de la locura como desorden y el análisis de las modalidades de regulación de la circulación por el espacio y el uso del tiempo (capítulo 6), en

la configuración de la locura como peligro y las formas en que intersectan hoy dispositivo hospitalario y dispositivo penal (capítulo 7).

Se destaca el aporte que significa el enfoque de la gubernamentalidad en la medida en que permite analizar el conjunto heterogéneo de prácticas discursivas y no discursivas que articulan el gobierno de la locura en el hospital psiquiátrico como parte de un ensamblaje sólido y coherente con el objetivo que le es encomendado: conducir las conductas de la población que requiere asistencia en su salud mental. Por el otro, y en consonancia con ello, ofrece aportes referidos a las modulaciones contemporáneas de los sujetos de gobierno en estas instituciones.

Summary

This thesis is oriented to ask how, by means of what mechanisms, techniques, practices, discourses, the monovalent hospital sets the ways in which the life of a particular group of the population that is hospitalized for mental health reasons. It also asks how the forms of government in the institutional space are articulated with forms of government that operate outside the confinement, that is, as an assemblage of diverse elements that converge in the search for concrete results, in a common strategy: to govern individuals, or in other words, to modulate the relationship between those who govern and those who are governed.

I analyze the modalities in which the government of madness is exercised, defining the psychiatric hospital as a technology as it is directed to specific portions of the population, characterized by being in situations of risk to their lives, their health, and may also represent a risk to others. To this end, I have taken as analytical dimensions the rationalities under which the exercise of government is framed, the voices of authority that are erected, as well as the subjectivities it produces.

In this sense, the work is part of the field of governmentality studies interested in analyzing the forms of governing subjects. It does so from a critical ethnographic perspective and with the use of techniques of construction-collection of information that are characteristic of it, insofar as it proposes to account for the heterogeneity and multiplicity of governmental practices by analyzing them in their deployment in a particular time and context.

The units of analysis constructed are those that allow an approach to the rationalities and technologies deployed in the hospital space that are expressed in a varied series of discursive and non-discursive practices that reveal how madness is governed in the hospital:

through the configuration of suffering as risk and the analysis of the practices of care and assistance, control and violence (chapter 4), in the configuration of madness as illness and the analysis of diagnostic and classification practices (chapter 5), in the construction of madness as disorder and the analysis of the modalities of regulation of the circulation through space and the use of time (chapter 6), in the configuration of madness as danger and the ways in which hospital and penal devices intersect today (chapter 7).

The contribution of the governmentality approach is highlighted insofar as it allows analyzing the heterogeneous set of discursive and non-discursive practices that articulate the government of madness in the psychiatric hospital as part of a solid and coherent assemblage with the objective entrusted to it: to conduct the conducts of the population requiring mental health care. On the other hand, and in consonance with this, it offers contributions referred to the contemporary modulations of the subjects of government in these institutions.

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Alicia Stolkiner y a Jimena Carrasco por el trabajo de dirección, lectura, comentarios y observaciones de esta investigación. Sin ellas, esta versión de la tesis no hubiese sido posible.

A CONICET por la Beca doctoral que me permitió realizar el Doctorado. A la Secretaría de Estudios Avanzados de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA por el acompañamiento y el trabajo administrativo necesario para que esta investigación se presente.

Un gracias enorme a Florencia Serra y Agustina Muchiutti, amorosas y generosas compañeras de equipo de cátedra. A la Facultad de Trabajo Social de la UNER.

A la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la UNR, lugar de trabajo durante mi beca, y especialmente a Cintia Pinillos y Anabella Busso que garantizaron los trámites institucionales requeridos para poder desarrollar el trabajo en terreno.

A mis compañerxs y amigxs de la Asamblea de usuarios de salud mental por nuestros derechos. Con especial cariño, gracias a Silvia Moya y a Gigi Ferrari por su compañía en mis primeras rondas por ese lugar tan hostil que es el Hospital. A Ana, Leo, Gustavo, Sergio, el Ale, Daniela, Fernando, Santiago, gracias por todo lo que aprendimos y lo que compartimos.

Quiero agradecer especialmente a las autoridades y trabajadores del Hospital Agudo Ávila y del Centro Cultural Gomecito de la ciudad de Rosario, así como a la Dirección de Salud Mental de la provincia de Santa Fe, del Órgano de Revisión Nacional de la Ley de Salud Mental y a todxs lxs trabajadores del campo que accedieron desinteresadamente a ser entrevistados. A las mujeres y varones que, cursando su internación, compartieron conmigo su tiempo, sus historias, sus alegrías y pesares y algún mate. Todxs hicieron posible este trabajo.

Gracias a Vero Almeida y José Alberdi por las primeras entrevistas, las charlas casuales, el archivo compartido, alguna lectura rápida y el resto de nuestros encuentros.

Gracias a mi familia y mis amigas por el aguante paciente, por todo su cariño, por ahorrarse preguntas sobre el destino por mucho tiempo incierto de este trabajo.

Gracias a Nino y a Esteban, por todo.

*He querido que se tratase siempre de existencias reales; que se les pudiera
dar un lugar y una fecha.*

MICHEL FOUCAULT
La vida de los hombres infames

ÍNDICE

Resumen	2
Agradecimientos	5

CAPÍTULO 1

Introducción.	11
1. El problema.	11
2. El enfoque.	21
<i>Gubernamentalidad</i>	22
<i>Problematización</i>	27
<i>Etnografía</i>	30
3. Los objetivos.	37
4. La metodología.	41
<i>Criterios para la presentación escrita de la información</i>	43
5. El Plan de tesis	44

CAPÍTULO 2

Gobierno de la locura: nociones teóricas y perspectiva analítica.	47
1. La problematización de la locura.	49
2. Red conceptual para el análisis del gobierno de la locura. Racionalidades y tecnologías	54
3. Medicina y normalización.	56
4. Salud mental y comunidad.....	68
5. Medicalización, biomedicalización y políticas de la vida.	75
6. Tecnología asilar en el gobierno de la locura. Relleno estratégico e intervenciones estratificadas	78
7. Un coro de voces autorizadas.	81
8. Modos de subjetivación.	84
9. Recapitulando.	86

CAPÍTULO 3

Perspectiva metodológica: etnografía en el hospital psiquiátrico.....89

1. Estudios recientes sobre abordajes en salud mental en Argentina.....	91
2. Antecedentes de estudios empíricos en hospitales psiquiátricos de Argentina.	94
3. Etnografía en el hospital.	99
<i>El ingreso.</i>	101
<i>El campo.</i>	104
<i>El texto.</i>	110
4. Técnicas de recolección de la información y análisis.	112
<i>Entrevistas en profundidad, semi-dirigidas y etnográficas.</i>	112
<i>Observación</i>	114
<i>Revisión de historias clínicas.</i>	116
<i>Procesamiento y análisis.</i>	118
5. Consideraciones éticas sobre la investigación social en salud mental.....	119
<i>Una arqueología de la experiencia.</i>	127
6. Recapitulando	130

CAPÍTULO 4

Riesgo. Prácticas de cuidado y violencia.131

1. El Hospital.	134
<i>Consultorios externos.</i>	143
<i>Departamento de Asesoramiento Jurídico</i>	144
<i>Centro Cultural Gomecito.</i>	144
<i>Guardia y Tránsito.</i>	145
<i>Internación.</i>	148
2. Intervenir ante el riesgo.	153
3. Prácticas de administración del riesgo en la Internación. Violencia y cuidados.	158
4. Dilemas sobre la asistencia.	162
5. La negativa de asistencia.	166
6. Recapitulando	169

CAPÍTULO 5

Enfermedad. Prácticas diagnósticas y clasificatorias.	171
1. Diagnósticos psicopatológicos en el Hospital.....	173
<i>Variación diagnóstica.</i>	179
<i>La noción, la conciencia y la experiencia de la enfermedad.</i>	185
2. Clasificaciones institucionales.	190
<i>Pacientes agudos y pacientes crónicos.</i>	190
<i>Pacientes adictos y pacientes penales.....</i>	194
3. El paciente frente a sí mismo y los demás.	199
<i>La categoría “paciente”.</i>	200
<i>El sufrimiento en su dimensión singular.</i>	206
4. Recapitulando.	212

CAPÍTULO 6

Desorden. Prácticas de uso del tiempo y circulación por el espacio.	214
1. El uso del tiempo.	216
<i>La rutina.</i>	218
<i>La espera.</i>	224
2. La circulación por el espacio.	230
<i>Circulaciones permitidas y circulaciones prohibidas.....</i>	232
<i>Permisos de salida y salidas sin permiso.....</i>	239
3. Recapitulando.	243

CAPÍTULO 7

Peligro. Prácticas jurídico-asistenciales.	245
1. Políticas, dispositivos y normativa.	247
<i>Del hospital a la cárcel.</i>	250
<i>De la cárcel al hospital.</i>	253
2. Locos-delincuentes y delincuentes-locos en el <i>Agudo</i>	258
<i>Los pacientes penales.....</i>	261
<i>Los custodios penitenciarios.</i>	264
3. Prácticas judicial-asistenciales.....	266

<i>Trabajo sobre la responsabilidad</i>	<i>267</i>
<i>Diagnóstico de peligrosidad</i>	<i>273</i>
<i>Evaluación de simulación</i>	<i>279</i>
4. Recapitulando.	283
CONCLUSIONES	286
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	296

CAPÍTULO 1

Introducción.

1. El problema.

Como tantas otras cosas, la locura es un problema de la modernidad. El hospital, en conjunto con otros elementos, sintetiza una respuesta, un modo de gestión, una salida administrativa que emerge por la convergencia de una serie de condiciones que lo hacen posible. Esta tesis busca analizar la modalidad contemporánea de ese vínculo a partir del estudio de los mecanismos, las prácticas, los discursos presentes en las instituciones psiquiátricas que realizan internaciones por motivos de salud mental, a partir del trabajo etnográfico en una de esas instituciones, situada en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Volver a la locura un objeto de gobierno es una operación propiamente moderna que configura un campo de prácticas e intervenciones rastreables hasta nuestros días. Desde las clásicas investigaciones de Michel Foucault en esta materia, *Historia de la locura en la época clásica* [1964] (2010a)¹ y *Vigilar y Castigar* [1975] (2014a), hasta la literatura crítica del campo de la salud mental (Amarante, 2006; Basaglia y Basaglia, 1987; Castel, 2009; Galende, 1992 y 1994; Stolkner, 1994), proliferan aportes que en clave genealógica –en términos de una historia del presente (Foucault, 2014a)- ofrecen lecturas que permiten afirmar: uno, que la locura llega a ser lo que es fruto de una serie de operaciones y procesos que combinan de modo específico el par poder-saber; y dos, que en el abordaje que se va estructurando en torno al problema de la locura ligado de manera estrecha al asilo o manicomio, se revelan una serie de características propias de las sociedades de normalización que van configurándose hacia fines del siglo XVIII, características, además, que comparte con otras instituciones en la misma época –la cárcel, el cuartel, la escuela, el convento- (Foucault, 2010a y 2014a).

¹ Toda la producción escrita de Michel Foucault se menciona en idioma español porque esas son las versiones sobre las que he trabajado. Cuando las menciono por primera vez, entre corchetes [] señalo el año de la primera publicación en idioma original francés; entre paréntesis () la edición en español con la que trabajé. Para el caso de los cursos del *College de France*, utilizo corchetes [] para señalar el año de dictado, y entre paréntesis (), el año de su publicación original en francés, seguido del año de su primera publicación en idioma español, separados por punto y coma. Cuando se trate de entrevistas, señalo el año en que tuvo lugar entre [] y luego el año de publicación de la edición con la que trabajé. En el apartado de referencias bibliográficas sólo se menciona la edición con la que trabajé, siguiendo el criterio de las normas APA, 7° edición.

Los estudios de Foucault sobre las sociedades de normalización fueron el diagnóstico, el punto de partida para quienes, más que en la descripción analítica de una mecánica del poder estaban interesados en la revisión, la denuncia y la transformación de una práctica, y pusieron sobre el tapete de modo cada vez más explícito que el saber construido alrededor de la locura guardaba en su interior -además del recorrido hecho para alcanzar su estatus de cientificidad, y su interés declarado en la cura para el restablecimiento del ejercicio de la libertad- un valioso sostén para funciones últimas y menos declamadas de segregación, encarcelamiento, exclusión (Amarante, 2006); de la violencia como base de una práctica profesional (Basaglia y Basaglia, 1987; Cooper, 1971); del sometimiento a la autoridad que afirmaba el poder correccional de los agentes indispensable para alcanzar un *orden* (Galende y Kraut, 2006). Esta especie de *ósmosis* entre investigación teórica y compromisos sociales volvieron parte de las investigaciones foucaultianas unas “cajas de herramientas” disponibles para eventuales usuarios (Castel, 1984).

No sólo se trató de estudios académicos; estos consensos impulsaron y articularon movimientos de transformación de las prácticas y saberes sobre la locura que también surtieron sus efectos. Porque, también como han mostrado las investigaciones históricas del mismo Foucault, más allá de las pretensiones hegemónicas del poder, siempre hay movimiento, lucha, cuestionamiento. Experiencias como las de la Psiquiatría Comunitaria inglesa, la de la Psiquiatría Democrática italiana, o la reforma psiquiátrica brasilera irradiaron, en su crítica al saber de la psiquiatría clásica y al encierro manicomial, una serie de propuestas políticas basadas en la sustitución del modelo tradicional de atención en los hospitales monovalentes por modelos con anclaje comunitario y menos restrictivos de la libertad de las personas. En esa historia, Argentina también escribió sus propios capítulos.

La Organización Panamericana de la Salud-OPS y la Organización Mundial de la Salud-OMS, ambos organismos pertenecientes al sistema de Naciones Unidas-ONU, son productores permanentes de discursos, información y propuestas técnicas para el sector de salud mental en el mundo y la región. En documentos como la Declaración de Alma-Ata en 1978 sobre Atención Primaria de la Salud y la Declaración de Caracas en 1990 sobre Restructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, además de Asambleas Generales de Salud de la ONU, y sucesivos planes de acción sobre salud mental (el último disponible es 2015-2020), la preocupación en torno a los estándares de atención y acceso a la salud para el caso de salud mental tienen como trasfondo una mirada crítica de la segregación en el asilo, la cronificación,

la violación de derechos, la discriminación, la vulnerabilidad entre otros temas que ocupan su agenda (OMS, 2005, 2011, 2013 ; Rodríguez, 2007; Caldas de Almeida, 2007).

Para el caso particular de Argentina, el informe conjunto de la ONG MDRI y el Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS, que se publicó con el título *Vidas arrasadas* en el año 2007, fue uno de los primeros en hacer pública la situación de segregación y violación de derechos humanos en los asilos psiquiátricos argentinos en el período que sucedió a la recuperación democrática. Más tarde, las bases para la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y el posterior Plan Nacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) se hacían eco de ese diagnóstico que arrojaba *el pavoroso estado de la locura en la Argentina*.² El CELS (2012; 2013; 2015; 2017; 2021) siguió produciendo esos documentos como parte de su informe anual sobre Derechos Humanos en nuestro país, donde aborda el tema de la salud mental junto con otros asuntos propios de esa materia. Los informes del Órgano de Revisión creado por la mencionada Ley, organismo que tiene la tarea, entre otras, de monitorear las condiciones en las que se llevan a cabo las internaciones por salud mental, señalan estas mismas problemáticas, y las agendas de trabajo para abordarla (Informe de gestión Órgano de Revisión Ley 26.657 de Salud Mental, Ministerio Público de la Defensa, 2014; 2015; 2016; 2017; 2018). Lo mismo vale para los informes y declaraciones del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones-CCHSMyA, también creado por la Ley, o los análisis de implementación presupuestaria en salud mental de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia-ACIJ (2016; 2018; 2019; 2021). Toda esta producción documental comparte la preocupación por la transformación de las prácticas en el campo que suponen como máximo desafío la sustitución manicomial para un verdadero cambio de paradigma en la atención.

En Argentina existen una cantidad desconocida de instituciones de internación psiquiátrica estatales y privadas que albergan una cantidad también desconocida de personas que han sido diagnosticadas con algún tipo de patología psiquiátrica en tanto se basan en diagnósticos psicopatológicos. Los números son desconocidos por varios motivos: un escaso desarrollo de epidemiología en salud mental así como la falta de continuidad en la generación pública de datos estadísticos; la variedad de instituciones que con diferentes nombres –hogares, geriátricos, casas de medio camino, clínicas, comunidades terapéuticas o religiosas- cumplen

² En alusión al título del estudio diagnóstico que el médico psiquiatra Gonzalo Bosch publicó en la Revista *La Medicina Argentina* en el año 1931: “El pavoroso aspecto de la locura en la República Argentina”. Disponible para su consulta en el portal de la Revista Polemos www.polemos.com.ar [última consulta enero 2023].

la función asilar y no son parte de las estadísticas del sector; la discrecionalidad con que actúa el subsector privado; la falta de control con que funciona el sistema público; entre otros.

Según el “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” que forma parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS de 2018, la prevalencia de vida de cualquier “trastorno mental o del comportamiento”³ en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad es de 29,1% (Stagnaro et. al., 2018). Si se toma como referencia el total de población en Argentina del censo inmediatamente anterior al estudio (INDEC, 2010), se trata de 11 millones y medio de personas. Tomando las cifras del Censo 2022 (INDEC, 2022), el número ascendería a 13 millones setecientos mil.

Según datos de 2001, para entonces existían en nuestro país 54 instituciones públicas con internamiento crónico repartidas en 15 provincias: 1 colonia nacional, 11 colonias provinciales y 42 hospitales monovalentes provinciales. Uno de ellos es el hospital donde se desarrolló este trabajo. Para ese año, se estimó que unas 21.000 personas se hallaban internadas en estos: dos tercios en las colonias, y las restantes en los hospitales (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA, 2010b). En el mencionado *Vidas arrasadas*, el CELS y MDRI señalaron que ese número ascendía a 25.000, de las cuales 15.000 estaban en una situación de cronicidad.

Para el año 2010, en el contexto en el que se discutía en el Congreso de la Nación la Ley Nacional de Salud Mental, la DNSMyA hizo público un informe donde relevaba las camas disponibles para la atención en salud mental y los egresos hospitalarios de este sector, correspondientes al sector público. Los datos de 2001 desde los cuales se partía en el diagnóstico fueron actualizados, pero con un criterio diferente: no se contabilizaron ya la cantidad ni tipo de instituciones, sino que se relevó la cantidad de camas (11.900 plazas), sin estimación del porcentaje de ocupación. Por lo que los números de un año y otro son difícilmente comparables. En ese informe se afirmaba la tendencia a la baja en la cantidad de camas, a la vez que se señalaba el problema de que el 89% de las mismas seguía estando concentrado en los monovalentes, mientras el resto se repartía entre hospitales generales y centros de atención comunitaria. La Declaración de Caracas indica que la relación óptima debería ser de 95% de camas en polivalentes contra un 5% en instituciones monovalentes (DNSMyA, 2010).

³ El estudio toma como referencia la clasificación que ofrece el Manual diagnóstico *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, más conocido por su sigla DSM-IV, de la Asociación de Psiquiatría de EUA.

En el año 2019 finalmente tuvo lugar el Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental indicado en el artículo 35 de la Ley 26.657. El mismo alcanzó a 162 instituciones monovalentes, de las cuales 41 son públicas, y se contabilizaron en total 12.035 personas internadas por motivos de salud mental; la mitad de ellas en instituciones públicas. El Censo sin embargo no incluyó instituciones y personas con problemáticas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, aunque éstas son parte de la población que abarca la Ley. Aun así la cifra no deja de llamar la atención; ciento sesenta y dos instituciones monovalentes relevadas pocos meses antes de cumplirse la fecha en la que la misma ley que dictaminó la herramienta que las censó, establece como límite para su cierre o sustitución.

Precisamente, el marco regulatorio de las internaciones en instituciones psiquiátricas público-estatales y privadas en Argentina lo otorga la Ley Nacional de Salud Mental, promulgada en noviembre de 2010 (Boletín Oficial de la República Argentina-BORA 32041, 2010) y reglamentada hacia mediados de 2013 (Decreto 603/13). Es considerada una ley de avanzada, que se inscribe en los lineamientos de políticas para el sector con consenso internacional de poco más de 30 años. Sucintamente, se sostiene sobre cuatro pilares: considera a la salud mental como un derecho de todas las personas; propone un abordaje de los padecimientos mentales de tipo intersectorial e interdisciplinario; crea instancias de control para su efectivo cumplimiento y el ejercicio de los derechos que enumera; establece una nueva modalidad de abordaje con anclaje comunitario que debe sustituir el tratamiento clásico hegemónico en el campo: el de internamiento en instituciones especializadas. Siguiendo la premisa del Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010), la ley indica que la sustitución definitiva de los manicomios debía ser efectiva para el año 2020 (art. 27 y Decreto Reglamentario).

En su capítulo VII la Ley detalla el marco regulatorio sobre el que deben regirse las internaciones, definidas como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo” (art. 14), que “debe ser lo más breve posible” y que no puede reemplazar la carencia o ausencia de otras problemáticas sociales o de vivienda (art. 15). La ley distingue entre internaciones voluntarias –aquellas donde media el consentimiento de la persona- e involuntarias –cuando sin obtener el consentimiento, el equipo interdisciplinario a cargo de la decisión evalúa la necesidad de realizar la internación-. Establece una serie de recaudos legales para las involuntarias así como una fiscalización estricta sobre las voluntarias, con el objeto de proteger los derechos de las personas internadas y de regular tanto el trabajo de los equipos asistenciales como de la justicia en materia de salud mental. Dice, además, que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales (art.28).

Si bien suele utilizarse la expresión “nueva ley” para referirse a la 26.657, no está de más aclarar que más que nueva es la primera⁴; su aprobación vino a suplir la falta de una normativa nacional en un contexto en el que algunas provincias ya tenían legislaciones propias.⁵ Por eso, constituyó un punto bisagra a partir del cual pensar una política nacional en Salud Mental. Bisagra en tanto momento de inflexión en el devenir del campo de salud mental argentino: la ley contiene esa serie de disposiciones progresivas, novedosas, disruptivas, pero en un terreno que tiene en su haber varios capítulos de reformas e intentos de transformación (Alberdi, 2003).⁶

Los análisis que evalúan su implementación a 10 años de la sanción coinciden en caracterizar el devenir pendular y desigual de la política del sector, con áreas o dimensiones sobre las que se profundizó, otras que se estacaron, y también señalan la existencia de retrocesos. Estos estudios toman en cuenta el devenir de experiencias comunitarias, los intentos de política sustitutiva, la situación de los trabajadores y profesionales del campo, las actuaciones del Estado con sus acoples y desacoples y en sus niveles nacional y subnacional, la asignación presupuestaria, la adecuación de la formación profesional en los preceptos de la ley, la dimensión judicial y penal, la perspectiva de género, entre otras, en un período que además se caracterizó por el cambio de signo político del gobierno nacional en dos ocasiones, en 2015 y 2019 (ACIJ, 2021, 2016 y 2015; Bottinelli, 2022; CELS, 2021; Faraone y Barcala, 2020).⁷ Como corolario, en ese mapa sin dudas complejo, hay un dato sencillo que merece ser constatado: desde la aprobación de la ley a esta parte no cerró ni un hospital psiquiátrico en Argentina.

Se hace evidente entonces que, incluso en un contexto de consenso sobre la necesidad de construcción de un nuevo modelo asistencial en salud mental, hay un conjunto de prácticas y discursos que continúan replicando el orden institucional tradicional. Reconociendo ese

⁴ La Ley derogó la normativa 22914/1986 de Ingresos y Egresos de establecimientos de salud mental. En términos estrictos, no era una ley de salud mental, sino una de regulación de internaciones.

⁵ Se trata de la Ley 2.440/1991 de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental de Río Negro, la Ley 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, la Ley 536/2006 de Prohibición de la Institucionalización de la provincia de San Luis, la Ley 384 de Salud Mental de la provincia de Chubut, la Ley 8806/1996 de Salud Mental de la provincia de Entre Ríos, y la Ley de Salud Mental 10772/1992 de la provincia de Santa Fe, sobre la que se volverá en varias oportunidades en este trabajo.

⁶ Para retomar la expresión de Leonardo Gorbacz -el diputado que presenta el proyecto en el Congreso de la Nación-, “la ley no intenta ser ni el principio ni el fin de nada” (2011: 114). Con ello reconoce las experiencias previas como parte de sus antecedentes, y a la vez advierte que los procesos políticos como movimientos abiertos y de destino incierto, no se clausuran con la aprobación de una ley. La Ley de Salud Mental es, antes que nada, una herramienta.

⁷ Quedan por fuera de esta Tesis los estudios sobre el impacto de la pandemia por COVID-19 en el campo de salud mental. Al respecto, VER Bottinelli, 2022 y CELS, 2021.

consenso, señalando además la proliferación de experiencias disruptivas, novedosas y la existencia de marcos legales orientados a la consolidación de otras prácticas y sentidos, cabe preguntarse qué mecanismos, lógicas, técnicas sostienen la institución asilar hoy en el marco de una realidad contextual que tensiona su existencia.

Está claro que los hospitales psiquiátricos de hoy no son los asilos-manicomios que Foucault analizó en sus orígenes y devenir. Sus estudios de los años 70 sobre las transformaciones en las modalidades del poder (Foucault, [1976] (1997; 2006); [1978] (2004; 2007a); [1976] (2012a); [1979] (2012b) no están exentos de indicaciones y pistas a partir de las cuales analizar esas modificaciones en el campo de la salud mental. Quienes siguieron esas líneas de investigación desde un enfoque de gubernamentalidad, han planteado la hipótesis de que a partir del último cuarto del siglo XX las reconfiguraciones que tienen lugar permitirían afirmar cambios del objeto de indagación-intervención (un pasaje de la “enfermedad mental” a la “salud mental”) así como en las modalidades de respuestas (un pasaje de la “asistencia a la salud” a la “gestión del riesgo”) así como en el terreno donde éstas se despliegan (un pasaje de las instituciones disciplinarias a la comunidad) (Castel, 1984 y 1986; Rose, 2007 y 2017). Dialogando con estos estudios, la pregunta que aquí se formula intenta dar cuenta de aquello que, desafiando las tendencias generales del gobierno a distancia propio del neoliberalismo contemporáneo, se sostienen hoy en día. Y esto no en clave de afirmar por sí sola la sobrevivencia o persistencia del hospital psiquiátrico, como si ello fuese suficiente para explicarlo, sino más bien la coexistencia (O'Malley, 2007) de estrategias que, a primera vista, podrían parecer imposibles de soldar.

El hospital psiquiátrico sigue entre nosotros garantizando la respuesta a un porcentaje de la demanda en salud mental, y ello es motivo suficiente para preguntarse con arreglo a qué fines estratégicos se sostiene su supervivencia, se resiste su transformación, se demora su sustitución, y si ello se debe al fracaso de una política sanitaria en este terreno, a los límites de la propuesta reformista, o a la permanencia de una respuesta útil a los efectos que el dispositivo mismo genera en sus modos de funcionar. En su realidad y en sus efectos visibles, se trata de un modelo fracasado en la medida en que no logra curar, alojar, cuidar, sino al contrario enfermar, internar de manera prolongada, violar derechos. Pero qué si nos preguntásemos de qué sirve ese “fracaso”, si es que aquello en que fracasa es efectivamente su función o no (Foucault, 2014a).

Si esto es así, conviene entonces pasar a un segundo conjunto de problemas. De afirmar que el hospital psiquiátrico sigue siendo la modalidad de respuesta (el “cómo”) a situaciones

diversas que atraviesan conjuntos de la población, se impone la tarea de indagar en torno a esas situaciones y a las características particulares de esa población. A ese cómo hay que sumarle un quiénes y un por qué.

Tal como la Ley de Salud Mental argentina indica, las decisiones de internación están a cargo de un equipo interdisciplinario que resuelve la medida cuando evalúa la presencia de un riesgo cierto e inminente, indicativo de que existen altísimas posibilidades de que la persona se dañe a sí misma o a otro (art. 20). Ante ese riesgo, la internación es una medida de cuidado y asistencia. Más allá de la existencia de criterios generales para la evaluación clínica, puede haber variaciones, excepciones, discrepancias; fijar u objetivar la medición de riesgos no es tarea sencilla. Ello ya abre un abanico de asuntos que requieren ser desmenuzados, más aún si tomamos en consideración que la regulación sobre las internaciones en salud mental dentro de instituciones especializadas es el ojo de la tormenta alrededor del cual giran los discursos impugnadores de la Ley desde su debate mismo en el Congreso de la Nación, un remolino de argumentaciones en el que confluyen intereses corporativos con representaciones sociales con altas dosis de prejuicios desde siempre asociados al padecimiento mental. Cómo se define qué personas, qué porciones de la población están en riesgo, representan un riesgo y qué tipo de respuesta tiene para ofrecer por ello el Hospital es en sí mismo un objeto espinoso.

Además, hay internaciones en las que más allá de las evaluaciones de los equipos, lo que media es la orden judicial. Puede tratarse de “medidas de seguridad curativa” –encuadradas en el artículo 34 del Código Penal argentino que establece la inimputabilidad-, que abarcan a personas cuyo proceso judicial ha determinado que no son responsables de los delitos cometidos por no comprender la criminalidad de sus actos. O bien puede tratarse de derivaciones del sistema penal, esto es, personas en conflicto con la ley penal con problemáticas en su salud mental que requieren atención especializada. Particularmente en la provincia de Santa Fe, los jueces penales a cargo de estas causas pueden determinar que dicha atención sea provista en un hospital psiquiátrico público, una orden que estas instituciones no pueden desconocer. En esta intersección entre el dispositivo asistencial y el penal se constituyen espacios de encierro que moldean parte importante de las particularidades contemporáneas del vínculo padecimiento mental-delito-cárcel-hospital (Sozzo, 2015). Entre ellas, un paisaje hospitalario en el que se volvió corriente la presencia policial dando lugar a un fenómeno de penitenciarización de las instituciones de salud, o en el que el estallido de las llamadas “patologías duales” –las que combinan diagnósticos psicopatológicos con el consumo de sustancias psicoactivas- muy presentes en jóvenes varones detenidos en las comisarías y cárceles, tensionan el imaginario de

la demanda asistencial a la que responde un hospital psiquiátrico. Otra vez, volviendo a los debates alrededor de la Ley de Salud Mental, las lagunas o puntos ciegos sobre esta cuestión la han vuelto uno de los huesos duros del campo en estos años en la medida en que resitúa las formas contemporáneas de la peligrosidad como adjetivo que, unido a la locura desde sus inicios, retorna (nunca se fue) bajo nuevas coordenadas.

La estipulación de la evaluación de riesgo como criterio de la internación se funda en una necesidad de despojar al padecimiento mental del carácter que el alienismo le adjudicó de inicio: el de ser peligroso. Allí puede advertirse entonces un movimiento que, parafraseando a Robert Castel, va de la peligrosidad al riesgo. Pero luego, por las características que el problema ha ido tomando en los últimos años, vuelve del riesgo a la peligrosidad, como reordenando viejos problemas en una nueva clave.

Franqueadas las “puertas de entrada” al hospital, lo que sigue es ocuparse de lo que sucede allí el resto de los días. Todo ello va de circuitos y propuestas asistenciales, prácticas diagnósticas y de clasificación, modos de habitar la institución con sus regulaciones varias: de circulación por el espacio, de rutinas, cumplimiento horario, permisos de salida o fugas. Va de actividades culturales a propuestas para pasar el rato, de la construcción de rincones hogareños a momentos en que se rompe todo. Va del alta al reingreso, pasando por la posibilidad de la vida “en el afuera”. Con ello agrupo, todavía de manera general, a todo lo que hace a la vida cotidiana en el hospital psiquiátrico, en el más genérico sentido de gestión de los días, de la vida allí, que reúne tanto las tareas referidas a la asistencia y el cuidado de la salud, las de la vigilancia y el control, las de estructuración de una rutina con horarios, tareas, obligaciones y derechos, hasta una dimensión más administrativa de manejo del lugar. Todo ese conjunto heterogéneo de cosas que componen y modulan el funcionamiento de toda institución.

Si es cierto que hay características de este gobierno que funcionan en un nivel más general, aquí interesa un tipo particular de estas instituciones como son las público-estatales, en las que recibe atención un conjunto específico de la población. Se trata de una porción que presenta padecimientos subjetivos en contextos de vida precarios, con bajos niveles de escolaridad, dificultades en el acceso al mercado laboral, vulnerada en sus derechos básicos - vivienda, alimentación, cuidados de la salud, entre otros-.

Concretamente, esta tesis se orienta a preguntarse cómo, mediante qué mecanismos, técnicas, prácticas, discursos el hospital monovalente fija los modos en que se gobierna la vida de un conjunto particular de la población que, presentando una problemática en su salud mental,

es internada en estas instituciones para recibir asistencia. Asimismo se pregunta cómo se articulan las formas de gobierno en el espacio institucional con formas de gobierno que operan por fuera del encierro, es decir, como conformando un ensamblaje de elementos diversos que convergen en la búsqueda de resultados concretos, en una estrategia común: gobernar a los individuos, o dicho de otra manera, modular la relación entre quienes gobiernan y son gobernados.

De su objeto se desprenden dos grandes componentes: la locura y el hospital.⁸ Las abordo en términos de su unidad interna, como una definiéndose en la otra, determinándose por la otra; es la locura siendo una problematización (Foucault, 1991a y 1991b) que encuentra condiciones de posibilidad histórica enmarcada dentro de unos límites -no sólo ni precisamente físicos- dados por el hospital; es el hospital tomando por funciones y fines aquello que las sociedades de normalización esperan de él, constituyendo a la locura en lo que es.

Urge señalar que ya se trate de padecimientos mentales como de hospitales, sus características, funciones históricas y fundamentos políticos no están dados, no son naturales, ni preceden a los *problemas* de los que hablan y ante los cuales han ofrecido *soluciones*. Se trata en cambio de objetos, lugares y relaciones sociales sujetas al contexto histórico que explica sus condiciones de posibilidad. En tanto están lejos de permanecer indemnes, la indagación en torno a estos debe partir de su historicidad, de las razones y de las contingencias que los han hecho lo que son hoy.

El objeto de investigación que aquí se recorta ronda el análisis de lo que sucede en torno a las internaciones por motivos de salud mental en las instituciones psiquiátricas; tal como indica el título, se trata de analizar discursos y prácticas. Aunque así distinguidos, desde una perspectiva foucaultiana “ambos son formas diferentes de las prácticas” (Murillo, 2001: 7), en la medida en que lo que aquí se consideran “discursos” no suponen una teoría a partir de la cual se deducen o derivan una serie de “prácticas”, sino que más bien se trata de prácticas discursivas (conceptos, categorías, saberes) en articulación con prácticas extradiscursivas (técnicas, tecnologías, modos de organización institucional, relaciones de poder entre agentes), entre las que pueden suceder tanto encuentros como dislocaciones. Tal aproximación permite, entre otras cosas, poner en articulación discursos orientados al cierre de los manicomios y su sustitución

⁸ Utilizo ambas nociones en su sentido genérico, sin ocuparme de –aunque sin desconocer– la distinción teórico-conceptual respecto de otras categorías para mencionar estos objetos. Unas páginas más adelante me detengo en ello.

definitiva con prácticas que tienen por resultado sostenerlo como un componente necesario para el gobierno de las poblaciones.

Los motivos a partir de los cuales se decide una internación en una institución psiquiátrica, las condiciones actuales en las que se manifiesta la cotidianeidad hospitalaria, los abordajes asistenciales que allí suceden, los diagnósticos y clasificaciones que organizan el lugar, el uso del tiempo y el espacio que distribuye la locura, la observa y la organiza, las prácticas que intersectan con el dispositivo penal, las categorías, las teorías, los registros de mirada que construyen la cotidianeidad hospitalaria se analizan sobre el fondo histórico en el que se ancla la emergencia, la posibilidad, y la actualidad de la institución asilar.

Al visitar la historia de este dispositivo se puede afirmar que el manicomio al mismo tiempo que nacía ya comenzaba a ser objeto de impugnaciones, que revelan además diatribas y desacuerdos en torno a su razón de ser. Pero a la vez es una historia que también habla de más de 200 años –no sin desplazamientos, está claro- de un ensamblaje relativamente estable de elementos diversos en torno al cual giran las respuestas posibles a la enfermedad, el padecimiento, la marginalidad, la pobreza, el consumo de sustancias y las prácticas delictivas que atraviesan a una parte de la población.

2. El enfoque.

Analizo las modalidades en las que se ejerce el gobierno de la locura definiendo al hospital psiquiátrico como una tecnología predilecta para dicho ejercicio en la medida en que se dirige a porciones específicas de la población, caracterizadas por encontrarse en situaciones de riesgo para su vida y su salud, y que pueden representar también un riesgo para los demás. Para ello he tomado como dimensiones analíticas las racionalidades bajo las que se encuadra el ejercicio del gobierno, las voces de autoridad que se erigen, así como las subjetividades que produce. En este sentido, el trabajo desarrollado dialoga con la perspectiva de la gubernamentalidad inaugurada por Michel Foucault en la segunda mitad de los años 70, trabajada fundamentalmente desde sus investigaciones en los cursos de *College de France* de entonces (2007a; 2012a; 2012b).

Gubernamentalidad

Bajo la categoría de gubernamentalidad, neologismo compuesto por gobierno y mentalidad, Foucault refiere a las ideas, las racionalidades sobre las cuáles se asienta la práctica de gobernar, de administrar la vida del conjunto de la población, y que se sirve de una serie de tecnologías para hacerlo posible. El concepto de gobierno como conducción de las conductas y el análisis del ejercicio del poder que habilita contiene un gran valor teórico-epistemológico para pensar la compleja trama que trazan las prácticas, los saberes y los sujetos puestos en juego en la gestión de la locura.

Inaugurados por Foucault, los estudios de gubernamentalidad han tenido diversas vías de expansión, que siguen profundizándose. Al interior, una primera distinción más gruesa aglutina por un lado a investigadores discípulos de Foucault que trabajaron con él a la par que éste dictaba sus cursos del *College* -Giovanna Procacci, Francois Ewald, Daniel Defert, Jacques Donzelot, Robert Castel, entre otros-. En sus investigaciones, reflexionan en torno a las tecnologías liberales de gobierno durante el siglo XIX, analizando novedosas formas de administración-conducción de las decisiones y obligaciones de la clase trabajadora (Castro-Gómez, 2010). Por otro, la corriente de los llamados anglofoucaultianos (de Marinis, 1999), que inauguran Nikolas Rose, Peter Miller, Pat O'Malley, Colin Gordon en los años 80, es una corriente desarrollada en las universidades inglesas, norteamericanas y canadienses. Estos investigadores toman como punto de partida la propuesta de la gubernamentalidad de Michel Foucault para pensar, prescindiendo del Estado, las racionalidades políticas que operan en las sociedades liberales avanzadas y que facilitan determinadas formas de subjetivación (Burchell, Gordon y Miller, 1991; Castro-Gómez, 2010; de Marinis, óp. cit; García Romanutti, 2014; Grinberg, 2007; Papalini et. al., 2012; Rose y Miller, 2010).

Luego, hay diversos intentos y propuestas de ordenamiento del mapa disperso de investigaciones en función de ciertos tópicos ordenadores. Rose, O'Malley y Valverde (2012) destacan sobre todo la expansión del enfoque inglés en el mundo angloparlante, en lo que caracterizan una exitosa diseminación por campos tan variados como el de la sociología crítica y la criminología, los estudios de la ciencia y del conocimiento —en su gravitación para la teoría social antes que para la historia de las ideas-, que luego se extiende hacia la economía y el gobierno de la vida económica, las *psy-sciences*, los estudios culturales, el psicoanálisis, el marxismo. Estudios locales más recientes ordenan el mapa disperso de investigaciones tomando otros tópicos ordenadores, distinguiendo entre las que se concentran en analizar el gobierno como un “juego estratégico de libertades”, estudiando los modos posibles de conducción de las

conductas de porciones específicas de la población, y las que se orientan al análisis del gobierno en tanto “posibles estados de dominación”, concentrándose en racionalidades y tecnologías que operan de manera distinta, orientadas hacia otros conjuntos poblacionales. Siguiendo este criterio, los estudios de gubernamentalidad pueden ir desde la atención a aquellas prácticas de gobierno que son fundamentalmente productoras de libertad, hasta la atención en aquellas zonas habitadas por conjuntos poblacionales sospechosos de no poder vivir esa libertad, incapaces de ser responsables de sí mismos (Avellaneda y Vega, 2019). Existen también reseñas de los usos recientes de la perspectiva de la gubernamentalidad en una clave local, que organizan el mapa de estudios de acuerdo a si se dedican a repensar las tradiciones disciplinares, respecto a los objetos que pueden ser estudiados desde esta grilla, o siguiendo la conformación de grupos de estudios que adoptan la perspectiva de la gubernamentalidad como ordenadora de sus investigaciones (Bartlett y Chao, 2019). Como fuere, la pregunta común que los agrupa es entonces *cómo se gobierna*.

Lo que conviene retener por sobre todo de este enfoque es su creatividad. No deberíamos tener la intención de extraer un método de los múltiples estudios sobre el gobierno, sino más bien identificar un cierto *ethos* de investigación, una manera de hacer preguntas, no poner en el centro de la mira el *por qué* sino el *cómo* pudieron suceder ciertas cosas, y la diferencia que eso hace en relación a lo que había sucedido antes. (Rose, O'Malley y Valverde, óp. cit.: 143).

Quienes recapitulan los avances hechos hasta aquí coinciden en tomar como punto de partida el hecho de que los estudios de gubernamentalidad no se constituyen en su origen como una corriente deliberadamente fundada como tal, sino que más bien comparten una serie de intuiciones y algunos puntos de encuentro con los desarrollos aportados por el filósofo francés. Algunos de esos puntos que interesa recuperar aquí son:

- *el carácter histórico de los objetos que analizan los estudios de gubernamentalidad*, lo que Avellaneda y Vega (2019) resumen en la afirmación de que “las historias comienzan antes de los objetos a los cuales ellas están dedicadas”. En el mismo sentido, en el estudio ya mencionado de Rose, O'Malley y Valverde se define la perspectiva de la gubernamentalidad como un enfoque genealógico, es decir, como aquel que ubicando una preocupación presente, remite al estudio de los procesos que las hicieron ser lo que son hoy. La propia mirada de Foucault advierte además sobre la naturaleza contingente e inventada de la historia, afirmación de la que parten sus investigaciones sobre los sistemas de pensamiento que han hecho

verdaderos y reales a los objetos de nuestra preocupación. En última instancia además, este carácter remite, ni más ni menos, a la posibilidad de su transformación.

- *la pregunta que habita el centro de este enfoque es por el cómo del poder*. En primer lugar, partiendo de las premisas de la grilla foucaultiana del poder (Foucault, 2012a), los estudios de gubernamentalidad se alejan de otras concepciones –ya la liberal, ya las inscriptas en una mirada marxista, que lo analizan desde el punto de vista de la Ley, a la vez que tienden a cosificarlo: «el Poder» como conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos en un Estado determinado-. En cambio, piensan al poder como emanando de diferentes puntos, expresándose a un nivel dermatológico, y fundamentalmente en su carácter productivo. A partir de esos desplazamientos, se orientan a otras preguntas sobre las modalidades en que es posible el ejercicio del poder. Su objetivo no es el desarrollo de una teoría del poder sino que más bien el interés radica en formularse preguntas que pueden ser respondidas a partir de la investigación empírica: ¿quién gobierna qué? ¿Según qué lógicas? ¿Con qué técnicas? ¿Con qué fines? (Rose, O'Malley y Valverde, óp. cit.: 117).

- *el alejamiento del concepto de ideología, frente al cual se opta por el de racionalidades políticas* (Avellaneda y Vega, 2019), que refiere a las maneras de “hacer cosas orientadas a objetivos específicos, y que reflexiona sobre sí misma de maneras particulares” (Rose, O'Malley y Valverde, óp. cit.: 115). Las problemáticas de gobierno son analizadas en términos de las racionalidades políticas a las que se le atribuyen; primero, una forma moral que les es característica, en la medida en que definen las ideas o principios en base a los cuales se dirige la actividad de gobernar; segundo, un carácter epistemológico, en tanto se articulan con una idea, una conceptualización sobre la naturaleza de los objetos y de las personas a gobernar; tercero, un lenguaje particular que las articula y las vuelve a ellas mismas objetos del pensamiento (Rose y Miller, 2010).

Con estas consideraciones, el objeto de indagación de las prácticas de gobierno de la locura no se ciñe al análisis de una serie de fenómenos, comportamientos o constructos debajo de los cuales aguardan objetivos ocultos. En cambio, este enfoque requiere recuperar las elaboraciones teóricas que han sido históricamente posibles sobre el estatuto de la locura primero y del padecimiento mental más tarde como objetos de la intervención especializada de un conjunto de saberes –judicial, penal, médico psiquiátrico, social-, y desde allí identificar la materialidad que adquieren los discursos, los saberes, las problematizaciones existentes en el terreno de las prácticas cotidianas y las técnicas minuciosas a través de las cuáles esas racionalidades encarnan, y producen efectos, verdades, realidad. Hacen a un lado la idea de que

hay una serie de fundamentos últimos que explican las relaciones de poder que requieren ser “develados”, que permanecen ocultos, además de desestimar que la tarea de la ciencia crítica sea echar luz sobre ellos; dar a ver a los incautos los mecanismos de acción del poder como si éstos fuesen un engaño que esconde una verdad. En cambio, invitan a reparar en lo más próximo, volcándose a lo que Deleuze llamó análisis dermatológico, es decir, al nivel de la superficie (Valverde y Levi, 2006), asumiendo como actitud crítica la posibilidad de dar cuenta de las relaciones de poder como una realidad que, aun cuando sea posible de transformar, no deja de tener efectos de verdad.

- por todo esto además, *las problemáticas de gobierno exigen también ser pensadas en términos de tecnologías gubernamentales*, definidas como “el conjunto de programas, cálculos, técnicas, aparatos, documentos y procedimientos mundanos mediante los cuales las autoridades tratan de plasmar y hacer efectivas las ambiciones gubernamentales” (Rose y Miller, 2010: 273. Traducción propia). En la medida en que se las piensa como conjuntos o ensamblajes de elementos legales, arquitectónicos, financieros, administrativos, morales, las tecnologías pueden ser pensadas y analizadas en toda su complejidad, y no sólo como el momento de “implementación” o “puesta en práctica” de las racionalidades de gobierno.

- *la importancia que adquiere el estudio de los procesos de subjetivación*, valorado por comportar una ampliación de la mirada que las ciencias sociales pueden elaborar hoy sobre los sujetos respecto de la ofrecida por el enfoque marxista del análisis a partir de la categoría de clases sociales (Avellaneda y Vega, óp. cit.). Siguiendo la lectura de Revel (2008), los procesos de subjetivación se corresponden con dos tipos de análisis, por un lado el de los modos de objetivación, es decir los procesos a través de los cuales los sujetos devienen tales en la medida en que son objetivados, es decir, divididos de sí mismos y devenidos objetos, y por el otro, los modos de subjetivación a los que Foucault llamó “prácticas de sí” que refieren a la relación que el sujeto establece consigo mismo a través de una serie de procesos y técnicas. Con el enfoque de la gubernamentalidad, Foucault reconsidera el interrogante sobre los procesos de subjetivación, volcándose hacia esa preocupación en los últimos años de su producción intelectual (Revel, 2014); pues “si es cierto que los modos de subjetivación producen, objetivándolos, algo así como sujetos, ¿cómo esos sujetos se refieren a ellos mismos? ¿Qué procedimientos pone en obra el individuo para apropiarse o reapropiarse de su propia relación consigo mismo?” (Revel, 2008: 84).

En la medida en que el análisis de la conducción de conductas reconoce esa dimensión de la autoconducción, se complejiza la mirada sobre los procesos que tienen lugar en una lectura

posible sobre cómo devenimos los sujetos que somos, algo que en los estudios de gubernamentalidad sostiene cierta ambivalencia entre, por un lado, la intención de dar cuenta de cómo los sujetos incorporan formas de pensar y actuar conforme ciertos regímenes de autoridad y saber para conducirse en su vida; y por el otro, la de procurar atender a aquellas prácticas que escapan o se desplazan, recentrando el debate sobre el vínculo poder/libertad, resituando además cuestiones elaboradas bajo diversas coordenadas en el pensamiento de Foucault, como el asunto de las contra-conductas y las resistencias.

A la hora de reflexionar sobre las técnicas y procedimientos que tienen lugar en el gobierno de la vida cotidiana de las personas que habitan un hospital psiquiátrico, en la reflexión sobre la categoría de “paciente”, o a los fines de analizar los procesos mediante los cuales el “paciente” es “paciente” frente a sí mismo y frente a los demás, por mencionar algunos tópicos que se abordarán en esta Tesis, esa ambivalencia entre la dinámica de “juego de libertades”, así como de enfrentamiento dominantes-dominados entre agentes y objetos del gobierno es una tensión analítica que persiste.

- por último, otra vez siguiendo a Avellaneda y Vega, los estudios de gubernamentalidad *parecen inclinarse hacia una variante de la crítica que evade la toma de posición* y se ciñen a la descripción y visibilización de las formas de vida existentes y aceptadas en la actualidad, sin que de allí se derive un posicionamiento determinado hacia una alternativa política, lo mismo que en debates o controversias respecto de diversos temas.⁹ Estas posturas conviven de manera tensa con estudios que sostienen lecturas críticas “clásicas”, entendiendo por ellas las que adoptan posicionamientos ético-políticos más explícitos, algo esperable de estudios que rondan el asunto del rol de los saberes y de las prácticas en los procesos de subjetivación. Esta distinción es importante ya que esta tensión subyace en varios pasajes de la Tesis, que por momentos se ve empujada al límite de una infidelidad con lo que la grilla permitiría: circunscribir la lectura a la interpretación del cómo del poder, pero valerse además de las herramientas que ello provee para tomar postura y derivar de allí afirmaciones valorativas.

Por lo demás, este ejercicio viene alentado por la postura foucaultiana que destaca el carácter estratégico del conocimiento y la consideración de sus investigaciones como cajas de herramientas. El concepto de problematización es clave para entender esto.

⁹ Al cierre de su artículo *Gubernamentalidad*, Rose, O'Malley y Valverde señalan que “(...) el objetivo de estos estudios es crítico [*critical*] pero no es la crítica [*critique*] –identificar y describir diferencias y así ayudar a hacer posible toda la crítica [*criticism*]” (óp. cit.: 143).

Problematización.

Decir que el objeto de análisis son las prácticas discursivas y no discursivas a través de las cuales se lleva adelante el gobierno de un conjunto de personas cuyo punto en común es encontrarse atravesando una internación por motivos de salud mental, supone una noción acerca de la “realidad” hospitalaria como tal, a partir de la cual se recorta el campo a observar y analizar. Es decir, qué se entiende como “real” o “verdadero”, y en tal caso, objeto de análisis a partir del cual ofrecer una explicación posible acerca de un fenómeno. Ese recorte de mirada lo realizo sirviéndome de otro concepto foucaultiano con vínculos internos específicos con el de gubernamentalidad como es la *problematización* (Foucault, [1977] (1991a) y [1984] 1991b), fundamentalmente en el punto en que se vuelve un terreno fértil ante la pregunta por el objeto de investigación y por el lugar del investigador en su interrogación por dicho objeto.

Foucault se referirá al concepto de problematización de manera cada vez más recurrente hacia los últimos años de su vida, en una búsqueda por definir de qué se tratan sus investigaciones, su idea del pensamiento como una práctica, y el vínculo de ello con la verdad de las cosas. Dirá que “Problematización no quiere decir representación de un objeto pre-existente, ni tampoco creación por medio del discurso de un objeto que no existe. Es el conjunto de las prácticas discursivas y no-discursivas lo que hace entrar a algo en el juego de lo verdadero y lo falso y lo constituye como objeto de pensamiento (ya sea bajo la forma de reflexión moral, del conocimiento científico, de análisis político, etc.)” (1991b: 232). Con esto refiere a que el pensamiento se interesa en objetos en la medida en que los *problematiza* (Foucault, 1991b y [1984] 1999; Revel, 2008 y 2014; Potte-Boneville, 2007; Chao, 2019a y 2019b). De modo que hay dos formas en que utiliza este concepto: una, como un método de análisis, que supone “pensar problemáticamente” con el objetivo de examinar un tema y las formas en los que se lo piensa y aborda en un tiempo y un lugar específicos. Y dos, la captura de un proceso a través del cual un asunto se convierte en un problema, y cómo estos se moldean para ser pensados: el fenómeno problematizado vuelto objeto de estudio (Bacchi, 2019).

Las problematizaciones no son simplemente imágenes mentales o ideas, sino que surgen de las prácticas; el modo de acceder a ellas es a través del estudio de las prácticas. Un ejemplo bien claro de esta constatación es el análisis minucioso del conjunto de prácticas sociales y médicas analizadas en *Historia de la locura* que permiten pensar a la locura *surgiendo* en la época clásica como objeto del pensamiento, la reflexión, pero también de la clasificación y de

la administración (Foucault, 2010a; Bacchi, 2019; Castro, 2018; Gros, 2000, Potte-Boneville, 2007). Entonces, las “cosas” no pre-existen aguardando ser descubiertas por el conocimiento, sino que se puede acceder a ellas mediante la observación de lo que se hace con ellas. De la misma manera, el conocimiento de las cosas tampoco trasciende la acción sobre ellas.

Al volver sobre las prácticas, Foucault está buscando forjar un espacio entre realismo e idealismo. Sostiene que hay algo «real» que se regula, pero esto no es la «locura», que no existe como un objeto para el pensamiento hasta que se produce mediante la práctica. Al mismo tiempo, no estamos hablando simplemente de ideas o actitudes, una percepción mental de lo que significa estar «loco». Aquí estamos hablando acerca de cómo la «locura» es «pensada», «conceptualizada», «problematizada», tal como queda demostrado a través del modo en que se trata a los «locos» en tanto fenómeno de un cierto tipo. De esta forma, la atención se dirige hacia los mecanismos que participan en la recolección de cosas, acciones, gestos, conductas, palabras que constituyen la «locura» como «lo real» (Bacchi, 2019: 291).

El punto de encuentro entre la problematización y la gubernamentalidad es el foco en las prácticas, ya sea discursivas como no discursivas, en la medida en que el enfoque de la gubernamentalidad otorga un marco de análisis y comprensión sobre las modalidades de intervención social, y la problematización direcciona el pensamiento hacia el estudio de los mecanismos que hacen posible que las cosas devengan verdaderas.

Cabe preguntarse entonces cuáles son las formas de acceder a las prácticas, cuáles sus fuentes, sus evidencias. En su trabajo sobre la problematización, la australiana Carol Bacchi recupera fragmentos de la presentación que Michel Foucault hiciera al aplicar por el cargo que finalmente ocupó hasta su muerte en el *College de France*. Allí expone que “al trabajar en el Arsenal¹⁰ o los Archivos Nacionales¹¹, comencé el análisis de un conocimiento cuyo corpus no es teórico ni pertenece al discurso científico ni es literatura, sino una práctica particular diaria” (Foucault 1969 en Eribon, 1991, citado por Bacchi, 2019: 291). Puede decirse que los estudios de gubernamentalidad siguen esa línea de trabajo sobre el análisis de las prácticas a partir de los modos en que éstas aparecen documentadas.¹² El trabajo de archivo, los documentos son

¹⁰ Se refiere a la Biblioteca del Arsenal unida a la Biblioteca Nacional de Francia. Está situada en París, y cuenta con un gran archivo de enciclopedias, libros y manuscritos.

¹¹ Se refiere a los Archivos Nacionales de Francia que contiene los documentos administrativos del estado francés creado en 1790 y que está distribuido en tres sedes: Pierrefitte-sur-Seine, Fontainebleau y París.

¹² Hago esta afirmación sin desconocer experiencias como el Grupo de Información sobre las Prisiones (GIP) que tuvo lugar en Francia en los años 70, que el propio Foucault impulsó y del que participó activamente. El trabajo del GIP además animó experiencias similares como la del Grupo de Información sobre los Asilos (GIA), o el Grupo de Información Sanitaria (GIS) que compartieron el objetivo de dar la palabra a los propios protagonistas de aquellos dispositivos de vigilancia y normalización.

tomados como fuente predilecta para el estudio de los procesos a través de los cuales se ejerce el gobierno, en la medida en que las modalidades del registro, la sistematización, la sentencia, la argumentación que rodea actos administrativos, entre otros, son los modos en que se expresan las racionalidades y tecnologías y que permiten dar cuenta de las subjetividades resultantes en el gobierno de un problema o cuestión problematizada.

Este modo de aproximación supone poner en valor los discursos y mecanismos cotidianos de ejercicio del poder, sin buscar en ellos algo que permanezca oculto o velado que requiere ser sacado a la luz, ni evaluándolos en su veracidad sino más bien dando cuenta a través de ellos de los regímenes de veridicción, de los procesos sobre los cuáles algo se vuelve verdadero, produciendo efectos de poder (Rose y Miller, 2010; Rose, O'Malley y Valverde, 2012).

Como ya se ha afirmado desde los estudios que sistematizan la amplia gama de investigaciones que abraza el enfoque de la gubernamentalidad (Avellaneda y Vega, 2019; Bartlet y Chao, 2019; Castro-Gómez, 2010; Grinberg, 2007; Rose, O'Malley y Valverde, 2012), este modo de proceder al examen del ejercicio del gobierno resulta muy fructífero para el análisis de prácticas de intervención social en los más diversos campos, pero ha sido también objeto de crítica en la medida en que tiene ciertas limitaciones a la hora de dar cuenta de ellas a partir de *verlas desplegándose* en los espacios de intervención o micro-campos de poder (Brady, 2014; Carrasco, 2010).

Las críticas que se le hacen a estos estudios es que parten de documentos, archivos, normas, discursos científicos que, por ello, pueden reducir la mirada sobre las prácticas a un análisis de las racionalidades de gobierno, lo que conlleva el riesgo de no dar cuenta de qué hacen los sujetos más allá de las ambiciones de quienes gobiernan y que aparecen sistematizadas en las evidencias disponibles, sin poder evaluar cómo estos discursos se realizan, es decir “no muestran los procesos a través de los cuales estos discursos son problematizados, adaptados, moldeados, e incluso modificados a fin de alinear los fines de gobierno con las subjetividades implicadas” (Carrasco, 2010: 92). Yendo aún más lejos, incluso se les imputa otorgarle cierto carácter monolítico y lineal a las transformaciones que impulsan determinadas racionalidades o tecnologías, dando lugar a generalizaciones explicativas de todas las relaciones de poder propias de una época, omitiendo las especificidades de los contextos (Brady, 2014). Desde estas miradas, la etnografía aparece como la perspectiva a través de la cual aproximarse a las prácticas gubernamentales esquivando la limitación que supone la falta de atención a la

multiplicidad y el contexto, habilitando una aproximación “a personas reales, en un contexto, espacio y tiempo determinado” (ibídem: 13).

Esta polémica re-sitúa la pregunta sobre cómo se estudia la gubernamentalidad. Si se retoma la caracterización compartida en la literatura sobre el tema, el enfoque de la gubernamentalidad no supone un corpus teórico sistemático sino más bien una pregunta común que dispara en diferentes direcciones. En este sentido es que Rose, O'Malley y Valverde rechazan esas críticas al señalar que “no puede criticarse a la gubernamentalidad por no hacer lo que nunca pretendió hacer” –evaluar cómo los programas son efectivamente implementados–, y recomiendan más bien tomarla como una caja de herramientas analíticas, “*capaz de ser usada en conjunción con otras herramientas*” (óp. cit.: 142. El destacado es mío).

Tomando ambos señalamientos, sus advertencias y recomendaciones, esta Tesis toma el enfoque de la gubernamentalidad y lo combina con un trabajo etnográfico con presencia prolongada en terreno e implementación de una serie de técnicas para la construcción y análisis de la información a partir de la cual dar cuenta de las problematizaciones posibles en torno a la locura a través del estudio de las prácticas que tienen lugar en una institución de internación por motivos de salud mental de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Etnografía.

Siguiendo a Brady (2014), quien sistematiza los aportes de investigadores neofoucaultianos anglosajones que combinan enfoque de la gubernamentalidad con etnografía, la ventaja que supone el trabajo etnográfico es orientar el interés del investigador hacia la multiplicidad, ya sea de tecnologías, racionalidades como relaciones de poder, en la medida en que éstas se vuelven más evidentes en situaciones de conversaciones casuales o en la observación de la dinámica cotidiana más que en lo que podrían reflejar archivos o documentos públicos. Asimismo, y sin detenerme en las valoraciones que pudieran hacerse sobre esa ventaja, una de las cosas que me impulsó a hacer etnografía fue un interés temprano en conocer y experimentar la cotidianeidad hospitalaria en primera persona, más allá del relato de otros y de la producción ya existente al respecto. Y ello se funda en una búsqueda que argumento teórica, metodológica y epistemológicamente, pero que además tiene que ver con una idea tan simple como la necesidad de conocer el lugar sobre el que se quieren decir cosas y hacer aportes teórico-políticos, algo que en mi caso comenzó con el trabajo de esta Tesis.

Ahora bien, el trabajo etnográfico no se define en sí mismo y sólo por la presencia en terreno, así como tampoco se limita a la aplicación de un conjunto de técnicas. Desde qué supuestos se parte para ingresar al terreno, seleccionar las dimensiones a observar, los modos de despliegue de esas técnicas, asumir un lugar como investigadora, forman parte de la definición metodológica. Para ello, vuelvo sobre el asunto de las problematizaciones.

Como se dijo más arriba, a través de la problematización se hace ingresar algo en el orden de lo verdadero y lo falso, dando cuenta de aquello que hizo posible que ciertos discursos adquieran estatuto y función de discursos verdaderos, y esto es no la producción de afirmaciones verdaderas sino más bien la conformación de “juegos de verdad”, que supone administrar los entornos –las reglas de ese juego- que hacen posible la producción de lo verdadero y lo falso, y su regulación (Foucault, 1991a, 1991b; Bacchi, 2019). Pero, tal como advierte Bacchi, en la medida en que formamos parte de las prácticas, y las problematizaciones moldean nuestros modos de aproximarnos a “lo verdadero y lo falso”, tomar distancia y estudiar cómo operan no es una tarea sencilla (Bacchi, *ibídem*: 293). Ello implica asumir que no hay un afuera de la práctica desde la cual problematizar, y que por ende conviene arrancar por asumir que se está adentro, y qué lugar vamos a ocupar en ese adentro.

Si los conceptos y los argumentos desarrollados por los investigadores tienen un papel central en la consolidación de lo que está «en la verdad» y, por consiguiente, en «lo real», aquellos investigadores deberían con certeza ser alentados a considerar las repercusiones de sus investigaciones *en estos términos*. Comprender el poder como creativo/productivo y la teoría como práctica crea una obligación ética de considerar la repercusión política de nuestras apuestas teóricas. (Bacchi, 2019: 304. *Cursivas en el original*).

Por todo lo expuesto hasta aquí es claro que en el acercamiento etnográfico que realizo tomo distancia de las perspectivas naturalistas que suponen la existencia de un “estado natural” del mundo y las cosas a las que aproximarse para estudiar, sin “contaminarlas”. Estos enfoques sostienen que la realidad existe en el mundo empírico, y a través de la etnografía puede conocerse y dar cuenta de ella objetivamente a través de su descripción tal como se presenta ante los ojos de quien la observa (Guber, 2005; Hammersley y Atkinson, 1994). Una mirada que sostiene que la realidad es independiente de la acción humana, y que podemos representarla a través del lenguaje *tal cual es*, equivaldría a pensar que el padecimiento mental es un estado natural-biológico que aguarda ser encontrado por la mirada entrenada para hacerlo, el estudio detallado y la descripción de sus manifestaciones que puedan por fin explicarlo, siendo el hospital un escenario propicio para ello.

Ciertamente mi acercamiento es más cercano a posturas socioconstructivistas. Este enfoque deriva de los estudios de Peter Berger y Thomas Luckmann (Corcuff, 2014), y se ha articulado, en principio, alrededor de una crítica radical a los preceptos del naturalismo, al destacar, en primer lugar, que lo que se toma como “objetos naturales” de la vida cotidiana son objetivaciones resultado de convenciones y prácticas lingüísticas de las que no somos externos, y en segundo lugar, que la representación de la realidad “tal cual es” supone la idea de que podríamos efectivamente producir un lenguaje que nos dé una representación apropiada sobre cómo es de verdad el mundo. La mirada socioconstructivista en cambio parte de asumir que describir la realidad es en cierta medida construirla, y que esa construcción-descripción abre determinados cursos de acción y ciega otros (Ema López et. al., 2003: 73), punto desde el cual el interrogante sobre cómo situar la propia práctica científica, y el alcance de las verdades que la ciencia puede proveernos representa un giro fundamental respecto de las posturas naturalistas así como del positivismo.

No es casual la fuerte atracción hacia una actitud construccionista cuando se trata de los padecimientos mentales (Hacking, 2001: 193), en la medida en que la discusión entre lo “real” y lo “construido” de las manifestaciones del sufrimiento psíquico atraviesan el debate entre las corrientes que buscan definirlo, describirlo, explicarlo, abordarlo, ya se trate de explicaciones de las disciplinas psi o de teorizaciones sociológicas al respecto. En el extremo de las explicaciones construccionistas, los exponentes de la antipsiquiatría denuncian la inexistencia de aquello que la psiquiatría nombra como “trastornos mentales”, lo que conlleva una serie de consecuencias importantes a la hora de ofrecer explicaciones sobre las prácticas –terapéuticas y sociales- que giran alrededor de los sujetos con algunos diagnósticos psicopatológicos, por ejemplo en los hospitales psiquiátricos (Cooper, 1971; Szasz, 1997).¹³

Como sugiere Hacking (2001), antes de otorgar carácter de construido a algo, hay que preguntarse de qué se trata ese algo, si es un objeto, si se trata de una idea o concepto, o si refiere al “pensamiento” o “la verdad”. La respuesta a la pregunta sobre “la construcción social *de qué*”, colabora así a poner algunos límites a los peligros que podría acarrear afirmar que todo tiene carácter construido. Aún más, dirá que si bien el argumento sobre la construcción social de las cosas puede operar con efecto liberador, en la medida en que las explica como parte de procesos históricos, fuerzas sociales e ideología, pueden conducir a conclusiones simplificadoras de la realidad social que se investiga. Por ejemplo, una sobrevaloración de los

¹³ Sin ánimo de simplificar este asunto, no me extenderé aquí sobre ello ya que es objeto de análisis detallado en la tesis, más concretamente en el capítulo 5.

procesos sociales-humanos que excluye la posibilidad de la existencia de otros elementos intervinientes en los procesos que otorgan significados al mundo, omitiendo además hacer explícito que “todo acto de construcción se realiza desde y sobre un contexto semiótico-material sedimentado como «realidad» y encarnado en formas de «subjetividad»” (Ema López et. al., 2003: 74). Para el caso de los padecimientos mentales, esa construcción no puede no problematizarse sobre el fondo de su constitución histórica que ha permitido la consolidación de afirmaciones con estatuto de verdad, de todo un lenguaje así como en los sujetos-objetos que son hablados por éste.

Siguiendo esta misma dirección, el constructivismo que nutre la perspectiva de este trabajo es también el de las reflexiones de ácida ironía de Bruno Latour en *Las promesas del constructivismo* (2003), que se reparten entre las críticas a una idea simplificada o superficial y la defensa de lo que demanda pensar cabalmente el carácter construido de la realidad. Entre las primeras, señala la idea de un agente implícito que controla el propio acto de fabricar, como si fuese posible creer que puede crearse algo desde la nada (ex nihilo). En la medida en que se reconoce la actuación como siendo sobre un trasfondo que, valga la redundancia, actúa conduciendo hacia alguna dirección, constriñendo, limitando, guiando, forzando a obedecer necesidades, influenciando elecciones, etc., esa idea del agente todopoderoso de la construcción muta hacia muchas “cosas”, “agentes”, “actores” con quienes comparte la acción de fabricar. Entonces, yendo hacia las segundas, categóricamente concluye que

Si hay algo hacia lo que ‘fabricar’ no conduce, es al concepto de un actor humano completamente a cargo. Esta es la gran paradoja del uso de la palabra construcción: es usada por la sociología crítica para mostrar que las cosas no están ahí simple y naturalmente, pero tan pronto como esta metáfora de ‘fabricar’, ‘crear’, o ‘construir’ comienza a brillar, el fabricante, el creador, el constructor tiene que compartir su poder con un mar de actores a los que no gobierna ni controla. Lo interesante en el constructivismo es exactamente lo opuesto a lo que a primera vista parece implicar: no hay un fabricante, ni dueño, ni creador del que pueda decirse que domina los materiales; o, al menos, se introduce una nueva incertidumbre respecto de qué es lo que se va a construir, como asimismo quién es responsable por la emergencia de las virtualidades de los materiales que se manejan. Usar la palabra ‘constructivismo’ y olvidar esta incertidumbre precisamente tan constitutiva del acto de construir es una tontería. (Latour, 2003: 7).¹⁴

El contexto que actúa como fondo sobre el cuál las construcciones, las significaciones sobre lo que nos rodea se realizan no es anterior a la acción, no tiene una esencia que es previa,

¹⁴ Utilizo la versión traducida al español por Susana Tesone.

sino que podemos pensarla como el producto de la relación entre la acción humana y no-humana, lo que borra las fronteras entre lo natural y lo social, entre lo “real” y lo “construido”, buscando otros puntos de conexión entre el sujeto y el mundo que le rodea. Pensar la acción del conocimiento desde estas coordenadas supone diluir las fronteras que separan sujeto-objeto situando solo en el sujeto la capacidad de acción para reflexionar sobre otros modos posibles de entender la construcción de la realidad social e investigarla. Ello supone un ejercicio de alejamiento de cierta omnipotencia para el conocimiento del mundo social que se investiga, a la vez que el reconocimiento de que quien investiga forma parte de lo que va a estudiar, con su subjetividad, sus nociones, sus preconceitos sobre las cosas.

En este punto me asisten los aportes de la perspectiva feminista de Donna Haraway (1995) sobre los conocimientos situados. La autora también toma como punto de partida un alejamiento de las conclusiones a las que arriba el construccionismo respecto de las posibilidades de acceder a la realidad del mundo a través de la práctica científica e investigativa, en tanto desde este punto de vista “la ciencia es retórica, es decir, la persuasión que tienen los actores sociales importantes de que el conocimiento manufacturado que uno tiene es un camino hacia una forma deseada de poder objetivo” (Haraway, 1995: 316).

Así como Foucault forja un espacio entre realismo e idealismo (Bacchi, 2019), en un intento de borrar la dicotomía que o explica las cosas como “reales” o las reduce a “ideología”, con la propuesta de los conocimientos situados, Haraway forja un espacio entre subjetividad y objetividad, y entre “natural” y “construido”. En ambos pensadores hay una intención de borrar fronteras a la vez que una invocación a pensar las cosas de otro modo.

En este sentido, su propuesta es orientarse a la búsqueda de una versión feminista de la objetividad, a la que llamará objetividad situada o *encarnada*, punto de anclaje a partir del cual buscar una versión que resulte fidedigna del mundo «real», a través de una aproximación que sin abandonar el carácter contingente de las cosas y de los sujetos que las conocen, también sea capaz de reconocer la propia portación de lenguaje que llevamos con nosotros para lograr el significado de las cosas (Haraway, 1995: 321). La objetividad feminista es investigar el mundo y las cosas partiendo de una perspectiva situada, que no nos coloca por fuera, pero que tampoco relativiza todo aquello que se puede conocer en la medida en que se tenga idea de que actuamos en un contexto, y que es igual de cierto que actuamos sobre el mundo así como el mundo actúa sobre nosotros. Por ello, la autora sentencia “solamente la perspectiva parcial promete una visión objetiva” (íbidem: 328).

Frente al relativismo; conocimientos parciales, localizables y críticos. La etnografía crítica busca ese punto de vista, en el que de principio se asume que la mayor objetividad posible en la tarea investigativa pasa por la reflexividad, y la asunción del propio lugar (Foley y Valenzuela, 2012; Guber, 2005). En la articulación entre problematización y objetividad encarnada sitúo y hago propia la advertencia de que quien investiga, es decir, quien afirma cosas sobre esa realidad, no está exenta de la misma. No hay un afuera de la problematización, y como investigadora de un conjunto de prácticas estoy moldeada por esas prácticas; tomar distancia de ello es una tarea compleja que en cualquier caso supone siempre reconocer que esa problematización funda en primer lugar mi aproximación posible al objeto investigado. Derivado de ello, hay un precepto ético que se desprende en dicha articulación, por el cual en la investigación social crítica se debe alentar al reconocimiento de que lo que se dice sobre el mundo social que se investiga tiene consecuencias, tiene efectos de verdad, permite hacer afirmaciones. Las apuestas teóricas entonces no son neutrales, y estos enfoques alimentan formas de reflexión crítica que son en sí mismas construcción de conocimiento.

Asumir un lugar propio es, además, ser responsables y no hablar en nombre de otros. En este punto Haraway convoca a alejarse de aquellas miradas que suponen como una ventaja tomar el punto de vista de “los subyugados”, señalando el peligro de caer en posiciones romantizadoras o de apropiarse de esa visión. Aquí se vuelve tan precisa la observación de Carrasco cuando señala que una aproximación a las relaciones de poder en el campo de la salud mental “no nos habilita a «hacer hablar» o llegar a decir qué deben hacer quienes sufren los efectos de esas formas de dominación. Eso sería creer que nuestra posición es privilegiada, neutra, y que no está teñida por nuestra propia subjetividad y por los supuestos que tenemos acerca de ese otro que las lógicas del gobierno dicen, debe ser analizado y corregido” (Carrasco Madariaga, 2010: 122). Por lo demás, sólo resta concluir que, cuando se trata de padecimientos subjetivos, sólo puede tener una visión romántica aquel que no esté o no haya estado nunca en situaciones de sufrimiento o riesgo que, en casos como los que aquí se analizan, conllevan internaciones en instituciones monovalentes.

La propuesta de objetividad encarnada se articula con la problematización para advertir que en el trabajo de construcción de conocimiento de la realidad a investigar conviene, en primer lugar, barrer tanto con las ideas de verdad objetiva como de subjetivismo construccionista. Como indica Bacchi (2019), el estudio de las problematizaciones persigue como objetivo fundamental desmontar la idea de que los objetos de investigación son entidades fijas que podemos dar por sentado, desmontando su carácter presuntamente natural, señalando

que la búsqueda de Foucault siempre ha puesto el énfasis en las conexiones, en las estrategias, en los movimientos que tienen lugar para la emergencia de los objetos en la historia. Siguiendo esa idea, los juegos de verdad en los cuales se hacen posibles las afirmaciones sobre nuestro objeto suceden en un contexto semiótico-material donde las “cosas”, los “agentes”, los “actores” confluyen, y lo hacen además en contextos de incertidumbre, con fuertes dosis de contingencia.

Más aun, esta articulación entre gubernamentalidad, problematización y etnografía crítica que he buscado construir, comparte la idea acerca del carácter móvil de las relaciones que en su articulación dan forma a nuestros objetos de preocupación e indagación y que, en consecuencia, permite resaltar la posibilidad de su transformación en otra cosa. Como enfoque de análisis de las relaciones de gobierno como una práctica generalizada, la gubernamentalidad se asocia a acercamientos de tipo genealógicos, donde la historia “aparece como inventada y contingente más que como determinada por alguna gran teoría o lógica” (O’Malley: 2007: 155). Una de las consecuencias de adoptar este enfoque es afirmar que lo que se tiene como verdad en el gobierno de las cosas puede entonces ser considerado como no necesario. En igual sentido, la problematización tal como la entiende Foucault, se funda en una búsqueda por dar cuenta del proceso histórico en que los objetos han llegado a ser tales, fruto de relaciones fluctuantes, y nada en ellas aparece como inevitable. Siguiendo, al estudiar las problematizaciones, lo que parecía ser obvio resulta en cambio frágil y ajustado a circunstancias particulares (Bacchi, 2019). Cuando la etnografía crítica se plantea puntos de vista situados histórica y culturalmente, reconoce la imposibilidad de existencia de miradas omnicomprendivas (los “trucos divinos”), y en ese gesto, el “tartamudeo”, o lo que se puede comprender solo parcialmente desplaza la idea de la parcialidad solo porque sí, para abrirla a la potencia de lo que significan las “aperturas inesperadas”, las otras búsquedas posibles (Haraway, 1995). Lo que se comparte, en fin, y lo que he querido recuperar aquí, es la intención de pensar la construcción del conocimiento sobre las cosas bajo la premisa de que justamente las cosas siempre pueden ser de otra manera.

Como corolario de todo este rodeo, lo que me convoca aquí es proponer una reproblematicación del gobierno de la locura con epicentro en el hospital psiquiátrico, que toma los aportes de las posturas críticas al hospital a la vez que intenta escapar de ellas, no en su postura radical de rechazo y denuncia a la opresión inherente a la lógica manicomial, sino en el punto en que, debido a esa insistencia, se limita a sus formas más manifiestas, dejando de lado otras.

En la medida en que el hospital persiste, es urgente fundar otro tipo de mirada, en la búsqueda de que un cambio en la forma de mirar la realidad social que estudiamos nos arroje otras vías posibles de diagnóstico e intervención. Esto quiere decir que si buscamos estudiar cómo se legitiman ciertas relaciones de poder, a través de qué racionalidades y tecnologías, estaremos en el camino de construir explicaciones sobre las funciones actuales de estas instituciones y sobre las formas posibles de su sustitución.

Asimismo, pretendo hacer foco en las prácticas discursivas y no discursivas que dan cuenta de la conceptualización y administración del objeto locura en los hospitales monovalentes a través de un acercamiento etnográfico crítico, es decir, mediante la observación de dichas prácticas en su mismo espacio de producción, así como dar cuenta de los efectos que esas prácticas tienen sobre las personas que los habitan. Lo haré considerando que las formas y los sujetos del internamiento hoy no se circunscriben a las formas del secuestro y confinamiento del “alienado” o “enajenado mental” propia de los orígenes de la medicalización de la locura y su devenir “enfermedad mental” (Foucault, 2010a), sino a las crisis profundas –a veces breves, otras no- provocadas por múltiples formas de sufrimiento y exclusión que atraviesan porciones específicas de la población –a tono con la profundización de la pauperización general de la existencia- que vive en la pobreza, que delinque, que consume sustancias, entre otras conductas consideradas de riesgo.

3. Los objetivos.

Esta investigación tiene como objetivo analizar la institución psiquiátrica en tanto tecnología propia del gobierno de la locura. En este sentido, y como ya se señaló más arriba, se inscribe en la línea de las teorizaciones sobre gubernamentalidad inaugurada por Michel Foucault, y se nutre de estudios que, desde esa perspectiva, han desarrollado investigaciones empíricas donde el gobierno, es decir la conducción de las conductas de los individuos, y sus dimensiones, son analizadas a la luz de diversos temas o problemas (Bianchi, 2015; de Marinis, 1999; Carrasco, 2011; Haidar, 2010; Giavedoni, 2010; Murillo, 2010, 2014, 2018; Rodríguez Zoya, 2017; Rose, 2012; Sozzo, 2015).

Hablaré de tecnología asilar en el gobierno de la locura para estudiar la serie de prácticas cotidianas que tienen lugar en una institución de internación, las racionalidades a las que se las tributa y las técnicas que se despliegan como instrumentos a partir de los cuales dar cuenta de las problematizaciones actuales de la locura en el hospital. La fórmula *gobierno de la locura*

sintetiza las racionalidades políticas que imperan en el campo y su coro de voces autorizadas, las técnicas que circulan, el tipo de relaciones de poder que se establecen, las subjetividades que se producen en los espacios de internación de personas por motivos de salud mental.

Así expuesto entonces, el objetivo ronda alrededor de dos conceptos: la locura y el hospital, o la locura *en* el hospital. La noción de «locura» es lo suficientemente general como para englobar una serie de significaciones que van desde las categorías médicas, jurídicas, pasando por las sociológicas hasta las del sentido común y el lenguaje corriente. En su uso, refiero a los padecimientos subjetivos que experimentan las personas, y que pueden requerir internaciones en instituciones especializadas. Con ello quiero decir que al formular mi objeto como “gobierno de *la locura*” no uso allí el término necesariamente de manera distintiva o diferenciándolo de otras nociones o conceptos que no siempre se corresponden de manera estricta en función de la biblioteca que se consulte: sinrazón, alienación, enfermedad mental, psicopatología, padecimiento mental, trastorno, sufrimiento subjetivo.

La pregunta *¿biológica o construida?* (Hacking, 2003) resume al menos una parte de las polémicas en torno a la definición de la *naturaleza* misma de unos padecimientos cuya primera definición podría ser la labilidad, cuando no la ausencia de marcadores biológicos que expliquen a partir de las evidencias las razones de un sufrimiento o desviación. Si es biológica o construida es una cuestión secundaria en los términos de la pregunta de investigación que la interroga en tanto problematización. Aun así, para la aproximación a las prácticas que dan cuenta de ella, bien sirve conservar como trasfondo la dimensión dilemática de ese interrogante. En ese sentido, vale recuperar la intención de apertura de espacios entre los binomios, de modo que la respuesta no sea por una u otra opción, pero tampoco simplemente “ambas”. Aquí sostengo que la locura es una construcción en la medida en que podemos afirmar que toda realidad social lo es, pero lo es a partir de una serie de elementos que intervienen y que no se limitan a la acción humana como “creadora”. Su carácter construido además no actúa como fachada superficial de poderes ocultos; la investigación debería dar cuenta más bien de la solidez interna de la que está construida (Latour, 2003), que incluye por supuesto, “lo biológico” entendido no de manera determinista. Es, en fin, la construcción estudiada desde los preceptos de la problematización de lo real.

Ello permite una aproximación al objeto que se configura en las prácticas de diverso modo, tomando diferentes nombres, con sus efectos de subjetivación concomitantes. Puede hablarse entonces de *riesgo* (Castel, 1984 y 1986; O'Malley, 2007; Rose, 2007 y 2017) para la definición de situaciones que ameritan una intervención orientada a la protección y el cuidado,

que buscan marcar una distancia con la *peligrosidad* como categoría que circunscribe el problema de la locura bajo las coordenadas propias de las prácticas jurídico-disciplinarias y coercitivas, históricamente características del campo (Foucault, 1991c, 2007b, 2007c, 2008a; Castel, 2009). Asimismo, vale referirse a la locura como *desorden* en la medida en que en el estudio de las prácticas orientadas a organizar la cotidianeidad hospitalaria se revela el objetivo de construir “orden”, de “ordenar para el afuera”. Valen también conceptos como *enfermedad mental* o *psicopatología* que inscriben al fenómeno en el universo de lo médico y dado al decir desde el lenguaje de la clínica (Foucault, 2010a y 2008c), así como aquellas categorías propias del campo *psi* que buscan alivianar la hegemonía médica en salud mental reconfigurando el objeto en una dimensión que va más allá de lo estrictamente biológico y de la función moralizante de las intervenciones, como las de *padecimiento mental*, *sufrimiento subjetivo* o *sufrimiento psíquico* (Augsburger, 2002 y 2004; Augsburger y Gerlero, 2005; Stolkiner, 2013).

De igual modo que con la noción de locura, en cuanto al «hospital», no me detendré a distinguir entre conceptos que, otra vez, podrían no significar lo mismo en sentido estricto: casa de internamiento, asilo, manicomio, institución psiquiátrica, u otra. En su uso, me refiero al espacio institucional donde se presta asistencia y tienen lugar las internaciones por motivos de salud mental. Además, no siempre usaré las dos palabras juntas, pero cuando me refiera al hospital en esta tesis estaré hablando en particular del hospital *psiquiátrico*. Y vale la aclaración porque en la incorporación del hospital a la tecnología moderna (Foucault, 2008a), se produce un desdoblamiento entre el devenir de su sentido médico-clínico para la atención de enfermedades físicas-somáticas, y el de la tutela, cuidado y tratamiento de las afecciones llamadas morales o del alma. Aunque ambas tienen un origen compartido en la medida en que lo médico se vuelve su fundamento (de ser instituciones donde se llega para morir a ser instituciones cuyo fin último es curar), el hospital *psiquiátrico* guarda para sí un conjunto de especificidades propias que deben ser reconocidas.

En los orígenes de la locura como problema médico, el alienismo se consolida en Europa Occidental como corriente hegemónica. Lo hace apoyándose en la articulación de tres elementos, composición que Robert Castel llama síntesis alienista: uno, la consolidación del discurso médico de las enfermedades con el desarrollo de las nosografías y clasificación de enfermedades; dos, el tratamiento moral como principio articulador de una relación de poder que se establece entre alienista y alienado; y tres, el lugar donde todo eso es posible: el espacio institucional, el asilo o manicomio (Castel, 2009).

Pero el hospital es particularmente gravitante en el proceso de medicalización de la locura porque es a través de la internación en este establecimiento especial que el loco deviene alienado, es decir, el objeto de una intervención en cuyo seno se aloja ese nuevo estatuto jurídico, social y civil que le aguarda en el nuevo orden fruto del contrato social moderno. La locura deviene tal en la relación que la época establece, más que entre médico y enfermo, entre medicina y hospitalización, en el desarrollo de una tecnología hospitalaria, en el ejercicio de un tipo de poder que es posible en la institución y por la institución en la medida en que ésta es un dispositivo, en la construcción de un mandato social que es tal a partir de prácticas que se asientan en primer lugar en el bastión asilar (ibídem.: 45).

En este trabajo, intento reflexionar cómo el hospital alberga una serie de funciones que, desde otras miradas podrían interpretarse como opuestas o contradictorias: ¿es un dispositivo de control, un espacio de detención, un espacio terapéutico, o de sociabilidad? Justamente lo que posibilita la grilla de la gubernamentalidad es pensar las prácticas y políticas hospitalarias como el conjunto complejo y estratégico de una serie diversa de funciones que coexisten, a veces de manera directamente correspondida y otras no.

Como resultado, las unidades de análisis construidas son aquellas que permiten realizar una aproximación a las racionalidades y tecnologías desplegadas en el espacio hospitalario que se expresan en una serie variada de prácticas discursivas y no discursivas que revelan el cómo del gobierno de la locura en el hospital: a través de la configuración del padecimiento como riesgo y el análisis de las prácticas de cuidado y asistencia, de control y violencia (capítulo 4), en la configuración de la locura como enfermedad y el análisis de las prácticas diagnósticas y de clasificación (capítulo 5), en la construcción de la locura como desorden y el análisis de las modalidades de regulación de la circulación por el espacio y el uso del tiempo (capítulo 6), en la configuración de la locura como peligro y las formas en que intersectan hoy dispositivo asistencial y dispositivo penal (capítulo 7).

Luego de estos señalamientos, es posible puntualizar que el *objetivo general* de la Tesis es indagar de qué modo se ejerce el gobierno de la locura como modo de conducción de las conductas de un conjunto de individuos sobre otro conjunto de individuos, a través del análisis de las prácticas de atención y políticas vigentes en salud mental en instituciones de internación monovalentes en Argentina.

Los *objetivos específicos* se orientan a desmenuzar esa formulación general, en primer lugar ofreciendo una caracterización de la institución psiquiátrica como tecnología de gobierno

en salud mental a partir de indagar alrededor de su constitución histórica, y las particularidades en que ese proceso tuvo lugar en el contexto local.

Asimismo, se apunta a identificar y analizar los núcleos del *gobierno de la locura* en las instituciones de internación monovalentes: los circuitos de ingreso, permanencia, egreso y reingreso, la construcción diagnóstica, las clasificaciones institucionales, la administración del uso del tiempo y el espacio.

También me propongo indagar en torno a las características que adquiere la intersección actual entre dispositivo manicomial y dispositivo penal en el hospital psiquiátrico a través del análisis del circuito asistencial que atraviesan personas con padecimiento subjetivo que están en conflicto con la ley penal, y el proceso de penitenciarización del hospital psiquiátrico como emergente de dicha intersección.

Por último, busco estudiar los procesos de subjetivación en el marco de este dispositivo de gobierno, identificando sus dos dimensiones de análisis. Una, en tanto modo de objetivación al estudiar las formas en las que los sujetos devienen tales en la medida en que son vueltos objetos –de miradas, de discursos– por las prácticas *escindentes* o divisorias, ya en el interior mismo de los sujetos como con respecto a los otros (Foucault, 1991b). La otra, que hace alusión a las prácticas de autoproducción del sujeto o “prácticas de sí”, al estudiar con qué elementos cuentan los sujetos en el hospital, mientras atraviesan internaciones por motivos de salud mental, para establecer un vínculo con eso que son, que es hablado por otros, pero sobre lo que vuelven también en un intento por definirse en sus propios términos. Cómo razonan, juzgan, deciden, comunican acerca de sí mismos en los procesos que los tienen fundamentalmente como objetos de gobierno.

4. La metodología.

La tesis se asienta sobre la tradición de la investigación cualitativa en salud (Souza Minayo, 1997), orientada a un análisis de las prácticas (de gobierno) que ponen en vínculo a los sujetos que componen una institución del campo de la salud, analizada a la luz del proceso histórico y social que actuó como condición de posibilidad de su aparición. Se trata de un estudio de caso (Neiman y Quaranta, 2006) que, como fue desarrollado unas páginas arriba, adopta la perspectiva etnográfica (Hammersley y Atkinson, 1993; Ameigeiras, 2006; Foley y Valenzuela, 2012; Guber, 2005 y 2014, Rockwell, 2009) para la recolección/construcción de datos.

Antecedentes importantes de este estudio son las investigaciones de Alberdi, Coll, Mutazzi y Vismara sobre la problemática de institucionalización crónica en pacientes del Hospital Agudo Ávila (Alberdi et. al., 2005), la coordinada por Silvia Faraone y Ana Valero (2013) sobre el proceso de desmanicomialización/desinstitucionalización en la provincia de Santa Fe con la refundación de la Dirección provincial de Salud Mental en el año 2004, y el estudio evaluativo coordinado y compilado por Sandra Gerlero y Cecilia Augsburguer (2012), que releva diferentes aspectos del campo de salud mental provincial para el año 2007. Asimismo, las diversas publicaciones de la Revista Cátedra Paralela de la Escuela de Trabajo Social de la UNR, importante medio de difusión de profesionales investigadores en los efectores de Salud de Rosario y la provincia (Alberdi, 2006, 2008, 1998; Barrios 2007, Cassina, 2010), así como las investigaciones que tienen lugar en el marco de las carreras de posgrado de la Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, que entre sus temáticas recurrentes cuentan las que tienen por objeto prácticas y dispositivos asistenciales en salud mental, fundamentalmente de las provincias de Entre Ríos y Santa Fe (Barrios, 2010; Colombo, 2019; Serra, 2009; Yonson, 2013).

La construcción de todo el material de campo es fruto de un trabajo extendido a lo largo de dos años y medio, entre 2016, 2017 y los primeros meses de 2018 en una institución psiquiátrica pública de la ciudad de Rosario: el Centro Regional de Salud Mental (CRSM) Dr. Agudo Ávila, hospital psiquiátrico dependiente del gobierno de la provincia de Santa Fe, ubicado en el macrocentro rosarino, y cercano a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario. Su edificio ocupa poco más de media manzana, y cuenta con tres áreas distinguibles: Consultorios Externos, Guardia y Tránsito, e Internación; el trabajo se centró fundamentalmente en ésta última, compuesta por dos pabellones con cincuenta y seis camas, ambos montados sobre un patio seco con algunas zonas verdes y varios árboles grandes y tupidos.

A partir de la presencia en terreno prolongada en el tiempo, y la puesta en práctica de una serie de técnicas, me propuse reconstruir el mundo de los sujetos que habitan este espacio: profesionales, trabajadores y personas internadas. Las técnicas utilizadas fueron la observación participante, registradas en el diario de campo, las entrevistas en profundidad y entrevistas conversacionales, y la revisión de historias clínicas. El imaginario etnográfico que actúa como telón de fondo de esas técnicas implica desarrollar descripciones detalladas a partir de las cuales dar cuenta de la vida cotidiana en el hospital, en función de poder mostrar de la manera más cabal posible el mundo cultural en que se enmarcan las decisiones y las acciones que tienen

lugar cada día (Brady, 2014). Para ello me serví de dos estrategias: la construcción de escenas (Pecheny y Palumbo, 2017), y la construcción de casos de pacientes. Con la descripción de escenas mi intención ha sido mostrar, de la manera más equilibrada posible, la combinación de cotidianidad y drama de las que se compone el día a día hospitalario. Con la construcción de casos abordados de manera extensa, el objetivo ha sido ilustrar el objeto teórico trabajado en cada capítulo a través de la experiencia particular de uno o más pacientes de la institución.

El paso foucaultiano del qué al cómo del poder abre las puertas a escritos caracterizados por su meticulosidad y pretensión taxonómica, a través de descripciones densas de los fenómenos que se observan (Avellaneda y Vega, 2019: 73). La primera vez que entré a un hospital monovalente fue para hacer esta tesis. La mezcla de sensaciones que entonces y por largo tiempo me produjeron las imágenes, los olores, los sonidos, los objetos del lugar, me llevaron a establecer una relación tensa entre atracción y rechazo que estructuró la aproximación que pude construir con mi objeto. Esa mezcla tensa es la que he querido transmitir por escrito, particularmente interesada por conducir a los lectores de la manera más ilustrativa y detallada posible al interior del Hospital.

Criterios para la presentación escrita de la información.

Para la transcripción de la información recabada en el campo, utilizo los siguientes criterios: cuando haga uso de las anotaciones del diario de campo, las acompaño con la aclaración entre paréntesis (DC), y la fecha de la nota si es información relevante para el argumento o idea desarrollada. Al momento de transcribir pasajes de las entrevistas realizadas, las palabras que correspondan a intervenciones mías aparecen en cursivas. La respuesta de mi interlocutor será señalada en todos los casos con nombres de fantasía. En el caso que se trate de un miembro de equipo interdisciplinario o personal de la institución, aclaro de qué profesión se trata, utilizando las abreviaturas PSQ para psiquiatras, PSC para Psicólogos, TS para Trabajadores Sociales, MÉD para médicos, EF para enfermeros, AT para acompañantes terapéuticos, ABG para abogados. Se aclara en los casos de que se trate de una persona que forma parte de la Dirección o Consejo Asesor del Hospital, si ello es necesario al argumento. Por último, cuando trabaje transcripciones o registros de las historias clínicas, irán con la aclaración entre paréntesis (HC), y en los casos en que sea pertinente para el argumento que se está desarrollando, se aclara qué profesional del equipo realiza el registro transcripto, usando las abreviaturas señaladas.

5. El Plan de tesis

La Tesis se organiza de modo de exponer primero la trama analítico-conceptual y metodológica y luego el análisis empírico realizado y que se sostiene sobre esa trama.

En el **capítulo dos** expongo las nociones teóricas y el enfoque analítico adoptado que, como ya fue señalado, se nutre de la perspectiva de la gubernamentalidad de Michel Foucault. En primer lugar se comienza con una recuperación de la empresa arqueológica de *Historia de la locura en la época clásica* de modo de situar el objeto locura en tanto problematización. Se repasan las condiciones históricas que hicieron a su emergencia y el proceso mediante el cual acabó adquiriendo estatuto médico, para luego señalar el desplazamiento que al interior mismo de las investigaciones foucaultianas sucede entre esas primeras representaciones de la locura, y la idea de ésta como efecto de una relación de poder específica que atraviesa los cuerpos y las almas de aquella categoría particular de desventurados (Foucault, 2007b, 2007c, 2010a). Desde allí se construye el andamiaje conceptual que sostiene el análisis del gobierno de la locura, identificando sus componentes: racionalidades, tecnologías y procesos de subjetivación, situándolos sobre el fondo histórico en el que tanto urgencias como contingencias se cruzan para hacer posible su despliegue, su necesidad y su deseabilidad.

En el **capítulo tres** desarrollo la perspectiva metodológica del trabajo. Luego de repasar los estudios etnográficos en hospitales psiquiátricos en Argentina como antecedentes, describo las etapas del trabajo etnográfico realizado distinguiendo entre el ingreso, el trabajo de campo propiamente dicho y la construcción del texto etnográfico. Señalo las técnicas de recolección de datos utilizadas y los criterios con los cuáles se procesó y analizó la información. Por último, dedico un apartado a puntualizar la dimensión ética de la investigación social en salud mental. Allí propongo una articulación específica entre las herramientas legales que fijan los parámetros éticos que deben ser considerados en este tipo de estudios, una postura ética propia de una consideración epistemológica que busca poner en valor el conocimiento y los testimonios en primera persona, y la perspectiva teórica en función de la cual estudiar las características que adquiere el gobierno de una población requiere, entre otras cosas, tomar en consideración cómo esta población se posiciona frente a las prácticas que tienen por objeto, precisamente, gobernarla.

Los capítulos subsiguientes organizan la exposición del estudio empírico realizado siguiendo un criterio en función del cual a partir de una problematización particular del objeto

de gobierno, se describen las prácticas discursivas y no discursivas orientadas a su administración en el hospital psiquiátrico.

El **capítulo cuatro** inicia con una presentación y descripción de la institución donde se realizó la investigación. En primer lugar, ubico al Hospital Agudo Ávila como parte de la red de servicios de atención en salud mental del nodo Sur de Salud de la provincia de Santa Fe, realizo una descripción del hospital y sus sectores, para focalizarme luego en el área de Internación, que es la que estudio en profundidad. Describo la composición de los equipos interdisciplinarios y las características generales del trabajo y la vida cotidiana de la internación. A continuación abordo la problematización de la locura como riesgo, y sitúo el heterogéneo arco de prácticas institucionales de gobierno del riesgo en el hospital, con sus diversas aplicaciones y efectos, articuladas entre la vigilancia, el cuidado y la violencia. Por último, en función de las diversas evaluaciones posibles sobre el riesgo y las respuestas que ante ello ofrece el hospital psiquiátrico, menciono las situaciones que aparecen desafiando los límites de las respuestas asistenciales y de gobierno: los dilemas y el rechazo a la atención.

En el **capítulo cinco** me dedico a la dimensión de la locura en tanto enfermedad y las prácticas diagnósticas y clasificatorias que se abren ante esta problematización particular. Abordo el problema del diagnóstico psicopatológico en primer lugar tomando las controversias al interior de la Psiquiatría y el campo psi a través del análisis de dos nociones emergentes del trabajo de campo: la variación diagnóstica y la conciencia de enfermedad. Luego me ocupo del sistema de clasificación institucional de las personas que cursan internaciones en este hospital psiquiátrico, y cuáles son los criterios a partir de los cuales un paciente es considerado agudo, crónico, adicto o penal, etiqueta a partir de la cual se distribuye y organiza el trabajo cotidiano de los equipos asistenciales. Entre los diagnósticos clínicos y las clasificaciones institucionales, me interesa por último detenerme en la dimensión del auto-reconocimiento del paciente como paciente de salud mental, recuperando en algunos comportamientos e interacciones características de las personas internadas, formas de construcción de la propia identidad de sí mismo, y frente a los demás.

El **capítulo seis** se ocupa de una tercera problematización posible de la locura que aquí llamo desorden, que resulta del encuentro particular entre el saber médico con sus prácticas diagnóstico-clasificatorias y la mecánica disciplinaria propia de una institución como el hospital psiquiátrico con objetivos de vigilancia y normalización. Allí analizo las prácticas de administración del uso del tiempo y de circulación por el espacio a través de las cuales se estructura y organiza una cotidianeidad institucional ordenada y ordenadora. En cuanto a la

dimensión del tiempo, describo y analizo los modos de utilización/ocupación a través de dos grandes conjuntos compuestos por la rutina y la espera, cuyo objetivo de gobierno es lograr homogeneizar -y así ordenar- la experiencia temporal. Luego me detengo en las dinámicas que administran la circulación por el espacio a través de prácticas que atienden a diferentes necesidades –vigilancia, utilidad o cura-. Identifico las regulaciones que buscan ordenar tanto los espacios fijos como el movimiento, a través de permitir o prohibir, abrir o cerrar, establecer qué es lo tolerable y qué no, con efectos de jerarquización espacial.

Por último, el **capítulo siete** atiende a una problematización particular de la locura como es la peligrosidad, dimensión que se ancla en una historia que enlaza el campo del alienismo y el saber psiquiátrico con el campo penal-criminológico y sus racionalidades específicas. Para el estudio de la locura como peligro analizo las prácticas judicial-asistenciales como aquellas en las que se expresa un encuadre de tipo jurídico penal y a través de las cuales es posible atender a las características actuales de la intersección entre el dispositivo penal y el dispositivo asistencial en el contexto particular del hospital psiquiátrico. Para ello, en primer lugar analizo la política que enmarca esta intersección y sus particularidades en la provincia de Santa Fe, describiendo el trayecto de las políticas que arrojan como resultado que en la actualidad los hospitales monovalentes estén a cargo de la atención por motivos de salud mental a las personas con prisiones preventivas o que cumplen condenas en las cárceles provinciales. Doy cuenta con ello del actual proceso de penitenciarización que atraviesan las instituciones psiquiátricas públicas. Luego me ocupo de describir el despliegue de las prácticas de gobierno de estas personas en el caso estudiado, cifradas alrededor de tres técnicas que configuran la articulación crimen-locura desde sus inicios y continúan en nuestros días: el trabajo sobre la responsabilidad, el diagnóstico de peligrosidad y la evaluación de simulación.

Finalmente, en las **conclusiones** se sintetizan los principales hallazgos de esta investigación. Por un lado, se destaca el aporte que significa el enfoque de la gubernamentalidad en la medida en que permite analizar el conjunto heterogéneo de prácticas discursivas y no discursivas que articulan el gobierno de la locura en el hospital psiquiátrico como parte de un ensamblaje sólido y coherente con el objetivo que le es encomendado: conducir las conductas de la población que requiere asistencia en su salud mental. Por el otro, y en consonancia con ello, ofrece aportes referidos a las modulaciones contemporáneas de los sujetos de gobierno en estas instituciones.

CAPÍTULO 2

Gobierno de la locura: nociones teóricas y perspectiva analítica.

Este capítulo tiene como objetivo dar cuenta de la trama analítico-conceptual sobre la que se sostiene la tesis, delimitando las principales categorías y nociones teóricas a partir de las cuales estudiar las prácticas, discursos, saberes y tecnologías que se despliegan en torno a la locura en un hospital psiquiátrico.

En el campo de las ciencias sociales, las investigaciones de Michel Foucault sobre la historia de la locura y el orden psiquiátrico son un valioso aporte para abordar la constitución de la locura como problema en la modernidad. El objetivo político-administrativo en la gestión de la locura, así como su inscripción en el universo de la práctica médica con fines terapéuticos son características que emergen de sus análisis del asilo como dispositivo de gobierno. Esos aportes, a los que pueden sumarse los de Robert Castel, son insoslayables para diversas investigaciones dentro de la historiografía, la sociología y la antropología –sobre las que influye particularmente la perspectiva interaccionista de Erving Goffman, contemporáneo a los franceses-, así como de las que se inscriben en las disciplinas del campo psi y de la salud.

Probablemente Michel Foucault sea, en ciencias sociales, uno de los pensadores que más estudio, reflexión, cavilación le ha dedicado al asunto de la locura, produciendo efectos profundos respecto del modo en que éstas se disponen a problematizarla. La locura forma parte de las preocupaciones tempranas de Foucault, algo que puede verse considerando su primer libro publicado *Enfermedad mental y personalidad* [1956] (1984a), pasando por su tesis doctoral devenida en su primera gran obra *Historia de la locura en la época clásica* [1964] (2010a), y que gana terreno con los cursos impartidos en el *College de France* como *El poder psiquiátrico* [1974] (2003; 2007b) y *Los anormales* [1975] (1999; 2007c)¹, además de conferencias y entrevistas dedicadas al asunto.²

¹ Edgardo Castro (2018) distingue entre los libros publicados por Foucault en los que se dedica a abordar el tema de la locura y la enfermedad mental, y los cursos del *College*, que apuntan más bien a la investigación sobre la historia de la práctica psiquiátrica en el SXIX.

² A título de ejemplo, menciono: *El poder, una bestia magnífica* [1977] (2014a); *La política de salud en el Siglo XVIII* [1979] (2014a), *El nacimiento de la medicina social* [1977] (2008a), entre otros. Se trata de conferencias y entrevistas donde Foucault se refiere a la medicina como la tecnología de poder por excelencia que pone en marcha la modernidad; pasajes donde el proceso de medicalización de Occidente ayuda a pensar y contextualizar su mirada de la locura y su separación de otras formas de expresión de la sinrazón.

Pero más allá de esta producción específica sobre el tema que nos ocupa, se trata más bien de toda una constelación de reflexiones que permiten pensar las condiciones de emergencia del objeto locura como parte de fenómenos más generales de gestión de la vida de las personas: su mirada genealógica sobre los procesos de la medicalización general de la existencia, y su esquema analítico del biopoder (Foucault, 2006; 2012a; 2014b) son el punto en que convergen estudios interesados en analizar los modos de gobernar a los sujetos hoy (Bianchi, 2014 y 2015; Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019; Carrasco, 2010; de Marinis, 1998; Giavedoni, 2010; Haidar, 2010; López, 2013; Murillo, 2010, 2014, 2018; Rodríguez Zoya, 2010, Sozzo, 2015).

La producción específica sobre el tema se desarrolla sobre el fondo de un sistema de pensamiento ocupado en volver inteligible el vínculo entre saber, poder y procesos de subjetivación que tienen lugar en nuestras sociedades. En Michel Foucault se hallan una serie de lecciones de método así como consideraciones epistemológicas que sitúan al objeto de indagación en un terreno donde su construcción como problema necesariamente debe ser pensada a la luz de la combinación de una serie de consideraciones históricas, sociales, políticas, discursivas que remiten a la pregunta por las condiciones de posibilidad de su emergencia misma como objeto de gobierno.

El capítulo se estructura de modo tal que, en primer lugar se aborda la configuración histórica del problema de la locura, objeto del trabajo arqueológico que Foucault desarrolló en su libro *Historia de la locura en la época clásica* y el desplazamiento que desde ese primer análisis, tomó lugar luego para pensar la locura ya como efecto de una relación de poder específica que se inscribe en el cuerpo y el alma de aquellos considerados seres irracionales, locos, anormales (Foucault, 2007b, 2007c, 2010a).

Luego, construyo la red conceptual a partir de la cual ordeno lo que considero las categorías foucaultianas claves para el análisis del gobierno de la locura, para desde allí ubicar la tecnología asilar, objeto predilecto de mi estudio. Parto de la noción acotada de gobierno como la conducción de las conductas de individuos así como la estructuración de su campo posible de acción (Foucault, [1984] (2017), e identifico dos componentes como sus columnas vertebrales: racionalidades y tecnologías.

En adelante, iré reconstruyendo las formas en que racionalidades y tecnologías del gobierno de la locura toman forma en la historia, dibujando su objeto – de la locura a la enfermedad mental, y de la enfermedad mental a la salud mental- así como el espacio para su ejercicio – del gran encierro al hospital, del hospital al conjunto social y la comunidad-. Argumento por qué el hospital psiquiátrico es una pieza central en el ensamblaje que hace

posible ese gobierno, sirviéndome de la noción de relleno estratégico (Foucault, 1991a) y de la idea de intervenciones estratificadas o nuevas prácticas divisorias (Rose, 2007). Por último, me interesa situar dos componentes más del gobierno que resultan importantes para desglosar en el estudio empírico realizado en el hospital: las autoridades del gobierno, esto es, el “coro de voces autorizadas” para hablar y decidir qué hacer con la locura dentro del hospital, y los modos de subjetivación en tanto procesos que tienen lugar en los individuos que cursan una internación por motivos de salud mental dentro de estas instituciones.

1. La problematización de la locura.

“Puede decirse sin dudas que la locura no existe, pero eso no quiere decir que no sea nada”, soltó Foucault en una de sus clases de 1978 (2007a: 143). Esa fórmula resume su idea de que las cosas pasan de ser inexistentes a ser reales fruto de una serie de procesos que tienen lugar, y ajustadas a las condiciones que las posibilitan. Como ya adelanté en la introducción, la perspectiva foucaultiana permite pensar que ese algo que llamamos locura no es un objeto pre-existente que aguarda ser encontrado, sino más bien un conjunto de formas de actuar y de ser que deviene objeto de conocimiento, de medida, clasificación, intervención; una *problematización* posible a partir de un conjunto de prácticas que la vuelven verdadera, que la hacen entrar en el juego de lo verdadero y lo falso, haciéndola entonces un objeto del pensamiento. (Foucault, 1991a, 1991b; Bacchi, 2019; Revel, 2014). Como con otros objetos de su reflexión (el delito, la sexualidad), su planteo pasa por señalar cómo cierto régimen de verdad en su acoplamiento con una serie de prácticas logra que la locura pueda convertirse en *algo*: lo inexistente como real (Foucault, 2012b).

El tránsito de la locura al mundo de lo real, de la locura como lo que no existe a la locura como problematización, es el objeto de estudio de Foucault en *Historia de la locura en la época clásica* (2010a) (Castel, 1991). En sus palabras, “la cuestión consistía en saber cómo y por qué la locura, en un momento dado, ha sido problematizada a través de una determinada práctica institucional y de un peculiar aparato conceptual” (Foucault, [1984] (1991b: 231). A lo largo de ese extenso trabajo, el filósofo toma las nociones de experiencia y conciencia a partir de las cuáles traza la historia de la locura señalando que ésta no es simplemente el fruto del lenguaje de la ciencia, y que hay experiencias y representaciones previas que subsisten. Establece la distinción en tres momentos/experiencias/conciencias –renacimiento, época clásica, modernidad–, en las cuáles las prácticas de exclusión que configuran el espacio de la locura, el lenguaje que la nombra y las representaciones que le son propias son distintas. El

encadenamiento entre un momento y otro no significa una evolución en el sentido progresivo y cronológico de la historia, pues siempre es posible identificar prolongaciones antes que rupturas; aunque sí las representaciones predominantes que se construyen en torno a la locura cambian de una a otra. Hay salto, diferencia, pero al modo de una integración original de los componentes que son la base del análisis de cada una de las experiencias identificadas.³

La experiencia renacentista de la locura aparece inscrita en la dimensión de lo sagrado: se trata de una conciencia trágica y sagrada, vinculada a las representaciones míticas de la desviación. Su pasaje errante por el mundo está ilustrado por la *Nave de los locos*, pintura de El Bosco que data del 1500. La barca navega con destino a diversos puertos de la antigua Europa trasladando seres poseídos a los que no les cabe otro espacio más que el de esa circulación, pues expresan la realidad de un mundo que no es éste. Lo que Foucault analiza allí es que, en tanto se le es asignada esa geografía de “lugar de paso”, el loco es insituable, y no puede más que habitar espacios de transición. En ese andar perpetuo, lo que su figura emana es el borramiento de la frontera antes que la necesidad de la segregación (Gros, 2000).

La sinrazón clásica en cambio representa el pasaje a una conciencia crítica de la locura, que se sustenta en la distinción razón-sinrazón. Ya no se trata de una concepción sagrada-trágica-religiosa, sino crítica en tanto ve en la locura un peligro, un desorden. Si el Renacimiento le tenía reservado un espacio de circulación que desdibujaba límites, la época clásica le marcará a la locura una frontera clara: la de la razón. Y la colocará dentro de unos límites precisos, el del mundo del “gran encierro”, de la reclusión en el Hospital General. La práctica del encierro sustituye la práctica del embarque, y será la estructura más visible de la experiencia clásica de la locura, aunque aún se presenta desprovista de su carácter médico. Por

³ La forma en que estas tres grandes épocas están hilvanadas entre sí en esta *Historia...* puede leerse sirviéndose de las proposiciones sobre una “historia general” que Foucault realiza en la Introducción de *La arqueología del saber* [1969] (2010b). Allí expone el proyecto de un modo de hacer historia en el que el problema de “las series, los cortes, los límites, las desnivelaciones, los desfases, las especificidades cronológicas, las formas singulares de remanencia, los tipos posible de relación” (pág. 22) se presenta como alternativa al proyecto de una “historia global” ocupada más bien de dar coherencia a cada época estableciendo la significación común de todos sus componentes. Hallar las líneas verticales, los zigzags, los movimientos circulares o espirales dan cuenta de la empresa filosófica foucaultiana que tiene en su núcleo el problema de la discontinuidad (Revel, 2014). Es importante remarcar que ello no significa, sin embargo, cierta renuncia o pérdida del interés por la *unidad* –cómo establecer periodizaciones, cómo hallar la unidad de discurso de una época- por parte de Foucault, sino que más bien la búsqueda del autor revela una tentativa de hallarla en las mutaciones, en entenderla como proceso de diferenciación, en entender la continuidad como discontinuidad continua. La misma lección de método vale para leer el vínculo estratégico que Foucault establece entre los modelos teóricos de los que se sirve para sus análisis sobre el poder en la historia efectiva –soberanía, disciplina y biopolítica-, centrando la pregunta en el cómo, y en busca de los mecanismos a través de los cuales se ponen en marcha (Foucault, 2007a; Murillo, 1996).

ello, es indistinguible la figura del loco con la del pobre y otras formas de expresión del desorden sexual, religioso, o del pensamiento.

El problema se inscribe en un orden laico, moral, social, pero no solamente. Es decir, no se trata simplemente de la existencia de una población que, por representar una amenaza al orden social, por improductiva, ociosa o por comportarse guiada por unas normas que no son las aceptadas, conforman un conjunto de elementos asociales o inmorales que deben entonces ser apartados. Y ello no puede ser así porque, como más arriba ya se anticipa de la mano del concepto de problematización, las diferentes categorías de desviados que serán objeto de la práctica del encierro no preexisten a esa práctica que los objetiva y torna tales; más bien las crea en ese mismo gesto. Es entonces, además, un problema de conciencia, de pensamiento, de sensibilidad, y por tanto también, de conocimiento.

La representación de la locura como enfermedad mental es algo propio de la modernidad. Allí se da una nueva operación de separación: nacen los lugares de internación sólo para los locos, los asilos de alienados, separándolos de la pobreza, de la ociosidad y la miseria, que pasan a constituir problemas para otros órdenes. Es el momento de desarrollo de una serie de dominios del saber – el alienismo en primer lugar, la psiquiatría moderna luego, y algo más tarde la psicología- que, más que consecuencia del avance objetivo de la ciencia o una reacción humanista que suele atribuirse a la medicina mental de los tiempos de la Revolución Francesa, se trata de una restructuración de la experiencia clásica, que precisa, entre otras cosas, que la locura aparezca liberada de todo aquello que no es (Gros, óp. cit.) y definida en sus propios términos.⁴

La locura es construida ahora como objeto del saber, y el personaje del médico como sujeto del saber. Pero más que un saber científico, lo que lo distingue es su moral. El tratamiento moral es el nombre que recibirá el trabajo desplegado por la nueva figura del alienista en el asilo del siglo XIX, y cumple un objetivo particular: el tratamiento para la cura (Foucault, 2010a y 2007b; Castel, 2009; Castro, 2011b).

El lugar privilegiado para el despliegue de una serie de técnicas que hagan la cura posible es el asilo de alienados o manicomio. *Se encierra para curar* es la fórmula precisa que explica por qué es necesaria una práctica de reclusión que tiene por consecuencia la pérdida de libertad; de ese modo se la compatibiliza con la misión de la revolución liberal burguesa. La operación implica un giro, un desplazamiento, y vuelve a señalar la importancia de la

⁴ He allí la empresa liberadora de Pinel rompiendo las cadenas de los locos en La Salpêtrière de París en 1795, “la escena fundacional” de la psiquiatría clásica que inspira la pintura de Fleury.

problematización como ejercicio del pensamiento: la época clásica “crea” a la alienación al mismo tiempo que la encierra; la edad moderna, medicina en mano, encierra porque hay alienación, hay enfermedad mental, hay objetivación constituida de aquello sobre lo que se interviene.

Edgardo Castro señala que “si bien la época clásica puede distinguir al loco, no puede decir qué es la locura sino *negativamente*. La filosofía define a la locura a partir de la razón, como ausencia, como sinrazón: una razón que no es como la de los otros, una razón no-razonable” (2011b: 246). Lo que intenta Foucault en su problematización de la locura en la modernidad es restituirle su carácter de *verdad positiva* (Castro, *ibídem*; Potte-Bonneville, 2007). Y ello es posible a partir del estudio de sus efectos: lo que la locura así construida *crea* -el enfermo mental- es la dimensión que permite calibrar la paradoja que significa que una cultura practique la coerción masiva entendiéndola como algo positivo (*ibídem*: 45). No es que la negación –de la razón, de la libertad- desaparezca, pero la locura es al mismo tiempo y sobre todo explicada como parte de procesos *positivos*, en tanto produce efectos reales, de verdad.

Esta idea de positividad como núcleo fundamental de la concepción de poder de Foucault es de valor crítico. Sobre todo, se diferencia críticamente de la interpretación que le otorga el positivismo, es decir, la positividad igualada al progreso continuo del saber, proceso en el cual la tarea de la ciencia es la de despejar obstáculos y posibles desviaciones.

La descripción de los procesos positivos viene así a impugnar (...) la idea de un conocimiento que procedería simplemente por esclarecimiento de la mirada, por supresión de las ideas falsas. Es necesario considerar, por el contrario, la emergencia de una nueva forma de saber, y la de una nueva figura de la locura, como *los efectos de una producción histórica regulada*; esta producción es negada por la psiquiatría, retrospectivamente y de manera “mítica”, cuando afirma que su objeto es natural y que la esperaba tras las brumas de la ignorancia. (Potte-Bonneville, *óp. cit.*: 40. El destacado es mío).⁵

⁵ En *Historia de la locura...* al referirse al proceso de medicalización de la internación, Foucault señala que “No se trata de una iluminación ni una toma de conciencia, que habría revelado, en una conversión del saber, que los internados eran enfermos, sino de un oscuro trabajo, en el cual se han confrontado el viejo espacio de exclusión, homogéneo, uniforme, rigurosamente limitado, y ese espacio social de la asistencia que el siglo XVIII acaba de fragmentar (...)” (Tomo II: 134). En el capítulo sobre Historia de la Psiquiatría del *Tratado de Psiquiatría* de Ey, Bernard y Brisset, los autores señalan que en *Historia de la Locura...* Michel Foucault niega el genuino origen de la Psiquiatría –dar respuestas a la locura como “patología de la libertad”- y en cambio otorga una interpretación falsa en la que señala a la Psiquiatría como una “herramienta de la sociedad para atender a todos los individuos que ésta encierra y desembarazarse de todos los desviados que ofenden la moral y la razón”. Los autores sentencian: “semejante interpretación es históricamente falsa”. Cf Ey, Bernard, Brisset (2007) *Tratado de Psiquiatría*. Masson, Barcelona, pp. 52-58. En una entrevista de 1982 Foucault se despacha contra esas posturas con sobrada elegancia, al decir que “una verdadera ciencia reconoce y acepta su propia historia sin sentirse atacada” (2013).

La positividad de la locura, objeto de conocimiento posible de ser estudiado y examinado al nivel de sus efectos –el espacio del asilo, el tratamiento moral para la cura, la distinción de la enfermedad mental respecto de otras desviaciones- puede verse en las tres dimensiones que conforman el saber, los discursos y las prácticas que tienen lugar hacia finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Se construye un *saber positivo* en tanto responde a las reglas de objetividad del conocimiento científico característico de la época; un *discurso positivo* en tanto se reconoce una posible verdad que habita dentro del loco y que hay que sacar del silencio, hacer hablar y aprender a interpretar; una *práctica positiva* en el sentido que se propone un tratamiento que restituya la libertad al individuo, que lo guíe en el camino del rencuentro con la razón.

En el curso que dicta en 1973-1974, al que llama *El poder psiquiátrico*, Foucault retoma el punto de llegada de su *Historia de la Locura...*⁶, aunque ya en la conferencia inaugural manifiesta cierta reformulación del planteo. Establece una distancia respecto de sí mismo al señalar que su análisis anterior había quedado demasiado ligado al estudio de las representaciones de la locura, y habiendo recurrido a categorías que luego reconocerá como desgastadas –*cerraduras enmohecidas* dirá- (2007b: 30). En cambio, se propondrá un análisis radicalmente diferente, ubicando como punto de partida la necesidad de comprender no ya esas representaciones que remiten a las “conciencias” propias de una época, sino a lo que puede constituirse como dispositivo de poder. “Ya no busca, como en *Historia de la locura...*, una experiencia fundamental como elemento de sistematización de los gestos y los discursos, sino una táctica general de poder como foco de producción de saberes y prácticas” (Gros, óp. cit.: 72).

El objetivo y las herramientas conceptuales se desplazan entonces hacia el análisis de la psiquiatría como dispositivo de poder, y del asilo más que como institución, como tecnología de poder; pues “antes de vérselas con las instituciones, es necesario ocuparse de las relaciones de fuerza en esas disposiciones tácticas que atraviesan las instituciones” (Foucault, óp. cit.: 32).

Desde esta perspectiva, el asilo o manicomio es la respuesta a una problemática que se sitúa en la historia; las modalidades contemporáneas en que se expresa son, en efecto, el objeto de esta tesis. Lo que se busca aquí es analizar cómo el hospital psiquiátrico forma parte de las

⁶ En efecto, el penúltimo capítulo de esa obra lleva por título “Nacimiento del asilo” en el que rastrea los orígenes de ese dispositivo moderno a través de las figuras míticas de William Tuke y Philippe Pinel, fundadores de las primeras instituciones de este tipo en Inglaterra y Francia. Este es el punto de partida de la primera clase de *El poder psiquiátrico*.

tácticas desplegadas dentro de una estrategia general de administración de la salud y de los padecimientos mentales. Ello implica adoptar como punto de problematización a la locura en tanto producto de relaciones de gobierno. Siguiendo a Foucault, entiendo por gobierno una modalidad de ejercicio del poder que implica la conducción de la conducta de los sujetos, donde las dimensiones del saber, los discursos y las prácticas se despliegan en un lugar y un tiempo particular. A continuación desarrollo un ejercicio de apropiación de conceptos del autor para construir el análisis a partir del cual pensar el gobierno de la locura.

2. Red conceptual para el análisis del gobierno de la locura. Racionalidades y tecnologías.

Hacia mediados de los años '70, Foucault introduce en sus análisis la perspectiva del gobierno o la gubernamentalidad como grilla de inteligibilidad del poder que vendrá a ensanchar el campo de racionalidades y prácticas que se ponen en juego en el ejercicio del poder conforme las sociedades se complejizan, lo que amplía el campo de lo gobernable al tiempo que obliga a perfeccionar los mecanismos de que se dispone para ello. Bajo la categoría de gubernamentalidad, neologismo compuesto por gobierno y mentalidad, refiere a las ideas, las racionalidades sobre las cuáles se asienta la práctica de gobernar, de administrar la vida del conjunto de la población, y que se sirve de una serie de tecnologías para hacerlo posible (Foucault, 2007a).

La definición que me interesa recuperar sobre lo que considera gobierno la encuentro en el texto de 1982 publicado como post-scriptum del libro de Rabinow y Dreyfus bajo el título *El sujeto y el poder*. Allí Foucault dirá que

Básicamente, el poder es menos una confrontación entre dos adversarios, o el vínculo de uno respecto del otro, que una cuestión de gobierno. Esta palabra debe ser comprendida en el muy amplio significado que tenía en el siglo XVI. El "gobierno" no se refiere sólo a estructuras políticas o a la dirección de los Estados; más bien designa la forma en que podría dirigirse la conducta de los individuos o de los grupos: el gobierno de los niños, de las almas, de las comunidades, de las familias, de los enfermos. No sólo cubría las formas legítimamente constituidas de la sujeción política o económica, sino también modos de acción, más o menos considerados o calculados, que se destinaban a actuar sobre las posibilidades de acción de otras personas. Gobernar, en este sentido, es *estructurar un campo posible de acción de los otros*. (Foucault, 2017: 372. El destacado es mío).

En tanto conjunto de ideas o racionalidades que estructuran *un campo posible de acción*, el gobierno se expresa en marcos discursivos que hacen posibles, reales y normales una serie de modalidades de ejercicio del poder. Toda racionalidad, en la articulación de valores y principios, alberga una idea acerca de lo que son las cosas, y por ello, es productora de verdad; las racionalidades políticas se definen en el juego entre poder y saber, entre poder y verdad. En tanto forma de pensar, otorga el marco de sentido de una forma de gobernar: cómo se gobierna, quiénes gobiernan, quiénes o qué cosas son gobernadas (Gordon, 1991). En tanto trama que se teje entre modos de pensar y actuar, otorgan el marco a partir del cual son posibles las prácticas (Rose y Miller, 2010; de Marinis, 1999).

La noción de racionalidad implica ubicarse en la torsión entre verdad y poder, para distinguir aquello que hace inteligible un universo de prácticas y saberes alrededor de un problema. En el caso de la locura, esto supone desplazarse en el debate sobre la locura como entidad, como algo que existe y se manifiesta en el cuerpo y la mente de las personas, así como de aquellas posiciones que denuncian el mito de la enfermedad mental (Sazs, 1994) como ocultando otros intereses de gobierno. Como ya se dijo, la locura no tiene esencia, no es un objeto dado, pero existe. Al dar cuenta de las racionalidades que se construyen en torno a este tema, se explican por qué tales modalidades de gobierno son posibles. En ese sentido, la racionalidad en la que piensa Foucault es de carácter instrumental, vinculada por ello internamente con las nociones de técnica y tecnología (Foucault, 1991a; Castro, 2018).

El concepto de tecnología refiere a un modo de conceptualización de las prácticas como objeto del análisis en Foucault, y es una categoría clave en la metodología construida por el autor para el análisis del poder. Siguiendo a Castro, las prácticas en tanto modos de hacer están definidas por su regularidad y racionalidad, y son además, objeto de reflexión y análisis. Los términos “técnica” y “tecnología” suponen agregar a la idea de prácticas las categorías de táctica y estrategia. Esto es, estudiar las prácticas en tanto tecnologías implica ubicarlas en un campo compuesto de elementos guiados por fines estratégicos y en vínculo con medios tácticos (Castro, 2018: 380).

Como componente clave para pensar el gobierno, las tecnologías refieren a los mecanismos ritualizados, ya naturalizados e incorporados en el cotidiano ejercicio del poder, que corporizan las prácticas de gobierno, y traducen en términos de efectos, las racionalidades que imperan en los modos de gobernar un problema (De Marinis, 1999). Al contrario de los grandes esquemas teóricos que buscan la descripción de un “gran sistema de poder”, el recurso de atender a las tecnologías de gobierno repara en los mecanismos y procesos que forman parte

de rutinas identificables en la generación de marcos y dinámicas que encauzan las conductas de los individuos o grupos; el poder se expresa y es resultado de esas prácticas.

Como regularidad que organiza un modo de hacer, el concepto de tecnología es de gran riqueza para el estudio de la gubernamentalidad. Como lo expresa Mitchel Dean, provee el eje crucial que conecta el desarrollo de las ciencias humanas (los modos de pensar, los modos del conocimiento) con los modos en los cuales autoridades y agencias de gobierno conducen la conducta de las poblaciones. Asimismo, siguiendo al autor, en la medida en que se trata de actuar sobre las acciones de otros, a diferencia de las tecnologías de producción, lo tecnológico de las tecnologías de gobierno se enfrenta a lo contingente. En este sentido, su objetivo no es una total regulación de la actividad de las personas como sí es la producción completamente ordenada y replicable de un objeto material. Con esa advertencia, debe sortearse el peligro de reducir la categoría a un análisis meramente instrumental, y pensarla ligada en cambio a la noción de estrategia (Dean, 1996).

Tomando en cuenta ese señalamiento, las tecnologías así entendidas no se reducen a técnicas o artefactos, sino que más bien representan un ensamblaje, esto es, una red de elementos variables que estructuran estratégicamente el gobierno de la vida social (Bianchi, 2014; Haidar, 2010). Las tecnologías no se reducen a la aparatología o a las técnicas que van sofisticándose de la mano de la investigación y los descubrimientos científicos; más bien constituyen un híbrido de “enunciados científicos, doctrinas morales, instituciones, diseños arquitectónicos, tecnologías, leyes, etcétera” (Haidar, 2010: 10).

3. Medicina y normalización.

La puesta en discurso que hace inteligible el universo de prácticas para gobernar la locura y las tecnologías que les son correlativas se estructuran alrededor de una serie de categorías rastreables en distintos momentos y pasajes de la producción foucaultiana: medicina, pensamiento médico, medicalización, norma, normalización, disciplina, biopolítica. A continuación, intento ofrecer un mapa de lectura de éstas.

En *Vigilar y Castigar* Foucault abre su estudio sobre las transformaciones en el gobierno del delito con una descripción pormenorizada del suplicio de Damiens llevado a cabo en 1757 en París luego de haber sido encontrado culpable de un intento de regicidio. Inmediatamente, refiere al reglamento que rige la casa de jóvenes delincuentes en la misma ciudad, menos de un siglo después. La distancia entre uno y otro marca “la época en la que fue redistribuida, en

Europa y en los Estados Unidos, toda la economía del castigo” (Foucault, 2014a: 16). En su curso *Los Anormales* de 1975, expone los modos en que las formas de exclusión de los leprosos implicaban una práctica de rechazo y expulsión de la comunidad; práctica que, aun erradicada la lepra, se aplica sobre ciertos conjuntos de poblaciones en el siglo XVII, y que conforme avanza la historia dará paso a otro modelo casi tan antiguo como aquel, pero ahora reactivado; el modelo de la peste. Al describir las formas de funcionamiento de una ciudad en cuarentena a causa de la peste, dirá que ahora “no se trata de expulsar sino, al contrario, de establecer, fijar, dar su lugar, asignar sitios, definir presencias y presencias en una cuadrícula” (Foucault, 2007c: 53). Dos años después completará el marco sumando al análisis el modelo de la viruela, apuntando así un nuevo desplazamiento o ampliación del objetivo en el ejercicio del poder, cuyo problema central será ahora abordar la enfermedad con el objetivo de erradicar fenómenos epidémicos, introduciendo un carácter hasta entonces desconocido en la práctica médica: la intervención preventiva a través de la inoculación y luego con la vacunación (Foucault, 2007a). En 1976 publica su primer tomo de *Historia de la sexualidad*, estudio que comienza exponiendo una lectura en torno a la hipótesis represiva del siglo XVII que ha llevado adelante el cuidadoso encierro de la sexualidad, para luego contraponer la afirmación de que lo que experimentamos en realidad es “una verdadera explosión discursiva en torno y a propósito del sexo” (Foucault, 2012a: 19).

Puede verse así que, alrededor de diferentes objetos de indagación, la preocupación común es poder dar cuenta de los modos en los que hacia el siglo XVIII comenzarán a operar una serie de mutaciones en el ejercicio del poder, a partir de las cuales es posible pensar las transformaciones que marcarán las condiciones de posibilidad del gobierno de los individuos y de las poblaciones. Así lo expone en la clase de cierre de su curso *Defender la sociedad* al señalar que “(...) todo sucedió como si el poder, que tenía la soberanía como modalidad y esquema organizativo, se hubiera demostrado inoperante para regir el cuerpo económico y político de una sociedad en vías de explosión demográfica e industrialización a la vez” (Foucault, 2006: 226).⁷

El corazón de esta nueva matriz del poder es el pensamiento médico, central en la tarea de producción, acumulación, circulación, y funcionamiento del discurso de verdad sobre el que se asientan estos mecanismos, así como la medicina, que adquiere el status de tecnología

⁷ Aquí queda de manifiesto la originalidad del planteo foucaultiano en torno del poder, en tanto logra desplazarlo de su inscripción jurídico-normativa en la que permanecía fijo, y lo pone a funcionar en una dinámica del movimiento en la cual es preciso pensarlo a través de las mutaciones que se presentan en la historia (Cadahia, 2014).

gubernamental encargada de estructurar el campo posible de acción de la población. El imperativo de salud pasa a ser un ordenador del funcionamiento social y da forma a un diagrama de poder caracterizado por intervenciones normalizadoras, capilares, puntillosas, meticulosas, con alcance tanto a nivel del cuerpo individual como del cuerpo social que confiere la población. En tal sentido no es exagerado afirmar que la medicina es la matriz de las ciencias sociales (Foucault, 2008a; 2014b; Murillo, 1996; 2001).

La medicina moderna será ante todo una medicina social que tiene como fundamento ser una tecnología destinada al gobierno del cuerpo social. Esa tarea le es encomendada desde una nueva economía del cálculo que se va fijando desde comienzos del Siglo XVIII, en un proceso en el cual el interés por regular el cuerpo humano como instrumento de producción económica, que busca la maximización de su rendimiento y la reducción al mínimo posible de su costo, no está exenta, sin embargo, de otras dimensiones igual de importantes si se quiere calibrar el alcance de los procesos de medicalización que se disparan con la modernidad. Una medicina de Estado (que Foucault situará sobre todo desarrollándose en Alemania a comienzos del Siglo XVIII) como organización de un saber médico estatal, y una medicina de lo urbano (que se corresponde según el autor con lo sucedido en Francia, particularmente en París) en la que razones económicas y políticas confluyen haciendo de la ciudad un objeto que debe ser ordenado con criterios homogéneos para impedir la proliferación de desórdenes de todo tipo, son procesos que con sus particularidades, ayudan a dimensionar el peso con el que gravita y la profundidad a la que es capaz de llegar el discurso de verdad de la medicina. Estas versiones de la medicina social que expone el autor son incluso anteriores a la instalación de una medicina de la fuerza laboral (cuyo prototipo es el ejemplo inglés), donde el interés estará puesto, ahora sí, en producir los individuos necesarios a los procesos de reproducción económica y social (Foucault: 2008a).⁸

⁸ En el primer caso de la medicina de Estado, Foucault refiere a la creación de una policía médica del Estado desde el cuál se disparan una serie de regulaciones que tienen por objeto a la propia medicina y los médicos antes que a la fuerza de trabajo: regulación de los programas de enseñanza y la emisión de títulos médicos, esquema administrativo que controla la actividad médica, creación de un cuerpo de funcionarios públicos médicos. En el segundo, se trata de una medicina que nace particularmente orientada a atender los fenómenos médicos y políticos que se suscitan en las grandes ciudades desde finales del XVIII que representan el acrecentamiento de temores, angustias, o “pequeños pánicos” alimentados al ritmo de la expansión urbana. Tiene como objeto la disposición del espacio, el control de la circulación, la organización de las distribuciones en pos de evitar enfermedades y asegurar la salud. En el tercero y último, se trata del proceso por el cual una serie de regulaciones son creadas para poder asistir en su salud a la población pobre y al proletariado naciente y que conforme avanza el siglo XIX desarrollará una legislación orientada al control médico de la población, fundamentalmente de sus sectores más necesitados, con el objetivo de hacerlas “más aptas para el trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas”. (Foucault, 2008a). La descripción de estos casos nacionales en los que es posible identificar la formación de una medicina social es una de las primeras formas en las que Foucault da tratamiento al concepto de biopolítica (Castro, 2008; Bianchi, 2014; Noretto, 2011).

A lo largo de los siglos XVIII y XIX se perfila una política de la salud en la que confluyen, a la vez, dos procesos que se distinguen entre sí, cada uno con su especificidad: por un lado, una reorganización de los modos en los cuales se piensa la asistencia, con su batería de intervenciones, instituciones, prácticas cuyo objetivo es atender la enfermedad, orientándose a la cura. Por el otro, un proceso de alcance más general de administración del cuerpo social, que hace entrar el problema de la enfermedad en su vínculo con las condiciones generales de existencia. En este sentido, la medicina no es solo una medicina del hombre; es también una medicina de las cosas (2008a). Entre ambos procesos queda expreso un fin estratégico, la necesidad de gobernar con la mira puesta en el bienestar del conjunto. En esta fórmula, más que la simpleza de la idea de “la felicidad de un pueblo”, se expresa un campo cada vez más amplio, que abarca una cantidad de elementos que entran en juego: ambientales, económicos, de condiciones de vida, de posibilidades de producción y reproducción, etc. En todo caso, la idea de bien común refiere y reúne un conjunto de fines específicos (Foucault, 2014b, 2007a).

Este doble proceso que advierte Foucault en *La política de la salud en el siglo XVIII* confiere el esquema general de gobierno de la salud y la enfermedad, a partir del cual es posible identificar las tecnologías desplegadas y enlazadas a esa racionalidad bien específica y a la vez con amplio poder de expansión y colonización que confiere el proceso de medicalización. Se trata de un esquema que sigue siendo útil en nuestros días para organizar ese estudio, aunque hay desplazamientos y reconfiguraciones importantes, que traen aparejados nuevos problemas, temas y teorizaciones (Rose, 2012; Bianchi, 2014). Dejaré esta afirmación en suspenso aquí para retomarla más adelante, cuando me ocupe en situar al hospital psiquiátrico en este diagrama general de gobierno.

Interesa entonces resaltar una serie de transformaciones que se presentan en este proceso histórico en cuyo seno el hospital psiquiátrico encuentra sus condiciones históricas de posibilidad. En el marco de un ejercicio genealógico, la pregunta formulada en el presente acerca de su continuidad conduce a puntualizar dichas mutaciones, que resumo en cuatro procesos íntimos entre sí:

- a. *hacer vivir y dejar morir* como nueva fórmula del poder.

En el capítulo con que da cierre al tomo I de *Historia de la sexualidad* “Derecho de muerte y poder sobre la vida” y en la última clase del curso *Defender la sociedad*, Foucault expone cómo el poder soberano en tanto modelo teórico para analizar las formas históricas del ejercicio del poder se basa en la “disimetría clamorosa” que implica que el soberano retiene para sí el derecho de *hacer morir* o *dejar vivir*; esto es, en cuanto puede matar, ejerce su poder

sobre la vida. Y ello para afirmar luego que “una de las transformaciones más masivas del siglo XIX es la ampliación, atravesamiento, modificación e inversión de esa fórmula” (2006: 218). En efecto, dirá que desde la edad clásica, Occidente ha experimentado una serie de transformaciones respecto de los mecanismos del poder, que se manifiestan como un poder sobre la vida que procura administrarla, reproducirla, multiplicarla. Por eso no se trata ahora de ejercer el poder sobre la vida a través de la amenaza siempre latente de dar la muerte, sino más bien de *hacer vivir* en cuanto es en la vida y a lo largo de su desarrollo “donde el poder establece su fuerza”, y es en la muerte donde, al contrario, pasa a encontrar su límite, “el momento que no puede apresar” (2012a: 131).

Esta nueva modalidad se expresa como un poder que se ejerce en dos niveles distinguibles: al nivel del cuerpo individualizado, el cuerpo-máquina y su regularización a través de rituales y mecanismos que hacen a su control y docilidad. A esto llamará anatomopolítica del cuerpo humano, y reúne allí una serie de procedimientos del poder característicos de la disciplina. En un segundo nivel, el cuerpo en tanto especie, es decir la humanidad construida como foco de intervención de un poder que busca regularla a través de la administración de los procesos biológicos. Es el poder en tanto biopolítica de la población.

- b. Generalización de las disciplinas a través de técnicas e instrumentos para *el buen encauzamiento* de los cuerpos individualizados.

Foucault llama disciplinas al conjunto de métodos que “permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad” (Foucault, 2014a: 159), que se consolidan como fórmulas generales del ejercicio del poder. En el punto “Disciplina” de *Vigilar y Castigar* se ocupará de desarrollar con minucia el proceso de largo aliento que lleva a su generalización, señalando en primer lugar que se trata de modalidades que en un primer momento responden a urgencias o exigencias coyunturales,⁹ para luego expandirse hacia dominios cada vez más amplios. Se trata de técnicas con carácter móvil, cuya capacidad de invadirlo todo se posa fundamentalmente en la saturación reglamentaria que le es característica.

⁹ Dirá el autor “(...) aquí, una innovación industrial, allá, el recrudescimiento de ciertas enfermedades epidémicas, en otro lugar, la invención del fusil o las victorias de Prusia” (2014a: 161). En *El juego de Michel Foucault* se refiere a la urgencia a la que vino a responder el hospital psiquiátrico: “el dispositivo tiene una posición estratégica dominante. Esta pudo ser, por ejemplo, la reabsorción de una masa de población flotante que a una sociedad con una economía de tipo esencialmente mercantilista le resultaba embarazosa: hubo ahí un imperativo estratégico jugando como matriz de un dispositivo que se fue convirtiendo poco a poco en el mecanismo de control-sujeción de la locura, de la enfermedad mental, de la neurosis”. (1991a: 129).

Dirá asimismo que las técnicas disciplinarias proceden por vía de la reglamentación detallada de la distribución en el espacio y el uso del tiempo. Esto es particularmente importante para calibrar los modos en que se juega la dimensión espacio-temporal en instituciones como los hospitales, donde todo se presenta como organizándose bajo el criterio de utilidad *médica*: lo que fija los lugares y los tiempos gira alrededor del tratamiento. No se trata sólo de la necesidad de controlar, obligar o vigilar, sino de proveer circulaciones y modos de habitar los espacios y el tiempo que sean útiles al objetivo declarado de la institución, el tratamiento para la cura. Es la disciplina y no la ciencia médica la que transforma al hospital en un espacio útil. De igual modo, y fruto del mismo proceso, la disciplina adquiere carácter médico porque el saber de la medicina también se transforma (Foucault, 2008a).

En esta dinámica, los individuos ocupan el doble rol de objetos e instrumentos de un poder con efectos de normalización; extrae las fuerzas de aquellos mismos a los que fabrica. Por la vía de tres métodos, las disciplinas recortan el terreno en que se encauzan sus conductas: la vigilancia jerárquica, las sanciones normalizadoras y el examen, donde las dos anteriores se combinan.

Respecto de la vigilancia, dirá que lo que tiene lugar es una coacción posible gracias al “juego de la mirada” (2014a: 200). La mirada que controla se conecta directamente con los fines del dispositivo en el que se ejerce; en el caso del hospital la mirada atenta para el registro del comportamiento diario es un componente nuclear en la construcción diagnóstica. La posibilidad de la vigilancia refuerza y profundiza la eficacia del dispositivo. Además, se trata de una vigilancia con carácter ubicuo, y que puesta en marcha en tanto mecanismo, funciona luego por su propia fuerza, pero es ante todo y sobre todo una fuerza mecánica, que no necesita recurrir al exceso o a la violencia, sólo necesita una disposición arquitectónica, espacial, que permita su funcionamiento. Es por último, una mecánica que hace de la vigilancia algo invisible, a la vez que somete al objeto vigilado a una visibilidad permanente y obligada. Su fórmula más acabada es, ya se sabe, la del panoptismo, cuyo principal valor reside en autonomizar y desindividualizar el poder.

No hay necesidad de violencia o uso excesivo de la fuerza ejercida coactivamente sobre el cuerpo, pero sí es cierto que “en el corazón de todos los sistemas disciplinarios funciona un pequeño mecanismo penal” (ibídem: 208). Esto es, la disciplina también castiga, pero con unas formas más bien específicas. No se trata de sustraer, sino de rehabilitar, y por ello la penalidad disciplinaria (penalidad de la norma) tiene fines esencialmente correctivos, busca encauzar a través del ejercicio repetido de la conducta para enseñar su modo correcto, normal.

Entre vigilancia y sanción normalizadora, el examen opera colocando a los individuos en un campo de vigilancia y a la vez en una red de escritura: registro, documento, anotación pormenorizada destinada a captar el comportamiento de los individuos. Particularmente en el hospital, los métodos de documentación son la muestra más valiosa de la puesta en ejercicio de la mirada que vigila, y la fuente primaria sobre la que se argumenta (y registra) la sanción que corrige. Observación y registro sistemático de la evolución de las manifestaciones de un padecimiento, un síntoma, una patología son instrumentos en los cuales práctica médica y hospital se encuentran definiendo para sí su estrategia. El registro, la anotación, la circulación de datos e información opera además como fuente de elaboración del saber médico.

En los capítulos subsiguientes, estos instrumentos y sus funciones son analizados manifestándose en las particularidades del caso estudiado.

c. Surgimiento de una biopolítica de la especie humana.

Las disciplinas entonces se corresponden con ese primer nivel de ejercicio del poder anatomopolítico que tiene por blanco los cuerpos individuales, a las que se deben sumar las técnicas dirigidas a los cuerpos en tanto conjuntos, en tanto población, que abarca la serie de fenómenos que tienen que ver con la especie humana y aquello que es específico de la vida humana, ahora convertida en objetivo central del poder político. Foucault refiere con ello a la aparición de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración, etc. en el campo de las prácticas políticas y económicas, proceso cuyo correlato es la multiplicación de técnicas diversas orientadas a la regulación de los conjuntos poblacionales.

Como tecnología que se dirige a los hechos aleatorios que se producen en el seno de la población, deben instalarse una serie de mecanismos reguladores, de seguridad, que ordenen el terreno de las contingencias que rigen a los conjuntos, de modo de hacerlos gobernables. Si con las disciplinas el objetivo es maximizar y organizar la extracción de la fuerza de los cuerpos individuales, ahora se requieren mecanismos que con el mismo objetivo, operen regulando los procesos de la especie asegurando la seguridad del conjunto en relación a peligros internos que pudieran aparecer (Foucault, 2006; Murillo, 1998). La noción de riesgo se vuelve aquí central para comprender los procesos a través de los cuales se vuelve gobernable un problema. En materia de padecimientos subjetivos, este asunto cobra particular gravitancia, y será objeto de análisis en el capítulo 4.

Por otro lado, es importante señalar que, en tanto espacio que permite la puesta en marcha de mecanismos de observación y de registro que arrojan información y datos sobre la

población, el hospital es una tecnología central en la era del biopoder (Foucault, 2008a, Castro Orellana, 2009). En efecto,

Gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos de saber y de intervención de la medicina. (...) La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población”. (Foucault, 2008a: 120).

Hospital y medicina son, otra vez, elementos esenciales que se incorporan al dispositivo biopolítico cuyas extensiones, ramificaciones y reacomodamientos arrojan características particulares sobre los procesos de medicalización y bio-medicalización contemporáneos. Un poco más abajo me referiré a ello más extensamente.

d. Articulación de soberanía, disciplina y biopolítica en la sociedad de normalización.

A las mutaciones descritas en el ejercicio del poder les es correlativo un dominio para su funcionamiento que ya no es el de la ley sino el de la norma. A diferencia de la ley, la norma no se limita a la represión de un individuo o una naturaleza ya dada, sino que les constituye (Castro, 2018). Si el efecto de normalización de la soberanía tiene lugar a través de la ley que establece lo prohibido y regula los mecanismos del castigo, el efecto de normalización de la norma es más bien el efecto de corrección de los cuerpos y de regulación de la población. La norma se erige en este punto como una nueva forma de ley, entendida como “un conjunto mixto de legalidad y naturaleza”; no rechaza la ley, sino que más bien la integra y la coloniza. La sociedad moderna es fundamentalmente una sociedad de normalización, y en ese concepto se concentra el funcionamiento y la finalidad del poder.

Además, la norma es el punto de articulación entre tecnologías disciplinarias del cuerpo y tecnologías regularizadoras de la población.

(...) el elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite a la vez controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de uno a la otra, es la norma. En esas condiciones, la sociedad de normalización no es entonces una especie de sociedad disciplinaria generalizada cuyas instituciones disciplinarias se habrían multiplicado como un enjambre para cubrir finalmente todo el espacio; ésta no es más, creo, que una primera interpretación, e insuficiente, de la idea de sociedad de normalización. La sociedad de normalización es una sociedad donde se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación (Foucault, 2006: 228).

Esta dinámica expansiva de las estrategias de normalización se soporta centralmente en el saber y la práctica médica, capaz de atravesar, colonizar y reconfigurar dispositivos y técnicas variadas que redundan en el ensanchamiento de su alcance. Tal como señala Bianchi, “la medicina, el discurso médico y las prácticas médicas han hecho un aporte sustancial a los procesos de normalización, en el cruce entre soberanía, disciplina y seguridad, articulando o arbitrando entre tecnologías que actúan en diferentes niveles” (2014: 237). El análisis que se hace en cada capítulo subsiguiente sobre las prácticas institucionales, la construcción diagnóstica, la distribución espacial y el uso del tiempo así como las prácticas judiciales dentro del hospital se hilan a partir de esta constatación.

La instauración del concepto de “normal”, así como la producción del par normal-patológico como eje alrededor del cual establecer líneas de demarcación social constituyen el seno en el que se configura la organización del tema de la enfermedad mental desde la perspectiva de Foucault, y a partir del cual se sitúa a la medicina como “la ciencia reina”. Queda expuesta así la intención del autor, que se reorganiza cada vez alrededor de diversos elementos, de reparar en los procesos en virtud de los cuales una serie de prácticas de saber-poder producen al enfermo, al delincuente, al anormal haciendo posible en ese mismo gesto al hombre normal, sano, racional; esto es, lo otro presentándose como condición de lo mismo. De este modo, se puede afirmar que en las sociedades de normalización las diferentes categorías bajo las que es posible designar la desviación no sólo se constituyen socialmente, sino que, al mismo tiempo, son constituyentes de lo social (Murillo, 1998, 2001).

Sistematizadas estas conceptualizaciones y el fondo histórico en que se articulan, vale señalar las características que este proceso de conformación del objeto y espacio de gobierno de la locura tuvo en el escenario local.

En Argentina el problema de la locura aparece hacia mediados del siglo XIX como dibujándose en un campo de intersecciones, ligado a los desafíos de constitución del régimen de gobierno, de la consolidación de un modelo social de acumulación, de la configuración de una cultura sociopolítica y de la conflictividad que gira en torno a la identidad nacional y la construcción de un lenguaje común. Se trata de un proceso en el que confluyen líneas tan diversas como el crecimiento urbano, la formación y consolidación de la población laboral, la inserción de la economía nacional en el mercado internacional, la inmigración, la cuestión social, el desarrollo local de discursos científicos legitimados para ser aplicados en materia de salud y seguridad de la población, hasta la legislación que ordena el funcionamiento de todo ello (Murillo, 2001; Vezzetti, 1985).

Fueron las epidemias del cólera primero (1868) y la de fiebre amarilla después (1871) las que propiciaron una expansión del discurso y las prácticas del higienismo¹⁰ que, en primer lugar se orientaron al combate de la epidemia para luego devenir en herramientas para el reordenamiento social, moral y político. La explicación de la enfermedad y los peligros que acechaban la salud de los habitantes –fundamentalmente de la ciudad de Buenos Aires y luego de las urbes que irán creciendo a la par, Rosario una de ellas- se hizo fundamentalmente desde corrientes que combinaban tanto los elementos biológicos como las condiciones sociales. La trama social y la propiamente médica pueden o entrelazarse o diferenciarse pero siempre aparecen juntas (Vezzetti, 1985); por ello puede afirmarse que el higienismo y el alienismo estuvieron fuertemente enlazados desde sus comienzos en el contexto local. En ambas corrientes queda expresa una doble tarea de atender a las enfermedades del cuerpo social que la afectan en su carácter físico, así como atender a las enfermedades vinculadas con los aspectos morales de la sociedad, y en esa misión se verán articulados los roles del jurista, el médico, el reformador social, el psiquiatra, y el legislador (Murillo, 2001).

En 1854 tuvo lugar la inauguración de la Convalecencia, el nombre con el que los porteños llamaban al Hospital de Mujeres Dementes, a la sazón el primero de este tipo en territorio argentino una vez separado del Hospital de Mujeres, y que fue administrado por las damas de la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires. Unos pocos años después, en 1863, se inauguraría el Hospicio para hombres, primero llamado de San Buenaventura y rebautizado luego como Hospicio de Las Mercedes. Ambas instituciones se asemejaban más al carácter de “gran encierro” (Foucault, 2010a) en sus orígenes, e incorporaron la función médica para la cura de enfermedades de “infelices” y “desgraciadas” con el correr de los años (Pita, 2012).

El tiempo de las nosologías que establecen una definición más clara sobre qué se entiende por enfermedad o locura vendrá a partir de la década de 1870 aproximadamente, cuando los preceptos del alienismo de la revolución francesa se expandieron por Buenos Aires con los primeros planes de saneamiento de la ciudad, entre una epidemia y otra (Murillo, 2001). Ambos manicomios de la capital experimentaron sucesivas obras de expansión de salas y patios para la atención de la población en crecimiento. Tal como documenta Pita sobre la Convalecencia, las obras eran casi de estado permanente, pero el ritmo de crecimiento de la población hacía que nunca fuese suficiente: “mientras la ciudad puerto-que ya a inicios de la década de 1870 albergaba a más de 180.000 moradores- era una y otra vez desbordada por el

¹⁰ En pocas palabras, se trata de la corriente de pensamiento que sostiene que la salud está determinada por las condiciones del medio físico y social donde tiene lugar la vida cotidiana de las personas. En tanto resalta la importancia de la conducta en el medio social, es partidaria de intervenciones fuertemente moralizantes.

arribo de cientos de miles de inmigrantes, el establecimiento manicomial también se vio desbordado una y otra vez” (Pita, 2012: 120). En igual sentido, Vezzetti afirma que el hacinamiento nace junto con el hospicio, condición que los médicos a cargo del Hospital de las Mercedes señalaban como principal barrera para erigirlo como un “verdadero instrumento de curación” para los locos de entonces (1985: 46).

La literatura disponible sobre el tema coincide en destacar una serie de elementos emergentes que marcan el escenario de consolidación de alienismo argentino hacia 1880: la institucionalización del manicomio, la formación de una generación de médicos psiquiatras locales, la legitimación del discurso científico, y su articulación interna con la clase política que encarna la tarea de fundación del Estado y construcción de la Nación. Existe sin embargo una polémica en torno a qué lugar otorgarle a cada elemento de la ecuación. Así, en *La locura en la Argentina* Vezzetti destacará que la conformación del sujeto moral, como base para el sujeto social fue una labor encarada con “una *confianza ciega* en las capacidades formativas y preventivas de las disciplinas de la medicina mental” (Vezzetti, 1985: 18. El destacado es mío). Mientras, en su estudio sobre *La casa de las locas*, Valeria Pita señala que el énfasis puesto en las capacidades de los agentes estatales y en la supuesta jerarquía científica de la medicina de entonces podría acarrear cierto desbalanceo en la evaluación de la efectividad concreta de las acciones que éstos pusieron en marcha. En cambio, la historiadora toma como punto de partida la necesidad de *matizar la mirada sobre la existencia de un orden psiquiátrico en que reinaba el alienista*, y cuestiona la afirmación de que las elites científicas y estatales concibieron sus acciones en un único sentido (Pita, 2012: 20).

Siguiendo, mientras Vezzetti afirma que se conforma una capa médica que si no está ocupando funciones de gobierno, se ubica bien próxima a los resortes del Estado al tiempo que se hace cada vez más prestigiosa y socialmente reconocida, Pita recupera la figura de Osvaldo Eguía, psiquiatra de la Convalecencia sin vínculos directos con la élite porteña, y con una carrera caracterizada más bien por su bajo perfil. O en cuanto Vezzetti le atribuye a la intervención médica –la que personifica fundamentalmente en la figura de Lucio Meléndez director del Hospicio de las Mercedes y uno de los grandes nombres de la psiquiatría local- una influencia y poder de actuación que modifica el marco inicial filantrópico hacia un ordenamiento fuertemente positivista y con objetivos últimos de control social, Pita relativiza dicha lectura en función de fortalecer los condimentos políticos así como los rasgos menos destacados y más cotidianos del funcionamiento del manicomio. De este modo la autora sostiene que el análisis podría decir mucho sobre ese momento histórico si se volcase, más que

hacia la consolidación de la medicina mental y de una capa médica local, hacia el rol de actores menos tenidos en cuenta en su politicidad y ambigüedad –en su caso, las damas de la Sociedad de Beneficencia por ejemplo- pero sobre todo hacia quienes en su condición de enfermos o dementes, pasaron por el manicomio por aquellos años.¹¹

Más allá de las diferentes lecturas disponibles, los estudios convergen en el punto en que señalan la necesidad de no exagerar la homogeneidad del proceso de normalización que tuvo lugar, así como tampoco caer en valoraciones desmesuradas respecto de las posibles “relativizaciones” que podrían hacerse hoy, con nuevas aproximaciones a los documentos disponibles. Sea como fuere, resulta pertinente señalar con Murillo que lejos de tratarse de un proceso homogéneo, o conducido conspirativamente por un pequeño grupo, fue al contrario contradictorio, y fundamentalmente, que “el sentido estratégico que le reconocemos es una reconstrucción que hacemos a posteriori” (Murillo, 2001: 87).

Hacia finales del SXIX y comienzos del XX tienen lugar dos desdoblamientos internos al manicomio. Uno, que toma como punto de partida las condiciones de hacinamiento y ociosidad característicos del asilo de la ciudad, se resume en el proyecto liderado por el sanitarista y médico psiquiatra Domingo Cabred de incorporación del sistema *Open Door* en Argentina, puesto en marcha en 1899 con la colocación de la piedra fundacional de la primera Colonia Nacional de Alienados que hoy lleva su nombre, en la provincia de Buenos Aires. Cabred dedicó los años subsiguiente a la creación de estos “manicomios abiertos”, ubicados en zonas rurales, con una fisonomía característica: se trataba de espacios de grandes extensiones, en los que la combinación entre las labores en talleres y huertas desarrollados como terapia y la *ilusión de libertad*¹² que recreaban sus jardines sin muros cercanos, propendían nuevos horizontes más humanísticos y más productivos para los “desventurados”, sobre todo los considerados incurables. Por eso frente a los talleres podían leerse carteles que rezaban el lema: “Libertad y trabajo” (Iacoponi, 1999). El otro desdoblamiento, de la mano de la creación de las

¹¹ Esta polémica podría inscribirse en las modalidades de recepción de las premisas foucaultianas sobre el análisis del control social, y de la locura en particular, tal como señala el estudio sobre los usos de Foucault en Argentina realizado por Mariana Canavese (2015). La autora destaca el trabajo historiográfico de investigadores “atentos al archivo” que buscan dar cuenta de las políticas de control social y las características de los espacios de encierro pero también ponen el foco en la agencia y resistencia de actores así como en una mirada que matice la evaluación de la puesta en práctica de los proyectos de control social. Respecto de los procesos de medicalización, bien vale sumar al trabajo ya mencionado de Valeria Pita las investigaciones de Diego Armus (2002 y 2005) sobre la tuberculosis en la Argentina y sus “protagonistas plebeyos”, así como las compiladas por Di Liscia y Bohoslavsky (2005).

¹² La “ilusión de libertad” es una categoría que acuña el mismo Cabred, mencionada en su discurso al inaugurarse la obra de la Colonia de Alienados de Oliva, provincia de Córdoba, el 10 de diciembre de 1908: “No habrá muros de circunvalación que corten el horizonte, ni nada que despierte la idea de encierro, y así la *ilusión de libertad será perfecta*” (citado en Ceballos, 2011: 21. El destacado es mío).

colonias también, es la distinción entre enfermos agudos y crónicos, para concentrar en los primeros los esfuerzos de observación y tratamiento con fines de rehabilitación (Murillo, 2001; Dellacasa, 2000).¹³

En los 50 años que transcurren entre la obra de Domingo Cabred que sentó las bases (Stagnaro, 2009), y la de Ramón Carrillo, Ministro de Salud del primer peronismo que las consolidó, se sitúa el período de desarrollo de la infraestructura y la institucionalización del sistema de salud y de la psiquiatría asilar de la Argentina, con la creación de hospitales, generales y monovalentes, así como asilos-colonias e instituciones especializadas. Queda así delineado el objeto y el espacio –los espacios- de gobierno de la locura.

4. Salud mental y comunidad.

Sin intenciones de realizar un relato-secuencia de sucesos, interesa destacar una serie de acontecimientos que tienen lugar a mediados del siglo XX, fundamentalmente en el contexto de posguerra, a partir de los cuales comenzarán a tener lugar ciertos desplazamientos y transformaciones del objeto de gobierno y del espacio de gobierno de la locura: el proceso de reformas de la psiquiatría y sus instituciones. Una serie de razones convergen en el escenario particular de final de la segunda guerra mundial, entre ellas, el hecho de que los países de Europa quedaron devastados y sus sistemas de salud destruidos, así como la presencia de importantes porciones de la población con necesidad de atención psiquiátrica como parte de las consecuencias traumáticas de la guerra. Además, se hizo evidente la horrorosa pero indiscutible similitud de los campos de concentración y exterminio nazi con los manicomios. Todo ello favoreció cierto clima de reacción humanista, así como la proliferación de nuevos gobiernos democráticos más proclives y abiertos a pensar reformas progresivas en el campo de la psiquiatría (Amarante, 2006 Galende, 1983 y 1992).

Las prácticas de atención psiquiátrica comenzaron a ser cuestionadas en su cientificidad, y el manicomio como espacio de reclusión de los enfermos fue el principal blanco de críticas y denuncias. Siguiendo a Amarante (2006) las diferentes experiencias que se propusieron reformas al modelo manicomial psiquiátrico consolidado hasta entonces pueden reunirse en “dos grupos + 1”.

¹³ Ambos elementos señalados son importantes para comprender el nacimiento y “misión” con que fue creado el Hospital Agudo Ávila en la ciudad de Rosario veinte años después, cuestión sobre la que me detengo en el capítulo 4.

El primer grupo lleva el sello de la crítica a la estructura asilar, no en su esencia sino en su funcionamiento: buscarán “humanizar” el manicomio. Como dice el autor, este primer grupo de experiencias reformistas se sostienen en la creencia de que el manicomio es una institución de cura y la tarea es rescatar este carácter positivo a través de una reforma en su funcionamiento y organización interna. El autor reunirá allí experiencias como las de las comunidades terapéuticas de Inglaterra y EUA y la psicoterapia institucional francesa.

El segundo grupo se orientó más bien a un trabajo que, obviando el manicomio, se propuso expandir el terreno de la práctica psiquiátrica al espacio público, al contexto comunitario y a los efectores de salud general, tal como se plasman en la Psiquiatría de sector en Francia, o la Preventiva en los EUA de la administración Kennedy. Más allá de las distinciones que pueden establecerse entre los dos grupos, ambos tienen en común proponerse una reforma al modelo psiquiátrico existente hasta entonces con el objetivo de que la psiquiatría pueda cumplir su objetivo, pero no la cuestionan como saber y cómo práctica.

En cambio, hubo experiencias que sí buscaron una ruptura de esos principios. Este “grupo +1” que propone Amarante reúne las experiencias de la Antipsiquiatría de Ronald Laing y David Cooper en Inglaterra, así como la experiencia de Psiquiatría Democrática italiana que tuvo en la figura de Franco Basaglia a un exponente con fuerte influencia en los procesos de reforma en las décadas del 70 y 80. Ambas experiencias hicieron aportes sustantivos para pensar los dilemas y desafíos que plantea la tarea de desinstitutionalización en el abordaje de los padecimientos subjetivos, abarcando en su praxis crítica una reivindicación de transformación radical de las tres patas de la “síntesis alienista” señalada por Robert Castel (2009): una institución, un saber, y un tipo de relación de poder sobre la que se sostiene todo un sistema de abordaje del sufrimiento subjetivo.

Estas corrientes críticas denunciaron la incapacidad de la psiquiatría para explicar el origen orgánico de los padecimientos, y defendieron la necesidad de comprender el carácter también social de las enfermedades mentales. Por ello estudios como los que Foucault, Castel o Erving Goffman desarrollaron de manera contemporánea a estas experiencias dialogan tan bien con sus intereses o propósitos, en la medida en que aportaron elementos para una crítica social de la medicina mental desarrollada hasta entonces.

En concreto, tuvieron lugar una serie de transformaciones y reestructuraciones del sistema psiquiátrico tradicional en países de Europa Central y los Estados Unidos, que experimentaron un proceso de democratización de saberes con la incorporación de nuevas disciplinas a los dispositivos de atención y la correlativa inclusión de aspectos sociales en la

concepción del problema y de los tratamientos, la priorización de la atención ambulatoria, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, entre otros. En estas experiencias se ubica la génesis del concepto salud mental que, aun careciendo de sentido unívoco (AAVV, 2012), progresivamente irá dando forma a un nuevo objeto de gobierno, y con ella también al espacio de gobierno, teniendo lugar un desplazamiento de la centralidad del hospital entendido como institución disciplinar hacia intervenciones sociales con mayor capacidad de extensión (Carrasco, 2015).

Desde la perspectiva de la gubernamentalidad, estos procesos de transformación se leen a la luz de la emergencia o “desbloqueo” (Foucault, 2007a; Murillo, 2011) de nuevas estrategias gubernamentales propias del neoliberalismo o “liberalismo avanzado” que comienzan a experimentarse con la crisis del welfarismo (Foucault, 2012b; Rose, 2007). Como refinamiento del arte de gobernar liberal, el neoliberalismo propone un tipo de intervención que se da al nivel de la vida ya no sólo en su dimensión biológica, sino que amplifica la mirada sobre lo que es posible, deseable y necesario gobernar.¹⁴ Cada sujeto o grupo es objeto de una interpelación, de una significación ya no elaborada o analizable sola y únicamente desde la lógica normalizadora, y en tal sentido es posible afirmar que la gubernamentalidad neoliberal, complejiza, *refina* el dispositivo propiamente disciplinar. En su *Posdata sobre las sociedades de control*, Deleuze anuncia que se estaba “en el principio de algo” en la medida en que las sociedades disciplinarias descritas por Foucault daban muestra de comenzar a sufrir una crisis, abriéndose el paso “del moldeado a la modulación” como el objetivo último de gobierno de individuos y poblaciones. (Deleuze, 1991; Rodríguez, 2008).

Como señala Rodríguez en su lectura de Deleuze, la idea misma de “reforma” se presenta como uno de los tópicos centrales ante la crisis de las sociedades disciplinarias. El lugar que se le asigne a las instituciones psiquiátricas en este nuevo esquema sufrirá modificaciones. En consonancia con ello, estudiosos de la gubernamentalidad advertirán que para los años 80 tiene lugar una deslegitimación de “la sociedad” o “lo social” como objeto y

¹⁴ Esta constatación permite advertir un ruido y a la vez un lazo en la forma en que el asunto de la biopolítica entra en contacto con el asunto de las racionalidades políticas o la gubernamentalidad en los trabajos de Michel Foucault (García Romanutti, 2014; Giavedoni, 2010; Nosetto, 2011). En su reflexión sobre los mecanismos de regulación de la vida, sus procedimientos, alcances, técnicas y prácticas, Foucault advertirá que éstos no refieren estricta ni únicamente y superan en parte a la especie humana en su constitución y naturaleza biológica. En el estudio de las racionalidades políticas que operan, ampliará el estudio de los fenómenos que tienen lugar a través del concepto de gobierno y del análisis de las técnicas regulatorias del hombre-especie. La biopolítica opera como una prolongación crítica, sujeta a conflictos, de la pareja disciplina-control, conduciéndola a una reflexión sobre los modos de gobernar (Revel, 2014). El estudio de la gubernamentalidad, a su vez, prolonga el alcance de la categoría de biopolítica, amplificando la mirada sobre los dispositivos de gobierno que se despliegan, en tanto constituye el “marco de racionalidad al interior del cual la biopolítica es posible” (Nosetto, 2011: 124)

espacio a través del cual se ejerce el gobierno y a cambio, emergen racionalidades y técnicas que buscan gobernar erigiendo un nuevo espacio, el de la comunidad (Rose, 2007; Valverde y Levi, 2006), en el que los individuos cobran otro rol al volverse activos en su propio gobierno. Tal referencia es importante para el estudio de las transformaciones que tienen lugar en el campo de la salud mental.

Para, otra vez, remitirnos al caso histórico argentino, en primer lugar hay que señalar que en nuestro país es posible distinguir dos olas de reforma psiquiátrica que dialogan con las tendencias ocurridas en Occidente, una primera que comenzó hacia mediados de los años 50 y durante los 60, caracterizada por la ambivalencia entre gobiernos con tinte tecnocrata modernizador y un movimiento político militante en crecimiento que incluyó al campo de la salud mental y sus trabajadores (del Cueto, 2014), y una segunda en los 80 con la recuperación democrática y las promesas de transformación pronto diluidas que abrió el período posdictadura (Alberdi, 2003).

En cuanto a la primera ola, interrumpido el gobierno peronista en 1955 tuvieron lugar una serie de hitos que pueden resumirse en: la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957, la apertura de la carrera de Psicología, primero en la Universidad Nacional de Rosario en 1954 y luego en la UBA en 1957, y la institucionalización de los primeros servicios de psicopatología en los hospitales generales, entre los cuales destaca el dirigido por Mauricio Goldenberg en el Hospital Evita de la localidad bonaerense de Lanús (Alberdi, 2003; Faraone, 2012; Plotkin, 2003, Vezzetti, 1995; Visacovsky, 2002).¹⁵

Ya desde los años 60 “lo comunitario” emergió como cualidad deseable de las intervenciones en salud mental. El “desarrollo de la comunidad” fue la premisa de modernización que encaró el gobierno dictatorial de Juan Carlos Onganía en 1966, que encontró fuerte eco en las corrientes sanitarias de aquellos años. Se nutría por un lado del direccionamiento que le imprimía a las políticas de salud la Alianza para el Progreso de Kennedy, y por otro, del principio de subsidiariedad del Estado defendido por Juan XXIII en

¹⁵ El Lanús es tomado como la primera ruptura manicomial en Argentina al presentar una propuesta cuyo punto de anclaje era la atención en el hospital general, a través de un Servicio que además de contar con una sala de internaciones que poco se asemejaba a un pabellón de camas de internación de hospital monovalente, tenía consultorios externos para propiciar la atención ambulatoria, un departamento de interconsultas, que en la articulación con el resto de las alas o servicios del mismo hospital difuminaba las fronteras entre psiquiatría y el resto de la medicina general, un departamento de psiquiatría social que llevó a afincar tareas fuera del hospital y en el seno de la comunidad, y una residencia interdisciplinaria que reorientó la formación que ligaba de manera directa la Dirección de los Manicomios con los titulares de las Cátedras de Psiquiatría desde fines del siglo XIX, y volvió al Servicio un verdadero centro educativo de enorme envergadura por el que pasaron centenares de profesionales, lo que funcionó como la vía de expansión de las ideas fuerza de dicha experiencia. Para un estudio detallado sobre esta experiencia, ver Visacovsky, 2002.

su encíclica *Pacem in Terram* (Belmartino, 2005), y ya presente en documentos anteriores en los que se plasmó la doctrina social de la Iglesia Católica (Murillo, 2011).

En 1968 fue aprobada la Ley Nacional 17.102 de “Constitución de los Servicios de atención médica integral para la comunidad”, cuyo objeto fue la creación de nuevas entidades de salud bajo la denominación genérica de “hospital de comunidad” en el territorio nacional.¹⁶

La ley fue reflejo de una idea de comunidad “operada desde arriba” (de Marinis, 2011) como la estrategia construida a partir de las pretensiones eficientistas propias de la racionalidad modernizadora de esos años. Sostenida en el discurso de la participación de los individuos pertenecientes a una comunidad y dando por sentada la naturaleza benevolente de lo comunitario, justificaba el principio de la responsabilización de la comunidad por la satisfacción de sus necesidades. Esa estrategia sirvió en el campo de la salud para privilegiar una tendencia al fortalecimiento del sistema de obras sociales en su alianza con el subsector privado, sobre el cual se empezaron a volcar cada vez más servicios, transfiriendo una cantidad de fondos que desde entonces no paró su tendencia al alza.

Pero, por otro lado, la desuniversalización en las acciones que se encuadraron en el marco de esa perspectiva comunitaria produjo sus efectos por abajo. La idea de comunidad “invocada desde abajo” (de Marinis, *ibídem*) empalmó, en un momento de fuerte radicalización política y de fortalecimiento de las organizaciones políticas en Argentina, con el objetivo de organizar al pueblo en la lucha por la transformación del modelo económico social vigente. La comunidad operó allí como base del sujeto popular movilizado.

Por ello puede afirmarse que la idea de comunidad que fue operada desde arriba sirvió paradójicamente de paraguas para que fueran posibles experiencias políticas novedosas.¹⁷ Eso explica, en parte, las condiciones de posibilidad de prácticas alternativas en salud mental que incluyeron lo comunitario en su propuesta: en el Hospital Roballos de Paraná –hoy Hospital Escuela de Salud Mental-, en la Colonia de Federal, en el Hospital Estévez de Lomas de Zamora, en Vicente López, en Lanús con Goldenberg (del Cueto, 2014), o incluso el intento de comunidad terapéutica en el Agudo Ávila de Rosario durante los años 60 (Sialle, 2012).

¹⁶ Mientras tanto, en territorio santafesino un año antes y a propuesta del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se aprobó la Ley Provincial 6312/67 de creación de los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad, bien conocidos al día de hoy por su sigla SAMCO. Estos entes provinciales tenían a cargo la tarea de la prestación de servicios de salud, fundamentalmente orientados hacia la población “económicamente desfavorecida” (art. 3), y con la particularidad de proponerse dar “a la comunidad beneficiaria la oportunidad de participar en forma activa en la concreción de esos propósitos con su aporte e intervención directa” (art. 2).

¹⁷ Por lo demás, sólo queda señalar, en perspectiva foucaultiana, el carácter de polivalencia táctica que caracteriza todo discurso (Foucault, 2012a).

Expresiones diversas que, en el marco de gobiernos militares o democráticos débiles franquearon las fronteras del Hospital, y se constituyeron en experiencias de radicalización política, impulsoras de debates y prácticas de trabajo en salud mental verdaderamente innovadoras (Alberdi, 2003; Faraone, 2012).

La Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), cuyo lema fue “Salud para todos en el año 2000”, marca el momento en el que la atención en salud se centra en la comunidad y en la participación comunitaria como estrategia central para lograr el acceso universal a la Atención Primaria de Salud-APS (Bang, 2012). Es cierto que ambos conceptos no son homogéneos y deben ser pensados en su contexto de producción; aquí no se profundizará en ello, pero sí basta para afirmar que evocar lo comunitario y la participación comunitaria desde entonces contribuye con fuerza a la legitimación de las políticas de salud/salud mental en la medida en que se presenta como el polo antagónico de la lógica manicomial, y piensa a los individuos participando activamente en los procesos de producción de salud (Ardila Gómez y Galende, 2011). A su vez, aunque a primera vista pudiera parecer paradójico, los cambios que se introducen en clave comunitaria, territorial, participativa, se vuelven deseables y posibles aún en contextos políticos regresivos o antidemocráticos en la medida en que sus premisas son coherentes con la lógica neoliberal de gobierno (Carrasco, 2015).

El énfasis en lo comunitario es importante también en el período de reformas que se reabre con la vuelta de la democracia en los 80. Allí se renovaron las posibilidades de retomar la lucha antimanicomial con la recuperación de las instituciones, adoptando algunas ideas propias del bienestarismo como la universalidad de los derechos básicos¹⁸, pero en un contexto de desarticulación y desregulación del sector salud que en adelante sólo se profundizó.

La búsqueda del gobierno democrático de consolidación de un nuevo paradigma de atención con eje en la comunidad tiene en la experiencia reformista de la provincia de Río Negro una ventana privilegiada de aproximación a la transformación del objeto de gobierno que llamamos locura para ese período. En el año 1988 Río Negro logró el cierre del único manicomio público provincial en la localidad de Allen, y tres años después en 1991 la sanción de una ley provincial de promoción del derecho a la salud mental y de desmantelamiento del sistema manicomial, que promovía: la reasignación de recursos a servicios arraigados en el territorio, la atención ambulatoria, el reconocimiento y jerarquización de los propios recursos comunitarios para la construcción de salud (Cohen, 1994; Cohen y Natella, 2013). En otros

¹⁸ Así el lema de la campaña electoral de Raúl Alfonsín “*con la democracia se cura, se come, se educa*”.

lugares del país como San Luis, Córdoba y Santa Fe¹⁹ tuvieron lugar procesos de externación de los monovalentes públicos, y los trabajadores del campo de la salud mental reconocían en aquellas experiencias la herencia basagliana así como las propias de la ola reformista anterior.

Otra vez, la ambivalencia y el carácter controversial de las ideas fuerza que motivaron esas reformas quedó al desnudo en la medida en que, como contracara, alimentaron también discursos que empalmaron a la perfección con la racionalidad neoliberal en salud. Tuvieron lugar allí procesos de desinstitucionalización que fueron, antes que proyectos político-asistenciales transformadores, productos del desmembramiento del sector público de la salud (Faraone, 2007; Stolkiner, 2000), y de discursos tecnocráticos que pregonaban la abolición del manicomio más por caro e ineficiente que por inhumano o iatrogénico (Stolkiner, 1994).

En correspondencia con la fórmula neoliberal de apelar a una “nueva economía analítica” para definir qué gobernar y de qué manera, la crítica al gasto social referido a salud y la atención del padecimiento mental -institucionalizada y a cargo del Estado- en el welfarismo conllevó un reacomodamiento y nuevas problematizaciones. En el marco de la reproducción y expansión de la forma empresa, propia de la racionalidad neoliberal (Foucault, 2012b), se pueden ver dos tendencias correlativas, y que en la Argentina cristalizaron con mucha contundencia desde el desbloqueo de este proyecto político iniciado con el gobierno dictatorial de 1976 y consolidado en la década del 90.

Por un lado, el desfinanciamiento público de la salud, con sus efectos particularmente perversos. Si desde los inicios del estado nación argentino hay un enlace sólido entre la política sanitaria y la política asistencial (Campana, 2010), de la misma manera ahora, los ritmos de la reconfiguración de la política social en el neoliberalismo –la focalización como una de sus tecnologías predilectas- se ven claramente reflejados en salud. El Modelo de Seguros Parciales en Salud de los años 90, por ejemplo, se asienta sobre una población específica que tenía en adelante la obligación de demostrar que cumplía con los requisitos para ser beneficiaria. La descentralización sanitaria y la potestad entregada a las instituciones públicas de salud para auto-proveerse líneas de financiamiento²⁰ permitió el avance paulatino de la privatización de los servicios públicos, llevando la mercantilización a sus puntos más profundos, en tanto transformó el funcionamiento pero aún más la razón de ser del hospital público (Faraone, 2007).

¹⁹ Sobre la provincia de Santa Fe se profundiza en el capítulo 4 por tratarse del caso analizado.

²⁰ Ello fue así con la creación de la figura del Hospital Público de Autogestión, Decreto 578 del año 1993, redactado bajo la Dirección del Banco Mundial (Faraone, 2007). Tal como indica la autora, la reforma de salud del subsector público estatal se dio a través de decretos presidenciales, sin debate legislativo.

Paralelamente, la estratificación de usuarios según capacidad adquisitiva, el reemplazo del principio de solidaridad por el de autoprovisión individual (Stolkiner, 2000) fueron las muestras del efecto correlativo del desfinanciamiento: el ritmo acelerado de mercantilización de la salud de la mano de la dinámica de individuación que el neoliberalismo promueve, y que la convierte en un negocio francamente millonario; es el mercado médico biopolítico. La salud y la enfermedad ingresaron así al juego del mercado, con sus agentes de producción y de consumo (Castro Orellana, 2009).

Se pone de manifiesto entonces un proceso de alcance global, en el que es posible identificar las transformaciones del objeto, el espacio y los saberes sobre los que se apoya el gobierno de la locura hacia el final del siglo XX y los comienzos del XXI. Profundizo sus características en el siguiente apartado.

5. Medicalización, biomedicalización y políticas de la vida.

Promediando el siglo XX entonces, las dinámicas que se suscitan en torno a la medicalización se ven modificadas y motorizadas alrededor de un nuevo cálculo estratégico, cuya diferencia capital está dada por la imbricación entre dos procesos: el de medicalización y el de mercantilización de la vida cotidiana (Conrad, 2007; Stolkiner, 2012a y 2013). Las tecnologías y ciencias cada vez más importantes y las nuevas configuraciones sociales son co-producidas dentro de la biomedicina y sus dominios. Las tecnologías ocupan un lugar clave en los estudios críticos sobre los alcances de este proceso (Bianchi y Rodríguez Zoya, 2019), que se nutren de los estudios foucaultianos que identifican la tendencia expansiva del dominio de lo médico desde el siglo XVIII (Foucault, 2014b, 2008a), aunque reconocen los desplazamientos y reconfiguraciones actuales.

Conforme se registran avances sustantivos -fundamentalmente tecnocientíficos- en las prácticas biomédicas actuales, emerge el concepto de *biomedicalización*, para figurar un desplazamiento al interior de estos procesos, orientados ahora a la transformación radical de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado y de los cuerpos (Clarke *et al.*, 2010; Iriart e Iglesias Ríos, 2012, Iriart, 2018).²¹

²¹ Como bien señala Bianchi, es necesario reparar en que “medicalización y biomedicalización no se reemplazan; son procesos que coexisten temporal y espacialmente” (2014: 241). La extensión del dominio médico y la mercantilización de la salud como pilares de la medicalización continúan y se profundizan en la biomedicalización. En su estudio sobre el asunto, Iriart (2018) sostiene que la biomedicalización abarca el concepto de medicalización, pero lo radicaliza en tanto hace de la población, y ya no de los profesionales de la salud, sus principales agentes.

En consonancia con la idea del ensamble, es útil reponer los elementos en los que Clarke y otras resumen la biomedicalización como proceso contemporáneo de ampliación de la jurisdicción del saber, el discurso y la práctica médica sobre la vida. Son cinco: uno, una nueva economía biopolítica de la medicina, la salud, la enfermedad, el vivir y morir, que adopta un carácter primordialmente corporativo y privatizado de todo aquello que hace posible el avance tecnocientífico. Dos, un nuevo e intenso foco en la salud, en la optimización, y en la elaboración del riesgo y la vigilancia como puntos importantes. Esto quiere decir que la salud deviene obligación moral, y más que el objetivo de la cura, lo que se impone es la responsabilidad de mantenerse sano, o bien de manejar apropiadamente una enfermedad crónica. Tres, la tecnocientificación de las prácticas biomédicas, donde la ciencia y la tecnología son claves. Ello se advierte sobre todo en tres áreas fundamentales: informatización y bancos de datos; molecularización, genetización y diseño de medicamentos; diseño, desarrollo y distribución de la tecnología médica. Cuatro, las transformaciones en la producción del conocimiento biomédico, así como el manejo de la información, distribución y consumo del mismo. Y cinco, las transformaciones en el cuerpo y la producción de subjetividades –a nivel de los individuos y de las poblaciones- (Clarke et. al., 2010).

Similares elementos, aunque con otros énfasis y propósitos, se sintetizan en el estudio de Nikolas Rose sobre *Políticas de la vida* (2012), donde señala una forma de vida emergente. Como ya se dijo, si bien desde el siglo XVIII el gobierno toma como foco de su política la vida de quienes son gobernados, en el siglo XXI ello se expresa de distinto modo.

La política vital de nuestro siglo es muy diferente: no se encuentra delimitada por los polos de la salud y la enfermedad, ni se centra en eliminar patologías para proteger el destino de la nación. Antes bien, se ocupa de nuestra capacidad, cada día mayor, de controlar, administrar, modificar, redefinir y modular las propias capacidades vitales de los seres humanos en cuanto criaturas vivas. Es una política de «la vida en sí» (Rose, 2012: 25).²²

Siguiendo el argumento, Rose propone resumir esta tendencia en cinco procesos que ayudan a medir el impacto de las transformaciones en la biopolítica de nuestro tiempo: uno, la

²² En consonancia con la idea de que las intervenciones ya no se ordenan a partir de los polos salud-enfermedad sino en clave de optimización de la vida en función de lograr el mejor futuro posible, Vincenzo Pavone llama la atención sobre la afirmación progresiva de un “derecho a estar sano” más que de un “derecho a la salud”, a partir del cual se reclama el acceso a productos y servicios de ingeniería genética como modo de liberarse de potenciales riesgos o padecimientos, en una tendencia a la búsqueda de un estado óptimo o de salud perfecta, libre de cualquier tipo de sufrimiento (Pavone, 2007). En un lenguaje que por momentos roza la ironía y toma el humor como recurso, Lucien Sfez lleva adelante una crítica de la utopía de la salud perfecta, a la que no duda en llamar “*el asunto del Siglo XXI*” (Sfez, 2008).

molecularización, es decir, el desarrollo de la vida en su nivel molecular que da lugar a nuevas técnicas de conducción de las conductas. Dos, la optimización como proceso directamente vinculado al desarrollo de un complejo biotecnológico capaz de alterar el supuesto “curso natural” de los procesos vitales. En ese sentido impulsan, para el autor, nuevas vías de “esperanza” para conducir la vida hacia patrones que hagan a su máxima optimización. Tres, la subjetivación, que alude al moldeamiento de una nueva ciudadanía biológica. Según Rose, emerge un nuevo yo neuroquímico capaz de anticiparse en sus procesos vitales, portador de un nuevo *ethos* de la esperanza y la expectativa. Cuatro, el conocimiento somático especializado, esto es, un discurso de saber, y su correspondiente coro de voces autorizadas. Parafraseando a Foucault, Rose hipotetiza sobre la existencia de una nueva *pastoral del soma*, que no se limita a los médicos, genetistas o neurobiólogos, sino que se expande a organizaciones que operan alrededor de las industrias de la vida, consejeros, “coachs”, y otros agentes portadores de la nueva ethopolítica. Y cinco, el desarrollo de economías de vitalidad o bioeconomías, verdaderos circuitos de compra-venta de vida, con nichos propios en el mercado y propias reglas de funcionamiento. En conjunto, profundizan, cerrando un círculo de mercantilización extrema, el carácter gobernable de lo vital (Rose, *óp. cit*).

Al reparar en las condiciones en que toman lugar los procesos de medicalización/biomedicalización de las sociedades actuales, se ve con claridad que las tecnologías biomédicas emergen como elemento destacado a la hora de pensar en la estructuración de la vida social y la producción de subjetividad en la contemporaneidad. El despliegue de estas tecnologías es posible en un entramado tejido en los últimos 50 años, caracterizados por la expansión de dispositivos comunitarios operados desde arriba –esto es, acoplados a la lógica neoliberal de gobierno-. Es fundamental analizar a los hospitales como parte integrante de este ensamble, en la medida en que son instituciones donde estas nuevas tecnologías toman lugar, acoplándose, relevando, complementando, confrontándose con otras.

Los estudios reseñados hasta aquí comparten la constatación de que los problemas que aparecen en el radio de las tecnologías biomédicas actuales gravitan con importancia particular en el campo de la salud mental. Señalan que una gran parte de los síntomas hoy biomedicalizados ya formaban parte de los manuales diagnósticos de psiquiatría (depresión, ansiedad, Trastorno de Déficit de Atención con o sin Hiperactividad- TDA/H) (Iriart, 2018), así como el hecho de que las tecnologías biomédicas ganan terreno en la definición de los padecimientos mentales de la mano de los avances neurocientíficos que permiten un acceso al cerebro que antes no existía (Bianchi 2014). Las neurociencias se erigen como el discurso que

vuelve posible detectar probables enfermedades, ya sea físicas o “morales”, que es necesario curar o abordar preventivamente (Murillo, 2018). En el contexto de esta “onda expansiva” de las tecnociencias en salud mental cabe preguntarse qué lugar ocupa el hospital psiquiátrico.

6. Tecnología asilar en el gobierno de la locura. Relleno estratégico e intervenciones estratificadas.

Foucault comienza su clase inaugural de *El poder psiquiátrico* describiendo al asilo de alienados como

Un castillo (...) donde reina el orden, reina la ley, reina el poder. Dentro de ese decorado (...) impera ante todo y simplemente un orden, en el sencillo sentido de *una regulación perpetua y permanente* de los tiempos, las actividades, los gestos; un orden que rodea los cuerpos, los penetra, los trabaja, que se aplica a su superficie, pero también se imprime hasta en los nervios y en lo que otro llamaba “fibras blandas del cerebro” (Foucault, 2007b: 16. El destacado es mío).

Esta institución, que nace hacia fines del siglo XVIII en la diferenciación que sucede al “gran encierro” (Foucault, 2010a), y que se consolida a lo largo del siglo XIX, se erige como dispositivo disciplinario que permite la disposición de los cuerpos y las mentes de un modo tal en que la cura sea posible: captura permanente y global del cuerpo del individuo. En este asilo, representado arquitectónicamente en el panóptico de Bentham, fórmula política y técnica del poder disciplinario, se cura justamente porque ese poder es posible, y no a la inversa: “*régimen de aislamiento y regularidad, uso del tiempo, sistema de carencias medidas, obligación de trabajar, etc.*” (Foucault: 2007b: 199).

Esa “maquinaria de regulación perpetua” en la actualidad ya no es tal, y pareciera más bien tomar la forma de la prescindencia. Es que, como bien señala el mismo Foucault, en su carácter histórico, los dispositivos, los ensambles, nacen para responder a una urgencia, pero en consideración de su composición heterogénea y en las modulaciones que tienen lugar para poder orientarse a los fines estratégicos que le son encomendados, se modifican (1991a, 2014a). El estudio del cómo de los dispositivos, de sus condiciones de posibilidad, permite captar ese movimiento. Por ello resultan de utilidad las nociones de sobredeterminación funcional y relleno estratégico, que el autor trabaja ligadas al concepto de dispositivo (Foucault, 1991a).

Al respecto, señala que los dispositivos en tanto compuestos por elementos heterogéneos, presentan una modalidad de funcionamiento a la manera de un juego, con

cambios de posición y modificaciones en sus funciones. Una vez constituidos, se sostienen en la medida en que tenga lugar un doble proceso: uno, de *sobredeterminación funcional*, puesto que cada efecto que ocurre entra en resonancia o contradicción con otros, y eso requiere la revisión o ajuste de los elementos heterogéneos. Dos, un proceso de continuo *relleno estratégico*, en la medida en que, ante la ocurrencia de efectos inesperados, imprevistos, que modifican la estrategia originalmente planteada –la urgencia a la que el dispositivo vino a responder–, se reutiliza en una nueva clave y de la mano de una nueva estrategia (Foucault, 1991a; Castro, 2018). En tal sentido entonces, si bien las tecnologías de gobierno “vehiculizan racionalidades particulares y son creadas teniendo propósitos específicos en mente, no responden a una lógica unívoca: están sujetas a un permanente trabajo de re-funcionalización, son “rellenadas estratégicamente” en función de las contingencias, las demandas tácticas, el replanteamiento estratégico, las luchas, en fin, la historia.

En tal sentido, el desplazamiento que tiene lugar entre la atención a la enfermedad mental en el hospital psiquiátrico y la promoción de la salud mental en la comunidad modifica el sentido estratégico del hospital; éste es relleno estratégicamente.

Las tecnologías neurocientíficas, las intervenciones medicamentosas, las orientadas al control del riesgo asociado a los padecimientos mentales articulan un núcleo de gobierno a distancia correlato de la racionalidad política propia del neoliberalismo, que echa mano a tecnologías más bien *blandas* (Castel, 2009; Murillo, 2014). La internación en instituciones monovalentes a veces es requerida, y otras no. El hospital psiquiátrico es un polo necesario de la ecuación, estratégico en el planteamiento general del gobierno de la locura, y orientado a porciones específicas de la población. Fundamentalmente, se trata de sectores en riesgo alto, empobrecidos, y que se expresan en las problemáticas típicas del monovalente –los pacientes crónicos–, o que, por las propias transformaciones sociales que también modifican los modos del sufrir, se expresan en padecimientos no tenidos por “convencionales” o directamente por ajenos al campo de la salud mental –los consumos problemáticos–, que cambian además la dinámica de funcionamiento de la internación –de la cronicidad al “revolving door”–, o por los cruces que se establecen con el campo del delito –que no son nuevos, pero adquieren nuevas formas de expresarse y de contener nuevos dilemas en torno a la responsabilidad de los propios actos ante la ley–. A lo largo de los capítulos 4, 5, 6 y 7 se abordan estos temas ordenados en función de una caracterización de las prácticas particulares que tienen lugar en el estudio empírico realizado, orientado a describir las prácticas que se despliegan en el hospital y que dan cuenta de su sentido estratégico en el gobierno de la locura hoy.

Propongo esta aproximación a partir del concepto de ensamblaje como el conjunto de distintos elementos que convergen para hacer posible la administración de un asunto, de un problema. Analizar el ensamblaje supone hacer lugar a prácticas de gobierno particulares y heterogéneas que hay que poder reunir. La posibilidad del estudio de esa particularidad que se recorta en un espacio, en una geografía determinada dialoga con el trabajo etnográfico realizado en la medida en que lo que justamente habilita la etnografía es una descripción, interpretación y reflexión sobre contextos geográficos y temporales particulares para el estudio de las prácticas (Brady, 2016).

Lo que queda de manifiesto es la multiplicación de diferentes modos de gobierno de las poblaciones, ya sea que adquieran el carácter de estrategias duales o de doble velocidad (Castel, 1984 y 1986), bifurcaciones (de Marinis, 1998), estratificaciones o nuevos modos de configuración de las prácticas divisorias (Rose, 2007). Como ya se dijo, la medicina refuerza así su capacidad de arbitrar, sacralización científica mediante, entre el principio soberano del derecho, la mecánica correctiva de la disciplina y la regulación propiamente biopolítica (Foucault, 2006).

Como expresa Nikolas Rose, “en tanto la civilidad es comprendida como la afiliación por consumo, las prácticas divisorias son reconfiguradas para problematizar a ciertas personas “abyectas”, sectores y localidades para la atención correctiva específica: los *infraclass*, los excluidos, los marginales (Rose, 2007: 135); -agregamos aquí- los locos. En consonancia, Bianchi señala que “la tecnocientifización de las intervenciones se extiende, pero mientras algunos manifiestan una intervención biomédica excesiva en sus vidas, otros son privados de cuidados básicos. Entre estas dos realidades, se delinean múltiples vinculaciones de los individuos y las poblaciones con las tecnologías biomédicas” (2014: 243); el hospital entre ellas.

El hospital psiquiátrico por su parte también experimenta en su interior intervenciones heterogéneas, posibles de leerse desde la mecánica soberana, disciplinaria y de regulación. El estudio sobre la gestión de la vida de las personas internadas en estas instituciones requiere reconocer esos modos no homogéneos, así como la existencia de polos, de puntos intermedios o niveles en los cuales se juegan tendencias que oscilan entre el disciplinamiento, la cooptación, el control, la violencia, la inclusión, la exclusión, el cuidado o la prescindencia, dependiendo los contextos y las particularidades de las poblaciones de las que se trata.

Habiendo situado el internamiento asilar como tecnología de gobierno, me interesa desde aquí puntualizar otros dos componentes más para el estudio del gobierno de la locura en el hospital psiquiátrico: sus autoridades, y los procesos de subjetivación que le son correlativos.

7. Un coro de voces autorizadas.

El conocimiento en torno a la locura se encarna en una serie de agentes que, en tanto autoridades del gobierno en esta cuestión (Rose y Miller, 2010; Dean, 2013), portan la capacidad de resolver y definir qué es “lo verdadero” en torno a la locura. Una mentalidad de gobierno construida alrededor del núcleo normal-patológico encuentra en una serie de discursos y saberes la fuente de la cual se nutren las prácticas relativas a la locura: los diagnósticos, las clasificaciones, las exigencias morales, las resoluciones judiciales, las expectativas, las altas, las decisiones sobre los tratamientos, la evaluación de riesgo, la de peligrosidad, y la posibilidad o no de internación. La fuente de estos discursos y saberes no deja de ser la medicina, pero se manifiestan encarnándose en “un coro de voces autorizadas” que no se limita ya a la figura del médico mental, alienista o, simplemente, el psiquiatra.

Para hablar de esas autoridades, hace falta reconocer elementos que hacen a la profesión y las competencias profesionales, al núcleo de saberes y el recorte que se hace del objeto de intervención para estudiar cómo ese conjunto de afirmaciones con carácter de verdad sobre la locura se traman en el hospital.

En la tecnología asilar, el médico psiquiatra se constituye como epicentro y fuente de la verdad (Foucault, 2007b, 2007c, 2010a; Castel, 2009), y la prueba más clara de ello es que en la medida en que hay intentos por modificar el funcionamiento hospitalario, el punto de partida es el cuestionamiento a esa hegemonía y centralidad (Basaglia y Basaglia, 1974 y 1987; Amarante, 2006 y 2009; Galende, 1983 y 1992). Este protagonismo se acompaña de una serie de personajes aparentemente tenidos por secundarios o subordinados, pero que en la medida en que la medicalización avance, ocupan lugares centrales como relevo y ampliación del saber médico sobre los padecimientos mentales y los discursos disponibles para explicarlos, abordarlos, gobernarlos. La inclusión de otros profesionales que ha ido tomando lugar en el hospital psiquiátrico, que ha institucionalizado ya el funcionamiento de equipos interdisciplinarios que llevan adelante las intervenciones es un elemento importante en la medida en que se trata de saberes capaces de estructurar otros enunciados de verdad sobre la locura, lo que multiplica la capacidad de gobierno: se trata de saberes que proveen ideas y

técnicas para el registro, el examen, el diagnóstico, los abordajes, las decisiones entre las que se tejen las tramas de gobierno actuales en las instituciones de salud mental.

En tal sentido, resulta insoslayable estudiar a los psicólogos y psicoterapeutas como agentes del gobierno de la salud mental. Para el caso argentino, por ejemplo, existen un conjunto de estudios que investigan los aportes de las disciplinas *psi* al desarrollo del campo de la salud mental, que cobraron fuerte impulso a partir de los años 90 (Ríos et. al., 2000). Éstos dan cuenta del recibimiento particular y las traducciones locales de la psicología, las psicoterapias y el psicoanálisis desde el primer tercio del siglo XX, y su rol como catalizadoras de diferentes capítulos de reforma en el campo psiquiátrico, tanto a nivel internacional como local.

Los trabajos de Juan Carlos Stagnaro (2000) y de la revista *Temas de historia de la psiquiatría argentina*, los de Hugo Vezzetti (1995), Mariano Ben Plotkin (2003), Emiliano Galende (1992), así como las investigaciones de José Alberdi (2003) sobre reformas y contrareformas en salud mental y la de Silvia Faraone (2012) sobre procesos de desinstitucionalización en Argentina confieren aportes importantes en este sentido. Destacan, entre otras cosas, cómo el desarrollo de estas disciplinas pone en entredicho el carácter cerrado pero sobre todo la pretensión de autosuficiencia de la psiquiatría²³, y les interesa observar el modo en que su inclusión en el campo de la salud mental puede operar como una transformación en el sector, en el ensamblaje de un paradigma “sociopsiquiátrico” (Vezzetti, 1995). De la misma manera, permiten echar luz en los cruces particulares que se dan entre factores sociales, políticos, intelectuales, arrojando combinaciones que explican –al tiempo que son explicadas por- las disciplinas del campo *psi* (Plotkin, 2003).

El devenir del campo de la salud mental en Argentina es impensable sin estos elementos sobre los que se articulan las racionalidades imperantes en el abordaje de los padecimientos. En el capítulo 5 desarrollo la trama que se teje entre modos de pensar y actuar de las disciplinas *psi* puestas en juego en las tareas diagnósticas y de clasificación de las personas internadas en el hospital psiquiátrico, como componente central de una racionalidad sobre la que son posibles las prácticas.

Por otro lado, los agentes portadores de saberes sociales –trabajadores o asistentes sociales, antropólogos, comunicadores, psicopedagogos- también aportan sus especificidades. El padecimiento más como carencia y desprotección que como enfermedad forma parte hoy de

²³ La crítica es tanto al modelo de atención asilar como a los modos de entender, clasificar, diagnosticar la enfermedad mental.

los marcos explicativos de las formas del sufrir, y ello obliga también nuevos modos de gobierno.

Lo social en salud mental se ha vuelto objeto recurrente de reflexión por las formas en que se expresa la conjunción de la lógica asistencial que permea la función social del Estado y los procesos de asistencialización de la salud pública en los que se manifiestan las formas actuales del gobierno de la pobreza (Campana, 2010). En los hospitales monovalentes públicos -como el aquí estudiado-, se utiliza la expresión “casos sociales” para referirse a la situación en la que se encuentra una parte de la población que los habita: no cuentan con criterios clínicos para estar allí. Carecen de “justificaciones” terapéuticas, pero fundamentalmente carecen de todo lo demás: de una familia, un techo, un trabajo o un ingreso mínimo que les permita cubrir sus necesidades básicas.

Como refieren Busto y Mantilla (2002), en el actual contexto se asiste a una *invasión de lo social en la enfermedad mental*, y por ello es importante no perder de vista las consecuencias que ello tiene para pensar las configuraciones en el plano de las racionalidades y tecnologías gubernamentales. Siguiendo la línea de los autores, además, es interesante señalar cómo al mismo tiempo en que lo social cobra cada vez más importancia para argumentar en torno a y abordar el padecimiento subjetivo –señalando con pertinencia que lo social no se limita a dar el contexto sino que conforma el texto mismo del sufrimiento-, sigue siendo una mirada, una acción y un discurso relegado en el marco de las intervenciones posibles en salud mental (ibídem). En esa modalidad subsidiaria de otros discursos lo social, sin embargo, insiste para explicar los límites o fracasos de las intervenciones que acaban relegando esos componentes en las estrategias que se trazan. Así quedará manifiesto a la hora de analizar las prácticas institucionales en el capítulo 4 así como en la clasificación de los pacientes que se ofrece en el capítulo 5.

Asimismo resulta importante destacar la presencia de abogados como parte de los profesionales que proveen de saberes específicos a la hora de pensar las intervenciones. El lenguaje del derecho proporciona un saber al que le es correlativo una serie de prácticas recurrentes en los espacios de internamiento manicomial, en varios sentidos. Ya sea en la intervención de jueces y tribunales a la hora de dictaminar y luego monitorear internaciones involuntarias o, por ejemplo, en la solicitud de abogados para asesorar en cuestiones legales referidas a bienes patrimoniales, conflictivas de pacientes con vecinos o familiares, curatelas, entre otras. Asimismo, pensar los cruces entre padecimiento mental y conflicto con la ley penal arroja elementos capitales para pensar las racionalidades del campo y las autoridades que las

encarnan –el derecho y sus agentes-, en la medida en que allí se dirimen cuestiones como quién decide, cómo se nombra y dónde se abordan todo un conjunto de problemáticas que ligán el dispositivo psiquiátrico con el penal. Ese cruce es objeto de análisis en el capítulo 7.

De igual modo, hace falta mencionar otros actores normalmente tenidos por secundarios pero que son importantes en la medida en que aparecen configurando el escenario en el que tienen lugar las relaciones de gobierno objeto de mi análisis. A la hora de pensar las prácticas institucionales, la disposición espacial para la observación y el examen, el establecimiento de rutinas, el uso del tiempo y la circulación por el espacio, se vuelve importante relevar los roles de enfermeros, talleristas, pasantes, acompañantes terapéuticos y personal de mantenimiento como configurando el escenario en que se desenvuelve la vida cotidiana en el hospital.

8. Modos de subjetivación.

Por último, en la medida en que desde el interior de la grilla de la gubernamentalidad es posible reconsiderar el interrogante sobre los procesos de subjetivación (Revel, 2014), resulta pertinente puntualizar algunas ideas en torno a dicha categoría.

La analítica del poder en Foucault procura proveer una mirada para aproximarse a los procesos de constitución y modulación de las subjetividades como resultado del juego entre el saber -los discursos científicos- y el poder -las prácticas calculadas y sus efectos-, y de la dialéctica sujeción-subjetivación que se inscribe en ese juego (Foucault, 1984b, 2017; Butler, 2001; García Romanutti, 2015; Revel, 2014).

El concepto de sujeción, es decir, aquello en que se expresa al sujeto como *sujeto a*, expresa la dimensión de la objetivación: se trata de la subjetividad produciéndose a través de prácticas de objetivación –un diagnóstico, una etiqueta, una representación del individuo que lo ubica en el espacio, lo orienta y conduce a una serie de comportamientos y decisiones-. Por otra parte, la subjetivación como la relación que el sujeto establece consigo mismo, dimensión que expresa esa autoproducción en el marco y en relación con los discursos, verdades, técnicas, voces autorizadas que lo objetivan. En la medida en que el vínculo entre ambos componentes de la ecuación es dialéctico, la subjetivación es un proceso siempre en movimiento.

Tal afirmación conduce a puntualizar que si bien es cierto, como se indicó más arriba, que el poder de normalización como componente capital del modo de objetivación de los sujetos tiene una tendencia expansiva, hay tecnologías que intervienen en un plano en el que el sujeto

se forma a partir de una relación consigo mismo, que no es sólo objeto de un “moldeamiento” sino de una “modulación”, en la medida en que es interpelado a llevar una vida sana, cuidar de su salud, auto-protegerse de los riesgos que lo acechan, etc. Este punto entra en contacto con otras preocupaciones formuladas alrededor de la cuestión de la lucha, las contra-conductas y la resistencia, que aparecen formulándose en el marco de las teorizaciones foucaultianas sobre el poder (2012a, 2007a, 2017), expresándose además de manera problemática en torno a si se trata de dinámicas que operan como lo otro del poder, o si son inherentes a éste.

El asunto se reordena bajo nuevas coordenadas en las producciones del autor de la segunda mitad de los 70 y sobre todo en sus últimos cursos, cuando se desplace hacia el terreno de la ética. Allí es posible ubicar un tratamiento del concepto del poder estableciendo una relación de tipo especulativa con la libertad (Foucault, 2017; Cadahia 2011 y 2014). Las derivaciones que este tema tiene exceden el objeto de esta tesis y no serán desarrolladas;²⁴ aunque sí interesa retener que a través de la categoría de gobierno y gubernamentalidad se puede abordar aquello sobre lo que el poder actúa, lo que administra y controla, pero también aquello que se le escapa y no puede quedar atrapado en sus mecanismos. Foucault busca dar cuenta con ello de lo uno y lo otro (Castro, 2011).

En *Tecnologías del yo* Foucault (2008b) define a la gubernamentalidad como aquello que pone en contacto a las tecnologías de dominación de los demás con las de gobierno de uno mismo. Se diferencian de las primeras (tecnologías de dominación) porque más que determinar la conducta de los otros, operan sobre el medio de posibilidades para conducirla eficazmente, y se diferencian de las segundas (tecnologías de gobierno) porque hay una racionalidad externa que opera a modo de condicionamiento respecto de la libertad que se ejerce en el gobierno de uno mismo (Cadahia, 2011: 175). Con ello, permite establecer un continuo analítico entre “el gobierno de sí” y el “gobierno de los otros” en tanto en ambas dimensiones se expresa una “voluntad de gobernar” (De Marinis, 1999). Como corolario, podemos afirmar que las tecnologías de gobierno son justamente “de gobierno” en la medida en que buscan moldear, modular y conducir la conducta de otros, pero también están sometidas a la acción de aquellos sobre quienes se aplican, y por eso siempre hay margen para la contingencia en su despliegue (óp. cit.: 16).

²⁴ Según Luciana Cadahia, las interpretaciones sobre la relación poder-libertad en Michel Foucault tienen al menos dos vertientes: una es la corriente filosófico-política italiana que continúa la problemática del biopoder. Otra es la que continúa la deriva ética del Foucault de los últimos cursos del *College* y de los dos últimos tomos de *Historia de la sexualidad*, quienes se ocuparán de estudiar los alcances de las prácticas de sí, circunscribiendo las interpretaciones sobre la libertad al ámbito de la ética. Al respecto, consultar Cadahia, 2014.

En el estudio sobre las prácticas en el Hospital que tiene lugar en los capítulos subsiguientes, he intentado recalar en la pregunta por los procedimientos, las herramientas, las técnicas con que el individuo cuenta para establecer una relación consigo mismo y con los demás en el seno de ese vínculo íntimo, siempre intrínseco e inevitable con el poder que lo objetiva. Hacer lugar en el análisis a prácticas de subjetivación por medio de las cuales los sujetos pueden, o podrían, hablar de sí mismos, trabajar sobre sí mismos, en la medida en que hay un conjunto de medidas y técnicas que compelen al individuo a ser buen paciente, aceptar el tratamiento, tomar la medicación, comportarse de un modo determinado, respetar la rutina y los horarios institucionalmente estipulados, sobre las que cada uno vuelve para poner algo de un trabajo sobre sí que le permita ser otra cosa además de eso que es hablado por otros.²⁵

Las formas de lidiar con el padecimiento son las “prácticas de sí” que son posibles en un contexto de encierro, que en general actúa como facilitador de tratamientos compulsivos, del abandono y la soledad. No es poca cosa entonces afirmarse en un lugar, nombrarse y nombrar el propio sufrimiento de cierta manera, negociar cambios en los esquemas de medicación, y en los permisos de salida, participar de actividades o espacios alternativos de organización, de producción o recreación, reclamar el alta, “fugarse” y después volver. O no. Ese alguien que el individuo que atraviesa una internación empuja por ser adentro del hospital, se forja en el intento de escapar a las etiquetas que predominan, a la vez que lidiando con ellas de maneras diversas: mediante la negación, la aceptación, la negociación, el cálculo, entre otras.

9. Recapitulando.

En este capítulo he trazado el mapa conceptual analítico que sustenta el trabajo empírico realizado. Parto de la concepción de locura como problematización para situar en términos históricos la emergencia de este asunto como blanco del poder y objeto del gobierno de los individuos y las poblaciones. Allí señalo que, si el trabajo fundacional de *Historia de la locura en la época clásica* contiene una labor arqueológica de Michel Foucault, conducida por las ideas de conciencia y representación de nuestro objeto, a la hora de retomarlo unos años después, lo hará ya pensándolo en el marco de un esquema general de ejercicio del poder en las sociedades modernas. Sin desechar las constataciones sobre las conciencias y representaciones

²⁵ En *Mecanismos psíquicos del poder*, Judith Butler (2001) debate las ideas de Foucault en torno a estos temas; allí señala que todo sujeto para devenir tal está sometido a una *sujeción primaria al poder*, que paradójicamente, también inicia y sustenta su potencia. No hay sujeto al margen de ese proceso, que se constituya por fuera de las normas que configuran las formas posibles que éste pueda adoptar.

de la locura que la han hecho un problema, se adopta el punto de vista a partir del cual estudiar a la locura supone pensarla como un producto de relaciones de gobierno de un conjunto de individuos hacia otros individuos, y situadas en la historia.

En segundo lugar, y partiendo de una definición del gobierno como “la conducción de la conducta”, he identificado y desarrollado sus dos componentes claves, racionalidades y tecnologías. En lo que refiere a las racionalidades, he señalado que la puesta en discurso que vuelve inteligible las prácticas de gobierno de la locura se asienta sobre dos objetos de estudio que recorren el grueso de la producción foucaultiana: medicina y normalización, y el conjunto de categorías que a éstas se encadenan: pensamiento médico, medicalización, norma, disciplina, biopolítica. Ofrezco una lectura de las mismas, partiendo de la idea de la medicina como “ciencia madre”, desde la cual se enuncia “la verdad” sobre la locura, y desde la que se erige la economía del gobierno de los individuos y las poblaciones desde el siglo XIX en adelante.

En cuanto a las tecnologías, destaco que le otorgan gran valor al análisis de las prácticas en la medida en que no se reducen a los mecanismos automatizados de gobierno, sino que más bien deben ser pensadas en su dimensión instrumental-estratégica, como formando parte de un ensamblaje donde diversos componentes entran en relación.

He analizado los procesos de reforma que tuvieron lugar en el campo de los abordajes psiquiátricos para dar cuenta cómo las modificaciones introducidas por la lógica de gobierno neoliberal empujaron en la reconfiguración del objeto y espacio de gobierno de la locura desde la segunda mitad del siglo XX, con las transformaciones correlativas en racionalidades y tecnologías. En el marco de ese proceso más amplio, las tecnologías biomédicas han ido ganando cada vez más terreno para explicar la profundización de los procesos de biomedicalización actuales y el lugar que el mandato de salud ocupa en nuestras sociedades. Ese gran cuadro general, esa estrategia para gobernar la salud mental y el padecimiento subjetivo contiene una serie de tecnologías de poder, algunas propias de la soberanía, otras de la disciplina y otras de la seguridad o biopolíticas, que responden a necesidades y urgencias divergentes, y se ordenan siguiendo un criterio de estratificación de las poblaciones a las que se orientan. Allí me interesa destacar el rol que cumple el hospital psiquiátrico y sus características particulares en la medida en que ha sido rellenado estratégicamente para cumplir nuevas (y viejas) funciones.

Por último, me ha interesado puntualizar dos componentes más del gobierno de la locura y sus manifestaciones particulares en la práctica asilar o de internamiento: las autoridades de ese gobierno, es decir aquellas voces autorizadas y tenidas como legítimas respecto de las

verdades que son posibles de enunciar sobre el objeto en cuestión. Y en segundo lugar, los procesos de subjetivación que emergen como efectos del ensamblaje articulado en torno a la locura.

En lo sucesivo, el análisis se detiene en la descripción y reflexión en torno a una serie de prácticas y mecanismos que toman lugar en el hospital psiquiátrico organizando su funcionamiento cotidiano, y se orienta de modo de poder dar cuenta del cómo del poder en ese tiempo/lugar, y los modos de subjetivación que le son correlativos.

CAPÍTULO 3

Perspectiva metodológica: etnografía en el hospital psiquiátrico.

Este capítulo está dedicado a argumentar la perspectiva metodológica con que trabajé, ubicada en el espectro de la investigación cualitativa en salud desde el ámbito de las ciencias sociales, y adoptando el enfoque etnográfico.

La investigación cualitativa en salud se orienta al análisis de los sujetos e instituciones intervinientes en este campo, y se interroga sobre las condiciones históricas, sociales y culturales en las cuáles se dan las interacciones que construyen los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Souza Minayo, 1997); no define en sí misma ni el objeto ni las técnicas, sino más bien un tipo de mirada sobre el problema a analizar. Lo que se adopta aquí bajo ese nombre es una forma de ver, y una manera de conceptualizar (Vasilachis, 2006: 27). Este tipo de mirada, además, resulta legitimadora de los aportes que realizan las ciencias sociales a las problemáticas de salud.¹

Dentro del universo de la investigación cualitativa, este trabajo se ubica dentro del enfoque etnográfico, entendiendo a la etnografía no cómo técnica sino como la perspectiva en la que métodos y teorías confluyen de manera particular, dependiendo de la pregunta de investigación y el marco teórico sobre la que se sostiene (Rockwell, 2009). En efecto, la perspectiva etnográfica entra en relación directa con la selección del caso trabajado, un conjunto de técnicas llevadas a cabo para la producción de datos, la forma de construcción de la identidad de la investigadora en el trabajo de campo, una serie de consideraciones éticas y conceptuales, un modo de analizar la información, y algunas decisiones a la hora de presentarlas por escrito en esta tesis.

En su vínculo con el marco teórico, ya en la Introducción me dediqué a señalar algunas articulaciones posibles que hay que considerar entre enfoque etnográfico y enfoque de la

¹ Existen al menos dos buenas razones para explicar la tendencia creciente de científicos sociales enfrentándose a temáticas referidas a la salud: la primera es que el cuerpo se ha tornado en el último tiempo objeto de preocupaciones de la reflexión científico-académica pero también de las preocupaciones sociopolíticas (de gobierno) en función de la hegemonía de valores neoliberales que lo tienen en el centro; la segunda, vinculada a ello, es que la salud persiste como un valor universal indiscutido, que la lógica mercantil transforma en la nueva moral de la época (Pecheny y Manzelli, 2018; Rose, 2012; Stolkiner, 2013).

gubernamentalidad. Destaco la riqueza en la combinación de ambas aproximaciones para el estudio de las prácticas de gobierno a través de la observación participante que supone la presencia directa de quien investiga en el universo a investigar, en tanto y en cuanto el “imaginario etnográfico” en los estudios de gubernamentalidad supone reflexionar sobre los contextos, los tiempos y las geografías particulares en los que prácticas y tecnologías de gobierno se desenvuelven, permitiendo así dar cuenta de los ensamblajes heterogéneos de los que resulta el ejercicio de gobierno (Brady, 2016).

El capítulo se estructura de modo tal que, en primer lugar, se recuperan una serie de estudios recientes sobre abordajes de salud mental en Argentina, con el objetivo de dar cuenta de las tendencias que priman en el campo, donde prevalecen estudios interesados en el problema de la desmanicomialización/desinstitucionalización y los nuevos modelos de atención en salud mental, motivados por el surgimiento y fortalecimiento de múltiples experiencias de salud mental comunitaria o alternativas al manicomio desde la segunda mitad del siglo XX, y que renuevan su impulso primero con la recuperación democrática en los 80 y luego de la mano de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010.

Sin embargo, tal como me dediqué a analizar en el capítulo anterior, el hospital forma parte nodal del ensamblaje del gobierno de la locura; su persistencia en el tiempo, la alta proporción de presupuesto y de recursos humanos que absorbe, las limitaciones en los abordajes posibles en dispositivos sustitutivos –no por el tipo de abordajes, sino por la accesibilidad y los recursos con que se cuenta en los hechos para sostenerlos-, las debilidades en el funcionamiento de una red de servicios y de políticas –habitacionales, laborales, sociales- que debieran ser sus relevos, entre otros motivos, hacen que ocupe un lugar ineludible. El hospital ha sido rellenado estratégicamente para atender a nuevas urgencias en su articulación con viejos y nuevos problemas; a partir de esa constatación, se explicita la elección del caso y del enfoque etnográfico para su estudio.

Luego se reseñan los antecedentes de trabajos empíricos sobre el hospital psiquiátrico en Argentina, estableciendo las diferencias y puntos de diálogo con sus hallazgos, para continuar después con la presentación de las características del ejercicio etnográfico realizado. Distingo entre las etapas de ingreso al campo, el trabajo de campo estrictamente hablando, y la construcción del texto etnográfico que traduce ese trabajo por escrito. Por último, se exponen las consideraciones éticas que guían la investigación, los dilemas suscitados en esta dimensión y las decisiones tomadas frente a ellos.

1. Estudios recientes sobre abordajes en salud mental en Argentina.

Desde la segunda mitad del siglo XX, y teniendo como hitos la Declaración de Alma-Ata en 1978 sobre Atención Primaria de la Salud y la Declaración de Caracas en 1990 sobre Restructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, la OMS y OPS hacen de la atención comunitaria en salud mental una política que todos los países deben adscribir e impulsar. En Argentina -sin desconocer las experiencias que tuvieron lugar en las décadas del 50 y 60 (Alberdi, 2003; Plotkin, 2003; Vezzetti, 1995; Visacovsky, 2002)-, la experiencia de desmanicomialización rionegrina en el retorno de la democracia (Cohen, 1994; Cohen y Natella, 2013), el clima generado al calor de los Congresos de Salud Mental y Derechos Humanos organizados en la Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, y la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en 2010 (Gorbacz, 2011), constituyen el período en que los debates sobre desmanicomialización cobraron fuerte impulso. En los últimos años, el crecimiento de nuevos dispositivos alternativos de atención que van hacia o parten de los servicios de salud/salud mental en clave desmanicomializadora (Bang, 2014), tienen como correlato una proliferación de estudios socioantropológicos que se concentran en este perfil de la problemática (Mantilla y Alonso, 2012; ten Horn, 2004).

Estos estudios guardan el valor de dejar sentada la complejidad y multiplicidad de dispositivos y formas alternativas de abordaje para las problemáticas de salud mental. Dan cuenta de iniciativas que se sostienen de modo artesanal, con presupuesto escaso, que son pensadas, proyectadas y puestas en marcha en muchos casos por sus trabajadores -incluso cuando no existe una política que acompañe ni avale-, y que por eso, además, pueden correr con la invisibilización en las estadísticas del sector. Su principal riqueza radica en demostrar que hay alternativas al manicomio.

Entre éstos, destaco los siguientes tres porque he formado parte de un equipo de investigación junto a sus autoras, por lo que mis reflexiones han estado en diálogo con sus hallazgos.² En primer lugar, el estudio de Sara Ardila Gómez sobre la experiencia de un dispositivo de externación que se sostiene hace ya más de 20 años en una localidad del sur del

² Me refiero al UBACyT “Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud en la Argentina 2014-2017: discursos, prácticas, actores y subjetividad en los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental No 26.657”, a cargo de Alicia Stolkiner, directora de esta investigación y de los tres estudios de doctorado que se reseñan a continuación.

Gran Buenos Aires,³ donde el objetivo es problematizar los abordajes en salud mental por fuera del manicomio. Ardila distingue dos focos de interés en su trabajo: por un lado, los procesos que vivencian un grupo de mujeres que han sido externadas del hospital monovalente y derivadas a este programa de atención comunitaria: cómo se trabaja la reconstrucción de lazos sociales y de la vida “más allá del muro” del hospital. Por otro, le interesa dar cuenta de los efectos que tiene para el conjunto de la comunidad el hecho de que estas mujeres, que han sido diagnosticadas con alguna patología mental y cursado una internación en una institución psiquiátrica, una vez externadas pasan a formar parte de la comunidad. A partir de allí, reflexiona sobre los procesos de inclusión social que tienen lugar (Ardila Gómez, 2012; Ardila Gómez et. al., 2016).

Romina Solitario (2013), por su parte, hace foco sobre los procesos de exclusión social que se producen en el marco de prácticas vinculadas a salud mental, y se ocupa particularmente del caso de las personas declaradas incapaces en juicios de insania. Esta práctica es todavía común, aunque contraria a las políticas que bregan por la desmanicomialización en los abordajes, que además de considerar a la internación como último recurso para la atención cuando otras opciones han sido descartadas, sostienen el reconocimiento de las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho; entre ellos, la capacidad jurídica. En su investigación, estudia la experiencia del Municipio de Tres Arroyos, al sur de la provincia de Buenos Aires, donde los casos de personas con padecimientos crónicos son abordados a través de tratamientos ambulatorios, y se registran bajos índices de internaciones prolongadas. El estatuto jurídico de esos sujetos declarados incapaces y los procesos de subjetivación que le son correlativos, la llevan a reflexionar alrededor del concepto de *persona* en el terreno de las prácticas de salud mental. Respecto de su trabajo de campo realizado con personas declaradas incapaces, en el apartado de consideraciones éticas pongo en diálogo sus aportes y mis preguntas.

Con el objetivo de problematizar las prácticas comunitarias en salud mental, Claudia Bang (2016) desarrolla una investigación minuciosa sobre el despliegue de una red de instituciones barriales de un barrio porteño. Le interesa particularmente dar cuenta de las estrategias de promoción de salud que pone en juego esta red a través de dispositivos que conjugan arte, creatividad y juego. El debate sobre la participación comunitaria en salud y la

³ Se trata del Programa de Externación y Rehabilitación Asistida P.R.E.A, surgido en el año 1999 con el propósito de promover y sostener la externación de personas internadas en hospitales públicos estatales de la Provincia de Buenos Aires. El estudio mencionado se concentra en el trabajo realizado con mujeres externadas del Hospital José Estévez.

construcción de vínculos en estos espacios son los temas que atraviesan transversalmente la mirada sobre esta experiencia, donde la problemática de la salud mental es abordada más bien lejos de los asuntos vinculados a los diagnósticos y las características del padecimiento mental en las instituciones sanitarias, y más cerca de temas como la promoción, la prevención y los procesos de subjetivación correlativos a las prácticas alternativas. Ello implica pensar las acciones de salud en clave intersectorial, interdisciplinaria y comunitaria.

Los objetos de reflexión de estas investigaciones acompañan el objetivo principal de una etapa de reformas que se caracteriza por un esfuerzo en hacer efectivas las directrices políticas que vienen formulándose desde las últimas décadas para el sector. Sin pretensiones de exhaustividad, en el mismo sentido pueden mencionarse estudios dedicados a analizar los procesos de formación de profesionales que intervienen en el campo, así como del ejercicio profesional en salud mental, de la mano de reflexiones en torno a la interdisciplina e intersectorialidad en el diseño e implementación de dispositivos de atención (Bottinelli et. al., 2022; RISAM, 2017; Torricelli y Faraone, 2019). También investigaciones dedicadas al estudio de las modificaciones en las prácticas jurídicas, en el funcionamiento de dispositivos de asistencia legal –como la Unidad de Letrados o del Órgano de Revisión Nacional creados por la Ley- (Iglesias, 2020; Laufer y Cabrera, 2016; Spinelli, 2016). Vale también referenciar estudios dedicados al análisis de los dispositivos que atienden la problemática de consumo de sustancias psicoactivas como formando parte de los objetos de intervención e investigación del campo de salud mental (Pawlowicz et. al. 2011 y 2014). Así también menciono aquellos dedicados al análisis de la emergencia de nuevas actorialidades del campo, que nacen y se consolidan al calor –y en los vaivenes- de las políticas de transformación (Ceriani et. al., 2010; Faraone y Barcala, 2020; Michalewicz et. al, 2011; Stolkiner 2012b), entre otros tópicos de reflexión propios de la primera década de implementación de la Ley de Salud Mental en nuestro país.

Hay que decir, sin embargo que en cuanto a la organización institucional, lo que caracteriza al sistema de salud en Argentina es un predominio de los establecimientos psiquiátricos, en el marco de un sistema de salud fragmentado, segmentado y fuertemente hospitalocéntrico (Stolkiner, 2012). Siguiendo el diagnóstico de la Dirección Provincial de Salud Mental (2022), en Santa Fe se reconoce el despliegue de un trabajo artesanal en el nivel de atención primaria que evita internaciones en el hospital monovalente, pero el modelo médico de atención y la respuesta farmacológica siguen estando en el centro de la metodología de trabajo, lo que resulta insuficiente para la población con alto grado de demanda de

acompañamiento, de alojamiento, de soporte socioeconómico, entre otras. En cuanto a la atención en Hospitales Generales, si bien en su mayoría ya todos cuentan con equipos de salud mental, la constitución de cada uno es dispar, y en algunos casos no están formalizados como servicios, faltan espacios asistenciales que puedan brindar internaciones acompañadas, recursos y capacitación. Los equipos de Guardia para las internaciones tienen un funcionamiento relativo y dispar. Las camas disponibles en las instituciones monovalentes de internación tanto estatales (tres) como privadas (catorce) asciende a un total de 971 (Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe-DPSM, 2022), mientras que en los hospitales generales ese número no puede ser compuesto, en tanto no existe la asignación de camas específicas de salud mental, salvo excepciones de algunos pocos efectores en la totalidad de la provincia.

El hospital psiquiátrico conforma entonces un nudo imposible de eludir, el objeto insistente y convocante (Barrios, 2007). Por ello, el recorte que aquí se realiza orbita alrededor de la pregunta sobre qué sucede, cómo se garantiza y sobre qué prácticas se sostiene esa sobrevivencia, a la vez que explica la opción por el enfoque etnográfico escogido, dentro del universo de las metodologías cualitativas.

2. Antecedentes de estudios empíricos en hospitales psiquiátricos de Argentina.

Durante las décadas del 50 y 60, Foucault (2010a) escribe la historia del surgimiento de la locura unida a las casas de internamiento –el gran encierro– del siglo XVII, a los asilos para locos del XVIII y los grandes asilos de alienados en el XIX. Mientras tanto, la psiquiatría clásica es puesta en crisis dando lugar a las primeras experiencias de reforma (Amarante, 2006 y 2009; Galende, 1992), y Erving Goffman ([1961] 2001) en Estados Unidos realiza un estudio pionero en el hospital psiquiátrico St. Elisabeth, de Washington. Su trabajo es publicado bajo el título *Internados*, donde elabora su teoría sobre las instituciones totales y desarrolla una batería de categorías para estudiar las interacciones que codificó en un año de convivencia con siete mil pacientes. La etnografía, método predilecto de la antropología en el estudio de las llamadas sociedades primitivas, comienza a ser utilizada por la sociología, inaugurándose así una corriente de trabajos que tienen en el hospital, y en el hospital psiquiátrico particularmente, un terreno de expansión que crece junto con el interés por el estatuto de enfermedad de los padecimientos mentales, justamente porque, en ese contexto, ello está siendo puesto en entredicho.

Se trata entonces de una tradición que lleva 70 años de desarrollo en el seno de las disciplinas de las ciencias sociales, y donde el objeto de exploración es variable: estudios que abordan el mundo de los profesionales y trabajadores, aquellos que hacen hincapié en los pacientes (Munizaga, 1987; Munizaga y Soto, 1988) , los que estudian la adecuación del hospital a los procesos de reforma, los interesados en explorar la problemática de los diagnósticos o algún diagnóstico en particular (Rosenhan, 1973), o en las modalidades terapéuticas (Prior, 1991), entre otros. Una reseña sobre éstos es la realizada por Mantilla y Alonso (2012).

Para el caso de Argentina, en el contexto de un campo de estudios en expansión, pueden rastrearse investigaciones realizadas en el terreno de estas instituciones que toman parte de los problemas y desafíos actuales de la política de salud mental a nivel nacional: qué prácticas sociales, interacciones, modos de sociabilidad, discursos y abordajes tienen lugar en instituciones psiquiátricas, en un contexto en el que se busca sustituirlas por otros dispositivos de atención ambulatoria, comunitaria y que menos restrinjan la libertad de las personas.

La antropóloga Silvia Balzano (2007; 2008) realiza una investigación en la Colonia Montes de Oca, en la provincia de Buenos Aires, donde analiza las causas de internación y de permanencia de pacientes de uno de los cinco pabellones femeninos que existen allí, relevando a través de las narrativas en primera persona, la historia de mujeres que llevan entre 16 y 27 años internadas en esa institución. En entrevistas que luego confronta con las historias clínicas, da cuenta de cómo las pacientes internalizan y experimentan los efectos de lo que ella llama “disciplinas de la norma”. Métodos inicialmente concebidos como terapéuticos, como la toma de medicación o la realización de tareas de limpieza y mantenimiento por parte de las pacientes, guardan finalidades de castigo o sanción de acuerdo a cómo se evalúe su comportamiento por parte del personal que trabaja en la Colonia. Concluye que la función primordialmente custodial que cumple la institución impide pensar la posibilidad de abordajes con fines de rehabilitación y reinserción social.

Por su parte Érica Dillon (2006) lleva adelante su trabajo en el Hospital Alejandro Korn, más conocido como Melchor Romero, o “el Romero”, por el nombre del lugar donde está emplazado, una pequeña localidad contigua a la ciudad de La Plata. Su propósito es mostrar, más allá del mundo estrictamente médico, cómo el hospital está inserto en una red de sociabilidad construida intramuros, aunque también en su vínculo con la comunidad de Romero. Una maratón, los carnavales o una obra de teatro son los escenarios en donde pacientes con diagnósticos psicopatológicos se “confunden” entre la multitud de médicos y habitantes de

Romero, dando cuenta del espacio hospitalario como una institución más de la comunidad, donde la estructura jerárquica y diferenciadora entre enfermos y no enfermos aparece difusa, y es secundaria respecto de otros fenómenos que afloran en estos acontecimientos. Del mismo modo, la existencia de atajos en el camino al hospital y sus diferentes puertas de ingreso, familias enteras que trabajan en diferentes áreas o departamentos, y que llegan a trabajar en *el Romero* vía contactos familiares, el espacio de guardería para los trabajadores que muestran que hasta sus hijos forman parte del hospital, le permiten dar cuenta de la relación estrecha institución-comunidad, o pacientes-habitantes de Romero, resignificándose el sentido de la diferencia adentro/afuera que se construye normalmente respecto de los hospitales psiquiátricos y su entorno.

La intención de Dillon de poner el foco en las relaciones que se establecen más allá de los tratamientos, poniendo en segundo lugar el rol tanto terapéutico como de control que puede tomar el hospital dialoga con la mirada construida en esta tesis. Pero a diferencia de su planteo, en el que subyace una distinción y oposición entre las funciones terapéuticas, de vigilancia y de socialización, aquí sostengo que éstas no se manifiestan de modo transparente, ni son netamente distinguibles una de otra. En todo caso se presentan enlazadas, cumpliendo de conjunto un mismo objetivo estratégico dentro de la institución: gobernar la vida de las personas allí internadas.

También en el escenario del Melchor Romero, aunque con una mirada dirigida hacia otros asuntos, Andrew Lakoff (2006) desarrolla una investigación que tiene como punto de inicio el intento de un laboratorio francés de encontrar pacientes diagnosticados con trastorno bipolar en Argentina para el ensayo de una droga, a cambio de una importante suma de dinero para el Hospital. Habiéndose constatado el bajo índice de personas con ese diagnóstico en nuestro país, este antropólogo norteamericano va a problematizar el alcance y los límites de la pretensión universalista del conocimiento científico sobre el trastorno mental, y a preguntarse por la especificidad de las intersecciones y conflictos entre la práctica psicoanalítica y la biomedicina en nuestro país, y cómo ello cristaliza en el ejercicio cotidiano de un conjunto de profesionales *psi* en una institución psiquiátrica pública estatal.

En diálogo con los hallazgos de Lakoff, María Jimena Mantilla (2010) analiza las prácticas y saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en la construcción de los diagnósticos que definen que una persona se convierta en paciente psiquiátrico. El recorrido del trabajo etnográfico en una institución psiquiátrica de la ciudad de Buenos Aires le permite dar cuenta de cómo ese pasaje es posible a partir de la mirada clínica –dentro de la cual establece una

distinción entre la de psiquiatras y la de psicoanalistas-, y su despliegue en dos momentos particulares: el de la construcción del diagnóstico y el de la decisión de internación.

Del mismo modo que Lakoff, el planteo de Mantilla se ubica en el centro del debate sobre el estatuto médico científico de la psiquiatría: ambos problematizan la adopción del modelo biomédico en psiquiatría, de pretensiones científicas unívocas y con potestad para emitir juicios de modo cuasi indiscutible sobre los padecimientos y sus manifestaciones. Mediante el trabajo etnográfico y el análisis de la evidencia empírica recogida, relativizan esa pretensión, trayendo a escena cómo la mirada clínica, con fuerte contenido de interpretación subjetiva y con una carga moral ineludible, ocupa buena parte del quehacer y la práctica cotidiana de los profesionales encargados de decidir sobre las internaciones de las personas y sobre los abordajes terapéuticos que mejor se ajusten a su situación. En este punto, estos dos trabajos aportan elementos de gran riqueza para la investigación que aquí se presenta: los hallazgos en torno al problema del diagnóstico en salud mental como un proceso de construcción donde operan factores que superan las explicaciones biológicas disponibles para este tipo de padecimientos son retomados en el capítulo 5, donde me ocupo particularmente de esta cuestión en el caso abordado, retomando el planteo sobre los componentes de la grilla de la gubernamentalidad: las racionalidades políticas y las tecnologías disponibles para hacer efectivo el gobierno.

Cabe mencionar también el trabajo realizado por María Cecilia Tamburrino (2012) sobre personas con diagnóstico de retraso mental internadas en instituciones psiquiátricas. La autora parte de considerar que la institucionalización es el patrón dominante de tratamiento y atención para las personas con discapacidad intelectual en Argentina. Por ello, luego de describir los circuitos del retraso mental, históricamente repartidos entre el área sanitaria y la educativa, se detiene en las condiciones en las que se llevan adelante las internaciones de estas personas en un hospital psiquiátrico del Área Metropolitana de Buenos Aires. Corrobora allí una marcada tendencia a la cronicidad y el abandono, así como abordajes atravesados por las tensiones entre el cuidado y el control, entre la asistencia y la tutela. Si Lakoff y Mantilla ponen en el centro la mirada clínica, Tamburrino, más cerca de las intenciones de Balzano, en cambio elabora un trabajo de reconstrucción de la mirada de las personas así diagnosticadas en el hospital psiquiátrico. En el apartado sobre reflexiones éticas recupero parte de sus valiosas reflexiones referidas a este punto.

Por último, resulta interesante reseñar las investigaciones que proliferan a nivel provincial y regional, que tienen por objeto analizar diferentes aspectos referidos a las

instituciones de internación por salud mental de la provincia de Santa Fe y Entre Ríos cuyos hallazgos son referencias importantes para este trabajo. En primer lugar, la investigación de María Florencia Serra (2010) ofrece un análisis sobre el lugar que ocupan las familias de los pacientes en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Sitúa su pregunta en las trayectorias asistenciales para pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, en la provincia de Santa Fe, como parte de una población que, fruto de abordajes fundamentalmente centrados en el manicomio, acaba por encontrar allí su único lugar posible en el mundo. Su trabajo se desarrolla al calor de los procesos asistenciales sustitutivos del manicomio que tuvieron lugar en la provincia de Santa Fe en los años 2000,⁴ y de los cuales fue protagonista como profesional interviniente en uno de los pabellones de la Colonia.

Siguiendo el planteo de la autora, existe una serie de explicaciones disponibles para comprender la centralidad del hospital psiquiátrico en los modelos de atención; la relación entre el manicomio y las familias es una de ellas, pero cuenta entre las menos exploradas, y hacia allí dirigirá su interés. Serra parte de la hipótesis de que dicha relación suele pendular entre posturas más “familiaristas” que sostienen que la única alternativa posible al hospital es la familia, y posturas más “antifamiliaristas” que responsabilizan a éstas por el padecimiento del miembro que ha tenido como destino la internación. Señala que ambas miradas tienden a reducir y simplificar una trama más compleja de realidades familiares particulares de cada paciente, y que es necesario advertir además cómo estas realidades se insertan en contextos político-sociales-culturales más amplios, en los que se juegan tanto las concepciones mismas que se tienen de la locura así como las propias experiencias de la vida en familia. Estos aspectos resultan insoslayables a la hora de analizar las trayectorias asistenciales para reflexionar sobre las razones que hacen tanto a la cronificación de pacientes así como a las estrategias posibles para pensar sus externaciones.

En el recorrido por las historias de vida de nueve pacientes de larga institucionalización de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, la autora constata que, en la medida en que el manicomio confisca la locura para sí, coloca a la familia en un lugar ambiguo: a la vez que le quita la potestad sobre su familiar, la inhabilita y pone bajo sospecha haciéndola responsable por el abandono. Se trata de una “lógica institucional desquiciada” (2009: 92), que por un lado culpabiliza y expulsa a la familia a la vez que la convoca, exige y demanda, decreta la irreversibilidad de los diagnósticos y marca distancias –físicas y simbólicas- entre familia y

⁴ Estos procesos son reseñados en el capítulo 4.

paciente, cuyo corolario no puede ser más que la promoción de la resignación. Concluye que esa lógica puede ser parte explicativa de la persistencia de las instituciones monovalentes, y es en este punto donde su hipótesis dialoga con el interrogante que recorre esta tesis: qué dinámicas, modalidades, gestos incorporados al funcionamiento cotidiano del hospital psiquiátrico configuran el campo posible de conductas de los actores involucrados, y explican, entre otras cosas, las causas de su sobrevivencia.

En el mismo terreno en que desarrollé mi investigación hizo lo propio Soraya Colombo (2019), quien analiza los procesos de internación-externación de cuatro personas que han atravesado procesos de larga institucionalización en el Hospital Agudo Ávila, y para quienes ese pasaje les ha constituido una fuerte ligazón con la institución, que supera según la autora la “circunstancia de la internación”. El hecho de que se trate de personas que, en principio, no presentan problemáticas de acceso a la vivienda descarta el déficit habitacional como explicación suficiente para analizar su permanencia y pertenencia al *Agudo*, y allí se funda parte de su interés para estudiar lo que denomina procesos de continuidad/ruptura en la referencia institucional, y las diferentes configuraciones que ésta tiene en distintos momentos de las trayectorias asistenciales de estas personas. Además, analiza los procesos de recuperación/pérdida de autonomía de estos sujetos, en un intento de dar cuenta de las dificultades así como de avances en la construcción de proyectos de vida alternativos para quienes atraviesan o han atravesado internaciones prolongadas en hospitales monovalentes. Los interrogantes de Colombo, igual que los de Serra y en parte, los míos propios, siguen girando alrededor de la centralidad ineludible del Hospital para el devenir de las trayectorias vitales de las personas que experimentan internaciones por motivos de salud mental.

En diálogo con estos estudios reflexioné, planifiqué y luego revisité mi propio trabajo de campo. A continuación expongo las características del ejercicio etnográfico llevado adelante.

3. Etnografía en el hospital.

Partiendo de la afirmación de que no hay una única forma de pensar y hacer investigación etnográfica (Rockwell, 2009), conviene comenzar diciendo que la literatura aquí considerada que se dedica a teorizar en torno de la etnografía coincide en señalar que esta perspectiva refiere a la presencia directa del investigador en el mundo que investiga, que requiere en general que esa presencia sea prolongada en el tiempo, en la medida en que ello facilita el despliegue de una serie de técnicas para la construcción de datos —observación,

entrevistas, revisión documental- para una construcción/aproximación al objeto de estudio (Ameigeiras, 2006; Guber, 2005 y 2014; Hammersley y Atkinson, 1994).

Pero también estos autores se ocupan en anticipar que la etnografía, además de un método y de un conjunto característico de técnicas, refiere a un enfoque, es decir, un tipo de mirada que interpreta la realidad que se estudia en la medida en que trabaja sobre un vínculo específico entre quien estudia y quien es estudiado. Las condiciones de posibilidad de ese vínculo están asociadas al concepto de reflexividad, y a la dinámica de perplejidad-extrañamiento y familiarización que sucede en su interior (Guber, 2005 y 2014; Rockwell, 2009).

Asimismo, este modo de entender el ejercicio etnográfico considera que como no hay modo de saber lo que ocurre y cómo ocurren los fenómenos que forman el objeto de indagación antes de aproximarse a él, la investigación no puede ser totalmente diseñada en una etapa previa al trabajo de campo (Hammersley y Atkinson, 1994), y que por ello hay que priorizar diseños investigativos emergentes y flexibles (Mendizábal, 2006; Valles, 1999). Justamente, lo que permite la etnografía es dar paso a aquello que sucede en el campo como parte de la definición del objeto siempre en construcción y sometida a la reflexividad de quien investiga.

Otra vez, es una cuestión de enfoque, pues más allá del abanico de técnicas que se tenga a disposición, cómo entender la posibilidad de observar, qué observar, desde dónde, con qué marcos interpretativos, desde qué posición en el campo intelectual, cómo registrar lo que se observa, qué preguntas hacer, cuáles no, a quiénes, qué buscar en los documentos, cómo codificar toda esa información, son ejercicios que requieren ajustes sucesivos que se facilitan por la presencia en el campo y en el encuentro con otros, pero que no serían posibles si no mediara también el ejercicio analítico de reconocimiento y asunción responsable de presupuestos teóricos, así como condicionamientos sociales y políticos que atraviesan al investigador (Haraway, 1995), que se sometan también a una reflexión crítica. En ese ejercicio, las categorías nativas ingresan al análisis, lo observado deja de ser la “constatación directa de lo que se fue a buscar”, se abre lugar a lo azaroso, se descentra la mirada. Se reconoce en fin, que la reflexividad del investigador entra en relación con la reflexividad de “sus nativos” (Guber, 2005 y 2014).

El trabajo etnográfico desarrollado se encuadra en esas primeras premisas. En adelante, y para compartir el propio ejercicio de reflexividad, los métodos puestos en uso, y la interpretación descriptiva de mi objeto, distingo tres momentos: una etapa de ingreso al campo,

el trabajo de campo propiamente dicho y la construcción del texto etnográfico. Es importante aclarar que hago esta distinción sólo a los fines analíticos ya que, si bien cumple con una dinámica secuencial sucesiva estrictamente hablando -primero ingresé al campo, luego estuve allí por un período determinado, y al salir escribí mi trabajo-, lo cierto es que no marchó progresivamente, de manera lineal hacia adelante. Muy por el contrario, implicó repeticiones, marchas atrás, y unos cuantos giros y pliegues.

El ingreso.

Antes de puntualizar algunas cuestiones referidas al acceso al campo, resulta pertinente señalar que hubo un momento previo de aproximación al mundo del hospital psiquiátrico que definí estudiar, que implicó la puesta en juego de una estrategia y un ejercicio. La estrategia fue realizar una serie de entrevistas a ex trabajadores profesionales del Hospital Agudo Ávila y de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, los dos efectores monovalentes públicos de referencia en el sur de la provincia de Santa Fe. Fueron entrevistas en profundidad y con un objetivo exploratorio, en las que indagué sobre el funcionamiento cotidiano de estas instituciones, opiniones, historias y anécdotas, haciendo hincapié en las experiencias personales de los entrevistados en su paso por esos servicios. Esas conversaciones me permitieron reconstruir su historia reciente, y la de las políticas provinciales de salud mental, información que triangulé con documentos y estudios antecedentes disponibles. Sus relatos además me permitieron una primera aproximación a algunas dinámicas propias del hospital monovalente desde la perspectiva de sus trabajadores.

El ejercicio con el que complementé ese primer acercamiento fue de *vagabundeo*, definido como “un acercamiento de carácter informal al escenario, a través de una recogida de información previa” (Estrada González et. al., 2009: 0). Durante algunas semanas, me senté en una de las esquinas del Hospital para observar lo que sucedía a su alrededor. Sentada en un banco de la intersección de las calles Suipacha y Santa Fe -macrocentro rosarino-, tomé nota de algunas cosas que llamaron mi atención, además de pequeñas descripciones sobre el edificio. En esa misma esquina tuve algunas conversaciones casuales con las personas que vendían estampitas o pedían monedas a los autos en el semáforo, a la sazón, pacientes del Hospital que luego conocí estando adentro. Avanzado el trabajo de campo, volví a realizar este mismo ejercicio, ahora con el objetivo de desfamiliarización, para desnaturalizar y re-problematizar algunas dinámicas propias de la institución que habían dejado de conmoverme.

La negociación de ingreso definitivo al campo se prolongó más de lo previsto. Las dificultades, más que anecdóticas, me brindaron información valiosa y forman parte de los hallazgos de la investigación. En primer lugar, tomé contacto con una funcionaria de la Dirección Provincial de Salud Mental-DPSM; siguiendo sus indicaciones, presenté una nota dirigida a la Directora provincial de Salud Mental de entonces, solicitando el permiso correspondiente para realizar mi trabajo en el Hospital Agudo Ávila, pero la respuesta tardaba en llegar. Tiempo después, luego de insistir en la demanda de una respuesta, recibí un mensaje con el número de teléfono del por entonces Director del Hospital para que “me comunicara y arreglara todo directamente con él”. De allí se desprenden dos constataciones: una, que si bien los hospitales monovalentes provinciales absorben casi la totalidad del presupuesto disponible en salud mental (Gerlero y Augsburguer, 2012), en el organigrama provincial dependen de la Secretaría del Tercer nivel de atención del Ministerio de Salud, no de la DPSM. La cartera provincial entonces cuenta con una Secretaría que tiene a su cargo todas las instituciones de salud consideradas del tercer nivel que se corresponde con el máximo grado de complejidad en las demandas a las que atiende: esto implica alta tecnología o instituciones especializadas, entre ellas, las instituciones psiquiátricas provinciales. La Dirección de Salud Mental se ubica por fuera de esa órbita, sin incidencia administrativa en términos de organigrama. En los papeles, es tarea de ambas reparticiones –la Secretaría de Tercer Nivel y la DPSM- abordar la política de sustitución de los monovalentes.

La segunda es que, más allá de ubicarse en la órbita de la Secretaría de Tercer Nivel de Atención, la Dirección de cada Hospital monovalente puede ser entendida como el vértice de una estructura jerárquica que hay que comprender en los límites de su predio, sin ir mucho más allá en el organigrama de la administración pública. Eso constituyó un dato para el recorte del campo.

Tiempo después, durante una entrevista, el Director del hospital me comentó que la DPSM tenía una función “diferente”:

- Es lo que se llama en nuestra jerga "tecnoestructura", es decir, diseña políticas, pero no interviene en la vida de los Hospitales por ejemplo. De hecho mi superior en la organización es el Secretario de Salud, no el Director de Salud Mental. Sí trabaja más en el diseño de políticas. Antes sí tenía más intervención, ahora no. Es otro modelo de gestión totalmente diferente.
- *De ser así, es un modelo que plantea la tensión de tener una Dirección provincial que diseña políticas pero con imposibilidad de intervenir en los lugares donde la política se implementa...*

- Sí, es... Hay que ver, porque es muy novedoso, hay que ver si funciona o no.
(Director Hospital).

El acceso al campo, y la definición de lo que se me habilitaba o dejaba de habilitar lo que me estaba permitido y los criterios que tenía que cumplir para permanecer en el hospital estuvo siempre a discreción de la Dirección del Hospital, conclusión a la que arribé porque en la mitad del proceso de trabajo hubo un cambio de Director y el posicionamiento hacia la investigación por parte de las autoridades fue diferente entre una etapa y la otra. Al inicio, la Dirección estaba a cargo de un psicólogo que desde la primera entrevista se identificó con mi trabajo, y se ocupó por generar las mejores condiciones posibles para que lo desarrollara.

El Director me dice que se siente muy cercano a mi trabajo, que él también hizo investigación para su Maestría, y que le gusta todo lo que venga de la antropología, que él “es más de ese palo” (DC, mayo 2016).

Camino al consultorio donde haremos la entrevista, nos cruzamos a una de las profesionales del Comité Asesor.

¿Otra vez por acá? - me pregunta.

“Si yo fuera ella, me pasaría el día acá adentro. Este hospital es inagotable” – responde el Director. (DC, julio 2016).

Hacia finales del año 2016, a partir de su renuncia, la dirección del hospital fue asumida por un médico generalista proveniente del Hospital Provincial de Rosario, que conformó alrededor de sí un equipo de Dirección junto a otros dos médicos psiquiatras. Cuando en febrero quise retomar el trabajo de campo luego de un receso que había comenzado en las fiestas, me fue solicitado un seguro de vida para ingresar al área de Internación donde estaba desarrollando las observaciones y las entrevistas.

Volví al hospital después de varias semanas. Me encontré con un panorama cambiado, tal como lo sospechaba. Finalmente el cambio de dirección empezó a “marchar” y la nueva gestión arrancó su funcionamiento con varios cambios.

Voy en busca de [mi informante clave]. Me comenta que hay varios cambios y que para seguir el trabajo voy a tener que entrevistarme con la nueva dirección. Buscó al sub director nuevo [PSQ] y él tomó mis datos en un *Rp* (recetario médico). Me llamarán para combinar una reunión nueva y gestionar los permisos. (DC, febrero 2017).

El nuevo director dice que la dirección anterior “manejó todo con muchos niveles de informalidad”. Y que él necesita que las cosas estén por escrito y que tenga un seguro, como los residentes de Psicología y practicantes de Trabajo Social. (DC, abril 2017).

Mi trabajo se vio demorado hasta que pude ser incorporada, hacia finales de abril, a la nómina de practicantes de Trabajo Social a los que la Universidad les otorga el seguro como parte de las condiciones para desarrollar sus prácticas pre-profesionales curriculares. De modo que pude corroborar, tal como indican los estudiosos del tema, que las negociaciones para el acceso a la información no son de una vez y para siempre, y mucho menos se limitan a las formalidades o requisitos de las notas escritas y las pólizas al día. En el ejercicio cotidiano de investigación, ganar la confianza de los informantes para acceder a los datos es parte del esfuerzo constante de la tarea en terreno (Hammersley y Atkinson, 1994). Como bien había señalado en una ocasión el viejo director en aquel primer día en el hospital,

hay que saber hablar con las chicas porque ya sabemos que cada cual tiene su propio modo de hacer su trabajo (DC, mayo 2016).

El campo.

Casi sin recurrir a las notas que inauguraron el diario de campo que comencé a escribir ese día, puedo recordar nítidamente una secuencia de imágenes que volvió de diferentes maneras a mi cabeza en los más de dos años que duraron mis rondas por esos pasillos.

En los papeles, su denominación es “Centro Regional de Salud Mental”, pero al llegar a la puerta de ingreso al edificio de Consultorios Externos, una enorme placa de bronce recibe a todo visitante con un nombre ya perecido pero que insiste: “*Instituto de Psiquiatría Dr. Antonio Agudo Ávila*”. Apenas abrí la puerta vaivén me crucé con un agente de la Policía de Acción Táctica, que llevaba su uniforme negro y el arma reglamentaria en la cintura. Venía bajando la escalera que se abre a la derecha, la que minutos después sabría que conduce a la oficina de la Dirección del Hospital. Después de anunciarme en la Mesa de Entradas, subí para concretar una reunión pautada unos días antes telefónicamente con quien por entonces era el Director del “Instituto”. En la sala de espera del tercer y último piso unas pocas sillas rodeaban el hall desde el cuál una puerta aclaraba con cartel de papel impreso: Asesoría Jurídica. La de la Dirección, en cambio, llevaba un cartel negro con letras doradas, con el auspicio del laboratorio *Roemmers*.

Al entrar a la oficina, tomé asiento y recorriendo el lugar con la mirada, me detuve en las puertas abiertas de un armario empotrado que dejaban ver un monitor con la imagen partida en cuatro: cuatro cámaras de seguridad de las cuáles sólo llegué a reconocer la de la puerta de ingreso por donde había pasado unos minutos antes.

Un instituto psiquiátrico donde circula la policía armada, auspiciado por la industria farmacéutica y rodeado por cámaras de seguridad monitoreadas desde la Dirección. Mentalmente empecé a repasar textos, conceptos, categorías, documentos y declaraciones que remiten a ese mundo de control social sin disimulos ni medias tintas que rige en los manicomios.

Los problemas de las instituciones de internación allí apuntados -segregación, abandono, aislamiento, falta de condiciones de higiene, y un largo etcétera-, me siguieron rondando cuando, una semana después de aquel primer día, entré por primera vez al área de Internación del Hospital. Detrás de la Mesa de Entradas, una puerta de madera pintada de verde y que se abre con un timbre me dio paso al patio donde están emplazados los dos pabellones donde duermen, comen, *deambulan*, pasan el día, lavan su ropa, hacen gimnasia y reciben atención de su salud cincuenta y cuatro personas.⁵

Era poco más del mediodía, porque en el hall del Pabellón Dos se veían restos de la gelatina roja que habían dado de postre. El ambiente estaba invadido por una pequeña nube de moscas; el olor, infaltable en cualquier relato sobre el manicomio (Alberdi, 2008), era fuerte, mezcla de pucho y comida. La humedad rosarina aportaba lo suyo en ese día más bien gris, y casi no había personas dando vueltas. Algunos pacientes permanecían en el patio, otros miraban televisión, otros ya habían vuelto a sus habitaciones. El recorrido no pudo haber durado más de 20 minutos: salí del Pabellón Tres y de nuevo en la puerta verde, timbre y al otro lado otra vez.

Me llevó dos semanas volver. En mis primeras visitas, entraba al patio después de ser autorizada desde Mesa de Entradas, y me sentaba en una mesa a observar. Las imágenes se repetían: pacientes con ropas viejas y con la mirada perdida en un punto muerto del espacio, sentados en grupo en el patio, permanecían en silencio y fumando. Personas con franco deterioro que se movían con paso rígido hasta llegar a algún rincón del patio donde se dejaban caer por unos minutos, para volver a repetir ese movimiento en otra dirección. Otros se hacían de los restos de cigarrillos para darles una última pitada. También había personal del sistema penitenciario, asignados como custodios para pacientes que venían de alguna comisaría o penal, y que estaban en el patio tomando aire. Una vez, la que era por entonces coordinadora del área

⁵ La cantidad de pacientes alojados en el sector de Internación del Hospital fue variando –con tendencia a la baja– a lo largo del período en que se extendió el trabajo de campo. A los fines de la presentación de la información, he establecido el corte en el total de cincuenta y cuatro pacientes, correspondiente al número total de personas internadas al momento de realización del muestreo de colección completa para la revisión documental de historias clínicas. El total de camas para ese mismo período es de cincuenta y seis, según información provista por la oficina de Estadística de la institución.

de Internación me advirtió que tuviese cuidado en el patio porque había pacientes varones que venían de la cárcel y las autoridades no podían correr riesgos de que me pasara algo.

(...) La coordinadora de Internación (TS), me dijo que tuviera cuidado en el patio, porque había 4 varones jóvenes que vienen de la comisaría, llegaron ayer. Me asustó. De hecho, estando en el patio se sentó en la misma mesa que yo un pibe joven, y me fui por miedo. No entré a los pabellones hoy (DC).

El Hospital me producía extrañamiento, temor, tristeza por esas personas que no conocía y a las que no sabía cómo acercarme; o para qué; no podía salir de la perplejidad.

Debo decir que esa perplejidad no era sólo mía; “los otros” tampoco entendían muy bien qué hacía yo ahí. En mis primeras semanas en el hospital conocí a Florencia, que hacía pocos días había vuelto al área de Internación después de un corto período de alta. Sin mucho preámbulo, en una mesa del patio me espetó un “¿vos qué sos?” al que yo solo pude responder con un “*estoy haciendo un trabajo sobre políticas de salud mental*” y, para mi sorpresa, me devolvió un “con alguien así necesito hablar yo”. También me sorprendió Lorena, otra paciente, que al momento de la entrevista me dijo que estaba intentando conseguir un acompañante terapéutico para obtener el alta del hospital e irse a vivir a otro lado. “No sé si vos, si el gobierno me pueden ayudar con este tema”, me dijo. Marcela, abogada del hospital desde hace muchos años, me contó sobre una experiencia de análisis institucional que los integrantes de los equipos tratantes llevaron a cabo durante 2008-2009, coordinados por profesionales pertenecientes al Centro de Estudios del Trabajo de la UNR. Aquello era una instancia para reflexionar sobre las condiciones de trabajo y sus conflictivas, en pos de realizar evaluaciones críticas y corregir, reorientar, o reforzar líneas de intervención. Su expectativa era que yo retomara ese trabajo. Damián, viejo enfermero de Internación hoy trasladado a Consultorios Externos, quería que diseñáramos un ejercicio conjunto de escritura y reflexión sobre el hospital –“podemos escribir un libro”-, o reimpulsar la edición de *Registro*, la revista que él mismo había armado con otros integrantes del Servicio de Enfermería años atrás. Lo común es que todos me atribuyeron un saber, sobre el cual además fundaban sus propias expectativas, deseos o necesidades.

Es seguro que no hay un sentido unívoco para las identidades que se construyen en el campo, que se juegan entre el rol que la investigadora busca construirse, y el que los nativos le asignan; los objetivos resultan de esa interacción. Igual de cierto y más importante aún es partir de reconocer la propia posición en el campo intelectual, del saber, y la mirada teórica que se tiene sobre las cosas, puesto que se podría caer en el engaño naturalista de creer que podemos

acceder al mundo que queremos investigar sólo a partir de simplemente “estar allí”, como sostienen ciertas etnografías “realistas” o tradicionales (Guber, 2014). El sentido de la vista debe ser resignificado, a la búsqueda de una objetividad encarnada; que reconozca desde qué marco, desde qué localización parcial y situada observamos. La vista debe ser analizada incluyendo el poder; *ver es poder ver* (Haraway, 1995).

Antes de comenzar mi investigación y circunscribirla al hospital psiquiátrico, mi experiencia de compartir espacios con usuarios de servicios de salud mental se dio en un ámbito diferente, más cercano a mi propia cotidianeidad que a la de ellos. Fue en la Universidad, más específicamente en la Facultad de Psicología donde se puso en funcionamiento, a partir de un proyecto de extensión, una asamblea de usuarios a la que asistían personas que recibían atención o acudían a diferentes dispositivos de salud mental públicos provinciales. Algunos estaban externados y otros no. También participábamos graduados, estudiantes y docentes de las carreras de Psicología, Trabajo Social y Ciencia Política. La agenda de temas que se discutían en las reuniones que se hacían cada 15 días daba cuenta de los puntos urgentes y a la vez eternamente pendientes para el sector: el maltrato del personal de las instituciones de internación, los tratamientos impuestos, el uso abusivo de fármacos, la discriminación social, el silenciamiento de la propia voz. Semana a semana íbamos confeccionando colectivamente esa agenda de reclamos, discutiendo los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, e intercambiando ideas sobre cómo podían organizarse para garantizar su cumplimiento.

Por tanto, mi recorrido en la problemática de las políticas en salud mental apareció desde el comienzo directamente ligado a la pregunta y el cuestionamiento del hospital monovalente como fábrica de sujetos dóciles, espacio de arrasamiento subjetivo, de despojo de derechos. Pensar la especificidad del manicomio desde ese punto de vista fue el objetivo inicial de mi investigación.

Volviendo al campo, con el paso de las semanas y a medida que aumentaba la frecuencia de mis visitas al hospital, se fue haciendo más soportable permanecer en el patio. Conociendo y entrevistando a los integrantes de los equipos, familiarizándome con las personas internadas que habitualmente permanecían en las mesas al aire libre, poco a poco el hospital comenzó a *ensancharse*. Curioso proceso entre perplejidad-familiarización, en el que empecé a encontrar relatos sobre los desafíos que afrontaban los profesionales en su trabajo cotidiano, pacientes a los que el hospital los ayudaba a “ordenarse” para tolerar “el afuera”, o a los que alojaba ante una situación de abandono o de crisis profunda. En la rutina diaria, no notaba esquemas muy

rígidos, y empezó a darme la sensación de que –en parte- en el hospital cada quien hace un poco lo que quiere, es decir, lo que puede. Es cierto, las opciones son finitas, pero la vigilancia cotidiana, el ojo de la custodia precisa de los profesionales o del personal de enfermería no aparecía como algo obvio ni constante.

Más que de control, la situación era más cercana a la prescindencia. Vi pacientes saltar la reja para salir a la calle a plena luz del día o incluso consumir drogas en las mesas del patio a media mañana sin que nadie intervenga para impedirlo. ¿Captarían eso las cámaras de seguridad monitoreadas desde la dirección? En al menos tres oportunidades pude registrar cómo se tomaba noticia de que faltaba un paciente pasado más de un día de la “fuga”. Un paciente que provenía del sistema penitenciario se había escapado de la institución ya cuatro veces; cada vez que lo traían de la cárcel al hospital se fugaba, burlando la custodia de dos guardias penitenciarios asignados a su vigilancia las 24hs del día.

Caminando por el pasillo de los pabellones, además, noté que había algunos espacios con plantas, dibujos, elementos personales, ropa secándose desde alguna baranda contigua a un dormitorio. Diferentes señales que me fueron indicando algo sumamente obvio pero de lo que aún no había tomado nota: que gran parte de esas personas viven ahí, que su vida es *en* el hospital, que la componen una serie de horarios, objetos, relaciones con el entorno, actividades–talleres, caminatas, salidas-, algunos pocos espacios privados y otros más que son compartidos. Todo aquello que hace a la construcción de una cotidianeidad no circunscripta a lo asistencial, sino desde un sentido más amplio, a la gestión del día, de los días, de la vida en la Internación. Que hacen del hospital un ámbito de armado de rutinas, de espacios cuasi domésticos.

Ese encuentro entre mi reflexividad y la de los nativos fue moldeando en adelante la delimitación del campo, mi mirada de los otros, la mirada de los otros sobre mí, hasta mis interrogantes y objetivos en la medida en que se abrió paso una reaprehensión del mundo a investigar desde otra perspectiva (Guber, 2014). Desde la mirada de los “conocimientos situados”, puede decirse que se trata de abandonar la perspectiva desde la cual el objeto de la reflexión e investigación es pasivo, inerte, pensado como recurso, estático, objeto fijo que hay que dominar (conocer), y en cambio comprender a ese objeto también como agente, como actor material semiótico –en tanto existe y produce sentidos, significados-. El hospital y sus habitantes se fueron volviendo el objeto no a “descubrir” sino con el cual entablar una conversación, “una relación social de «conversación» cargada de poder” (Haraway, 1995: 342).

El trabajo de campo tuvo una duración de 2 años y medio, durante 2016, 2017 y los primeros meses de 2018, teniendo como base la observación participante y no participante – estas últimas, asentadas en guías (Souza Minayo, 1997)- en diferentes espacios del Hospital, entrevistas en profundidad, semi-dirigidas y etnográficas (Valles, 1999; Guber, 2005; Hammersley y Atkinson, 1994) a trabajadores y pacientes de la institución, revisión de historias clínicas y otras fuentes primarias, además de la bibliografía especializada.

He puesto en práctica la triangulación de los datos producidos mediante esa variedad de técnicas como una herramienta para fortalecer la información sobre la que se sostienen mis análisis. Buscar fuentes diversificadas de construcción de la información y cruzarlas entre sí, en primer lugar, cumplió la función de resguardo metodológico (Benavides y Gómez Restrepo, 2005). Pero aún más, en el ejercicio de triangular los datos, corroboré que cada método tenía su alcance así como sus límites, y que la intersección entre ellos debía potenciar el alcance y, más que correr el límite, ayudarme a reconocerlo. Ello fue útil sobre todo para poder ajustar y calibrar qué esperar de cada técnica, y qué valor guardaba cada dato construido en la totalidad del corpus de información con la que trabajé. De este modo, en la triangulación puede verse que los hallazgos de la investigación se ubican en el punto de intersección entre la exhaustividad del ejercicio investigativo y la incompletud inevitable en las respuestas construidas.

La frecuencia de estadía en el Hospital fue variable: hubo meses en que asistí de lunes a viernes, alternando horarios que rondaban entre la mañana y las primeras horas de la tarde, y otros en que la frecuencia fue menor de acuerdo al tiempo que me llevó desgrabar entrevistas, repasar notas y elaborar reflexiones analíticas del proceso investigativo. Alternar la frecuencia de mis visitas fue positivo, pues, en los períodos en que acudía diariamente, si bien tenía la ventaja de recolectar gran cantidad de información, a la vez incorporaba una dinámica de rutina, alejándome del extrañamiento necesario para poder observar y problematizar lo que sucedía.

El principal soporte para el registro cotidiano de mis actividades fue el diario de campo, en el que elaboré las notas de cada una de mis visitas. En el diario distingo: notas descriptivas de escenas y conversaciones; notas descriptivas de los contextos en que desarrollé entrevistas; notas metodológicas y planificación de tareas; notas teóricas a modo de memos en los que sugería conceptos, categorías o posibles modos de codificación de situaciones vivenciadas; notas personales, de sensaciones y sentimientos que me atravesaron en innumerables momentos de mi estadía en el campo. Cuando comencé a acercarme a la etapa de finalización y salida del campo inauguré un nuevo cuaderno de notas metodológico-teóricas en el que fui procesando ideas y ordenando la escritura.

De la misma manera en que casi no necesito recurrir a mi diario de campo para recordar aquel primer día en el Hospital, o mi primer ingreso al área de Internación, no preciso repasar las notas sobre lo que sucedió un día en que, casi como un rayo, el momento de salida del campo llegó a mí. Desde el *office* de los equipos profesionales, mientras tomaba notas rápidas de una historia clínica, por un momento atiné a responder a una persona que pedía ayuda desde el pasillo de la misma manera naturalmente incorporada en la que la hacen aquellos que viven bajo demanda constante de cosas: “no está”, “más tarde” “ahora no puedo”. El extrañamiento había dado paso a la familiarización, y la familiarización a la incorporación mecánica y rutinaria de los modos diarios de la institución. Fue momento de cerrar.

El texto.

El texto etnográfico es el resultado de la articulación entre teoría e investigación en terreno. Mi propósito es exponer un texto descriptivo en el que poder conducir al lector al mundo investigado a través de la reconstrucción de escenas vivenciadas y de casos construidos a partir de los cuales dar cuenta de mi ejercicio analítico y teórico.

Los capítulos subsiguientes avanzan a partir de la descripción pormenorizada de escenas, reconstruidas a partir de las notas de campo y con la implicación propia que se pone en juego en el trabajo etnográfico. En este sentido, Mario Pecheny, director de un equipo de investigación que hace de la metodología de las escenas una llave analítica valiosa para el estudio de fenómenos sociales desde la perspectiva cualitativa (Pecheny y Palumbo, 2017), señala de modo pertinente que “(...) las escenas deben ser reconstruidas, estilizadas y presentadas de manera tal que hagan justicia a lo que se nos ha dicho, a lo que nos contaron y a lo que memorizan y dicen los cuerpos” (Pecheny, 2017: 15).

La escena es superadora a la transcripción del diálogo; pues construye el contexto y el momento en que esos diálogos se suceden, y con ello fortalece las palabras, pero también otros intercambios que no necesariamente son verbales. En el caso particular del universo de la internación psiquiátrica, además, buscan ilustrar de la manera más certera posible una porción del mundo de los “nativos” que puede resultar poco conocida para quienes son ajenos al campo. La construcción de ese mundo a través de este recurso se realiza reparando en el hecho de que la mera descripción empírica no es tal, sino que ésta misma adquiere el valor de ser un producto del trabajo analítico y conceptual, fruto del ejercicio etnográfico entendido como una tarea interpretativa (Guber, 2014; Rockwell, 2009).

Las escenas confieren un recurso de utilidad, pues sirven para reconocer, entre el cúmulo de información abundante, acontecimientos importantes o distintivos, que se destacan en el transcurrir de los días en el hospital psiquiátrico. Su reconstrucción, además, aporta cierta estilización al texto, en un intento por escapar a la estructura clásica de la exposición de datos o resultados –transcripciones textuales y su confrontación con las nociones teóricas-. Con la descripción de escenas mi intención ha sido mostrar, de la manera más equilibrada posible, lo profundamente dramático y lo complementemente usual siempre mezclado componiendo el día a día hospitalario.

En otros pasajes he optado por transcribir diálogos, frases de entrevistas o fragmentos textuales de documentos de la institución, con el objetivo de dar cuenta de la autoridad de la palabra de quien enuncia. Para hablar de diagnósticos, nada mejor que recurrir a la palabra médica; para reflejar el lenguaje institucional, los registros en historias clínicas o los protocolos de actuación son de inmenso valor. Lo mismo vale para los oficios y pericias forenses al momento de analizar las prácticas judiciales que tienen lugar en el hospital. De modo inverso, he intentado dar cuenta también de los modos en que esa palabra autorizada, con estatuto de verdad, es tomada por los otros: qué hace un paciente con su diagnóstico, cómo responde al lenguaje y a las normas de la institución.

También he echado mano a la construcción de casos abordados extensamente, como modo de ilustrar, a través de la experiencia particular de un paciente, el objeto teórico trabajado en cada capítulo. A través de las historias de Lorena, Fernando, Florencia, Antonio, Hugo, Jazmín, Jaime, Rubén, Mario, Rosita y Amelia, doy cuenta de problemáticas propias del campo a las que ponerles nombre propio. Cada caso es construido a partir de entrevistas en profundidad y entrevistas conversacionales con estas personas, la revisión exhaustiva de sus historias clínicas, y entrevistas con los profesionales del equipo interdisciplinario a cargo de sus tratamientos.

La muestra final quedó compuesta por 11 casos, fue elaborada de manera gradual, y con criterio teórico (Martinez-Salgado, 2012): en la elaboración de la información fueron emergiendo los conceptos teóricos para el abordaje del objeto de estudio, y a la vez fui estableciendo relaciones de cercanía con algunos pacientes que me permitieron conocer sus historias y contar con su consentimiento para la entrevista. La muestra es la resultante del cruce de ambas variables. Los primeros casos fueron seleccionados a partir de la sugerencia de los profesionales de los equipos a cargo de sus tratamientos, y el resto fueron incorporados en la medida en que avanzó ese proceso.

Unas páginas más adelante me detendré en la dimensión ética en que se funda todo el trabajo investigativo; allí repaso además las implicancias teórico-políticas y epistemológicas que conlleva hacer investigación social en el campo de la salud mental, involucrando a sujetos que cursan internaciones.

Para cerrar con este punto, interesa señalar que el texto etnográfico busca además *traducir* el ejercicio de articulación entre trabajo de campo y teoría de modo que pueda ser una narrativa que, en su situacionalidad, se preste al diálogo sobre el mundo investigado asumiendo de inicio su parcialidad. Si la intención antropológica de hacer inteligible una cultura para quienes no pertenecen a ella es un ejercicio equiparable al de los traductores, ellos mismos se han encargado de demostrar ya que no todo término en una lengua tiene su correspondencia en otra (Guber, 2014). Por lo tanto, el desafío es encontrar vías no etnocéntricas de traducción, a la vez que formulaciones que eviten imponer significaciones o lenguajes unívocos sobre el mundo estudiado, la romantización o apropiación de la mirada de los otros, asumiendo el carácter interpretativo y crítico del texto logrado, y realzando su carácter de herramienta de apertura a la conversación (Haraway, 1995).

4. Técnicas de recolección de la información y análisis.

El proceso de documentación me permitió aproximarme a la dinámica diaria de funcionamiento del Hospital, relevando las prácticas que componen la vida cotidiana allí. Si bien la referencia a “lo cotidiano” puede sonar demasiado vago – “una palabra mágica que dice todo y nada al mismo tiempo” (Braga Batista e Silva, 2007), - la utilizo como modo de referirme al conjunto de actividades y de prácticas a partir de las cuales volver inteligible la gestión de la vida en el Hospital: la asistencia y el cuidado de la salud, la vigilancia y el control, el uso del tiempo y las circulaciones por el espacio, las rutinas, los modos en que se establece la interacción, el lugar de enunciación de las prácticas discursivas, hasta la dimensión más administrativa de manejo del lugar. A continuación describo brevemente las técnicas que fueron utilizadas, de qué manera y con qué objetivos.

Entrevistas en profundidad, semi-dirigidas y etnográficas.

Realicé treinta y tres entrevistas a pacientes, trabajadores, ex trabajadores, profesionales, y funcionarios del área provincial de Salud Mental. Las entrevistas a ex trabajadores del Hospital y de la colonia psiquiátrica provincial tuvieron como objetivo indagar

sobre la historia reciente del campo en la provincia, haciendo hincapié en los procesos que tuvieron lugar después de la recuperación democrática. Si bien tenía algunas preguntas disparadoras y generales, fui haciendo lugar a los temas que iban surgiendo de los intercambios, que rondaban las experiencias personales de estas personas en su paso por los servicios. Los relatos tienen un contenido en clave de “balance político” de las transformaciones sucedidas – y las que no- con una mirada ya externa al hospital psiquiátrico. La Escuela de Trabajo Social de la UNR, un consultorio de psicoanálisis, un centro cultural comunitario, un bar cualquiera en la ciudad son los escenarios donde tuvieron lugar; ya sea en otro punto de la red de servicios, desde la práctica privada o de la formación, la evaluación sobre las prácticas del hospital ya es otra: es un relato en tiempo pasado y a la distancia.

Por su parte, las entrevistas con profesionales y trabajadores del Hospital durante el período de trabajo de campo –enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, abogados, médicos- fueron de tipo semi-dirigidas, abordadas con guías de preguntas según los temas que me interesaba tratar con cada uno, y fueron combinándose con algunas preguntas espontáneas que surgían a partir del rumbo que tomara nuestra conversación.

Las entrevistas a funcionarios del Hospital y la DPSM fueron realizadas con el objetivo de recabar información sobre las políticas vigentes y las perspectivas de trabajo elaboradas desde las oficinas estatales para la institución.

En consonancia con el diseño flexible y abierto, la muestra fue elaborada gradualmente, a medida que emergían conceptos que interpelaban las preguntas de investigación, o revelaban nuevas aristas al objeto de estudio. Resolver a quiénes realizar las entrevistas respondió antes que nada a este criterio; en algunos casos, las unidades de análisis fueron elegidas a partir del conocimiento teórico creado al calor del trabajo de campo –es decir, un muestreo teórico-, y en otros fue por vía de la llamada bola de nieve – un informante que recomendaba a otro por identificarlo como una persona que podía hacer un aporte en función de mis objetivos- (Martínez-Salgado, 2012).

El objetivo de las entrevistas a once pacientes internados fue recabar información sobre sus relatos de vida y sobre su cotidianeidad en el Hospital. Si bien tenía algunas preguntas generales comunes, cada conversación es particular y aborda los temas a los que me fueron llevando con sus relatos, o a los que intenté conducirlos por tener un conocimiento previo sobre sus historias; algunos haciendo hincapié en la medicación, otros en la posibilidad de tener el alta pronto o una derivación hacia otra institución, otros de sus salidas recreativas, de la relación

con sus familias, de las causas de su sufrimiento, de su relación conflictiva con la ley penal, etc. Sobre los aspectos éticos y los criterios seguidos para la selección de los entrevistados, me detengo en el próximo punto de este capítulo.

Para todas estas entrevistas utilicé el consentimiento informado, diferenciando su forma entre funcionarios públicos del área de salud mental, trabajadores y profesionales del hospital, y los pacientes. Ya que no se trata de una investigación con aspectos clínicos, el uso de consentimiento es un requisito fundamentalmente ético (Garbus et. al., 2009) que hizo viable esta dimensión del trabajo. Asimismo, en todos los casos utilicé el grabador como soporte del registro, y prácticamente no tomé notas durante las conversaciones.

En la mayoría de los casos mi primer contacto, tanto con trabajadores o profesionales como con los pacientes, fue el momento de esta entrevista, formalmente planteada, en la que dedicaba bastante tiempo a explicar los objetivos de mi investigación, los porqués del uso del consentimiento informado y del grabador, su derecho a no participar y no responder preguntas si así lo deseasen. Esa instancia casi de presentación fue sucedida por múltiples encuentros casuales y conversaciones de distinto tipo facilitadas por la misma dinámica del ejercicio etnográfico y la presencia en el campo. En los espacios donde realizaba observaciones, en paseos, *vagabundeando* en la esquina o compartiendo un café en las inmediaciones del hospital, no me faltó oportunidad para hacer preguntas sobre cosas vistas u oídas, que llevaban a conversaciones o intercambios más o menos casuales.

Estas entrevistas conversacionales (Valles, 1999) o etnográficas (Guber, 2005 y 2014; Hammersley y Atkinson, 1994), me permitieron seguir profundizando sobre aspectos que habían emergido en las entrevistas grabadas, y ya sin mediación del grabador, aparecían nuevos puntos de vista, declaraciones *off the record*, es decir, una cantidad de información y datos que fui volcando en el diario de campo. Estos datos facilitaron el seguimiento de las diversas posturas frente a problemáticas del hospital –sobre todo, el problema de los pacientes penales, la circulación de drogas ilegales, los conflictos cotidianos vinculados a robos o agresiones, las posibilidades de derivación y externación de pacientes, las expectativas de éstos, entre los más recurrentes-, importantes fuentes del análisis empírico volcado en los capítulos siguientes.

Observación

Realicé observaciones de manera sostenida en diferentes puntos del área de Internación del Hospital, que me permitieron una aproximación a las dinámicas de funcionamiento

cotidiano, la ocupación del tiempo, los movimientos por el espacio, etc. El patio sobre el que están emplazados los dos pabellones es un punto de observación privilegiado para eso. Pasé mañanas y tardes sentada en alguna mesa a la sombra, a veces sola, la mayoría de las veces acompañada por algún paciente con quien tomar mates, charlar o simplemente estar en silencio. Allí observé diversas escenas que conforman la vida cotidiana del hospital: visitas familiares, sesiones terapéuticas, peleas, transacciones, rondas de pacientes, clases de kinesiología, talleres de costura, rondas de personal policial custodiando a los pacientes provenientes del sistema penitenciario, entre otras.

Por otra parte, “el dos-diecisiete”, la sala del pabellón 3 que hace las veces de *office* de los equipos profesionales de Internación fue el otro punto privilegiado de la observación. Allí presencié reuniones de pase de sala, entrevistas de los equipos con los pacientes, reuniones de los equipos con abogados asesores del hospital, reuniones entre acompañantes terapéuticos, redacción de informes, además de las actividades cotidianas propias de Internación: sobre todo, la atención a demandas variadas de los pacientes que van desde llamadas telefónicas, comida, dinero, medicamentos, yerba, cigarrillos, atención médica por algún dolor, etc. Siempre hay alguien tocando la puerta del dos-diecisiete y afuera los pacientes se amontonan buscando algo. A veces se abre, y otras se contesta a los gritos de un lado al otro.

Luego, los pasillos y halles comunes de ambas plantas de cada pabellón fueron puntos de observación que me permitieron documentar el movimiento de pacientes en sus actividades “domésticas”: algunos lavan su ropa, acomodan sus habitaciones, se escucha música, se hace ronda de mates, en los halles se mira televisión, se juega ping-pong, o simplemente, se está.

Por último, en mis recorridos con pacientes a quienes acompañaba en salidas informales, tuve oportunidad de participar y observar talleres y actividades del Centro Cultural Gomecito, ubicado a la vuelta de la esquina, en la misma manzana del Hospital. Esas observaciones también fueron registradas en mi diario de campo, y me aportaron datos sobre las dinámicas de funcionamiento de estos espacios de participación y recreación.

En términos generales, en los momentos en que hice observación junto a pacientes – patio, paseos, recorridos- fue en una clave de observación participante, es decir, formando parte activamente de la escena que se presentaba, la actividad llevada a cabo, era parte de la conversación o el diálogo. En los momentos en que hice observación en el dos-diecisiete, fue un ejercicio más cercano a la observación no-participante. Aunque es difícil la separación entre sólo mirar y participar de lo que se mira, en general durante mis estadias allí permanecía en

silencio, atenta a las dinámicas de trabajo o las actividades que se desarrollaban, sin buscar interferir. De todos modos es útil señalar que estas distinciones son posibles de hacer en la medida en que se reconozca que “son más analíticas que reales”: no hay plena participación al punto de que quien investiga sea “una más” entre los nativos, como no hay separación tal al punto que la presencia del investigador no interfiera en absoluto en la escena y quienes la protagonizan (Guber, 2014: 53). Tal como lo señala Bonet, esta técnica antropológica es fruto de una combinación variada de observación/aislamiento, participación/intromisión (Bonet, 2004: 19), donde, no sobra decir, lo que predomina no depende solamente de la decisión de quien investiga, sino también y fundamentalmente, de quien es investigado (Guber, *ibídem*).

Revisión de historias clínicas.

Durante la última etapa del trabajo de campo, llevé adelante la revisión de 54 historias clínicas de personas ingresadas en el área de Internación del Hospital. Se trata de un muestreo de colección completa (Martínez-Salgado, 2012) ya que incluyó a todos los pacientes internados al momento del corte temporal que establecí para este trabajo documental, que ascendía a 50. A ese total sumé la revisión de dos historias clínicas de dos pacientes que había entrevistado y luego fueron externados en el período que separó la etapa de entrevistas de la etapa del trabajo con estos documentos, y de otros dos pacientes también entrevistados por mí que se encontraban en proceso de externación, esto es, con permisos de salida extendidos.

Para el procesamiento de la información, elaboré una planilla de registro que completé a mano y luego digitalicé; estandarización que luego tuvo ciertas dificultades en la medida en que las historias clínicas se caracterizan por cierta heterogeneidad en su confección. Incluso tratándose de documentos legales que se supone deben responder a cierto formato y requisitos, el criterio de apreciación de lo que es registrable, lo importante y lo accesorio para componer en una HC es más bien ambiguo y heterogéneo. El nivel y extensión de los registros de evolución diaria se modifican de acuerdo a los pacientes de que se trate, del tiempo disponible de los equipos, de si la composición de éste es completa o falta algún miembro –por licencias, por traslados, por renunciadas-, entre otras razones. Por eso la información que proveen las HC es variable entre una y otra: existen las que tienen los formularios legales en blanco, las que les faltan hojas, las que están perdidas, las que sólo tienen registros sobre la provisión de medicación, o notas judiciales. Por ello, no todas las planillas pudieron ser completadas al 100%.

La revisión de cada carpeta fue un trabajo extendido a lo largo de dos meses. En esas planillas registré, entre otros datos demográficos: cantidad y año de las internaciones, diagnóstico(s), visitas, actividades culturales o recreativas, registros de “fugas” y permisos de salida, situación judicial y niveles de autonomía para el cuidado de la salud. Además, para el caso de pacientes en conflicto con la ley penal así como aquellos declarados inimputables, documenté las evaluaciones de medicina forense del poder judicial y notas judiciales.

Para los casos de los pacientes a quienes había entrevistado, hice una revisión exhaustiva de sus historias clínicas, revisando las carpetas enteras, desde los informes judiciales hasta los elaborados por sus acompañantes terapéuticos, las evoluciones diarias⁶, y el *report* de enfermería sobre provisión de medicación (anotando la frecuencia diaria de ingesta de medicamentos, y el número de drogas mencionadas). En dos casos, no pude acceder a las historias clínicas completas –no se encontraban las carpetas en ningún lugar del Hospital-, por lo que tuve que construir estrategias *ad hoc* para recabar la información. En parte, la obtuve de sus equipos tratantes y de los informes escritos por sus acompañantes terapéuticos.

Las historias clínicas me proporcionaron un cúmulo muy grande de información; prioricé sobre todo aquella atinente a la construcción del diagnóstico o la variación de éste en cada paciente, el modo de codificarlo en la historia, y me detuve en apuntar algunos modismos que se utilizan en el registro diario de la evolución/evaluación de las personas allí internadas, entendidos aquí como categorías nativas que nutren el análisis empírico del caso. Para el caso de los pacientes en conflicto con la ley penal, además, registré las categorías diagnósticas del cuerpo médico forense, el lenguaje judicial y otros indicios que me permitieran dar cuenta de las características que asumen las prácticas judiciales en el Hospital.

Por último, otras fuentes documentales con las que trabajé fueron las dos ediciones que tuvo la revista *Registros*, producida por personal de Enfermería del Hospital en los años 2011 y 2012. Contienen artículos cortos, relatos ficcionales y notas de opinión escritos por enfermeros y enfermeras del hospital.⁷ Asimismo, tomé en consideración la Resolución Judicial y sus anexos que falló a favor de la construcción de un Pabellón de Seguridad para pacientes

⁶ La “evolución” es una parte de la historia clínica, que contiene las actividades diarias llevadas adelante por el equipo interdisciplinario con el paciente. *Evolucionar* es un modismo que los profesionales utilizan para llamar a la tarea de actualizar los informes diarios en las historias clínicas de los pacientes. En general lo hace uno de los integrantes del equipo y el resto luego lo firma. Puede contener informe de algo conversado con el paciente durante una entrevista, el registro de un trámite legal realizado, o de una visita recibida, los horarios de los permisos de salida otorgados, etc.

⁷ Ambas ediciones de *Registros* circularon de manera gratuita por los diferentes servicios del hospital, y pudieron imprimirse con apoyo de la Dirección de aquel entonces. Luego la producción de la revista se vio interrumpida y actualmente ya no existe, tampoco otra publicación o producción escrita de trabajadores o profesionales.

provenientes del servicio penitenciario, que tuvo lugar a fines del año 2016 a raíz de un conflicto suscitado en el Hospital.

Procesamiento y análisis.

El proceso de análisis requirió la organización de un extenso cúmulo de información. En el hospital toda la información fue tomada a mano, con la excepción de entrevistas y algunas pocas notas de observaciones grabadas. La digitalización en el procesador de textos fue paralela al trabajo de campo. Todas las notas van acompañadas de fecha, horario y breve descripción del día en que fueron tomadas –clima, momento de la semana, algún suceso en particular que defina la característica del día-. En algunas ocasiones he recurrido a los audios de las entrevistas, ejercicio muy valioso para recuperar parte del ritmo y los énfasis de la conversación que inevitablemente se pierden en la transcripción. En conjunto, conforman un único corpus de datos de campo. A ellos sumo fuentes escritas secundarias, como manuales, documentos, normativas, legislación y tratados internacionales, fuentes históricas, e información periodística.

El diario de campo, las entrevistas y las historias clínicas han sido procesados mediante códigos y extracción de expresiones o frases textuales. La codificación tomó como referencia las dimensiones tomadas en las entrevistas, y fueron agregándose o modificándose en la triangulación con las historias clínicas y las notas de campo. Prioricé la utilización de códigos nativos o *in vivo*, recuperando las expresiones de los propios actores del campo. En otros casos, utilicé códigos con sustento en las lecturas teóricas y el trabajo de fichaje de la bibliografía especializada de referencia. Todo ese trabajo fue realizado con soporte del software Atlas.Ti (Chernobilsky, 2006).

A los fines del análisis, en el conjunto de pacientes realizo distinciones a partir de una serie de dimensiones –tiempo de internación, diagnóstico, relación con la institución y sus miembros, propuesta terapéutica, relación con la ley penal- que conforman las unidades de análisis para el trabajo empírico. En el caso de profesionales, funcionarios y trabajadores del hospital, establezco algunas distinciones que creo pertinentes a los fines de la pregunta de investigación: la profesión y el lugar que ocupa en la institución o dentro de los equipos interdisciplinarios son elementos importantes a ser señalados en su heterogeneidad, de modo de poder dar cuenta lo más cabalmente posible del ejercicio de gobierno en el hospital, sus

racionalidades, sus voces de autoridad, las tecnologías, y los procesos de subjetivación que tienen lugar.

5. Consideraciones éticas sobre la investigación social en salud mental.

Una dimensión insoslayable de la investigación en salud mental es la de las consideraciones éticas, en tanto involucran a sujetos en situación de vulnerabilidad social que, además, en condiciones de internación en una institución monovalente bajo tratamiento clínico, se encuentran más expuestos a situaciones que podrían configurarse como violatorias de sus derechos. A continuación desarrollo algunas reflexiones teórico-metodológicas al respecto, así como los recaudos tomados a la hora de seleccionar la muestra y desarrollar las entrevistas.

Al momento de planificar mi ingreso definitivo al campo, a partir de la bibliografía especializada (Garbus et. al, 2012; Romero et.al., 2004; Vidal, 2017) y tomando las recomendaciones de investigadores con experiencia en el campo de indagación, me preocupé particularmente por solicitar los requisitos exigidos por los Comité de Ética del Ministerio de Salud y/o de la institución, para ajustar la investigación a esos parámetros. Si bien hay estudiosos que afirman que existe una tendencia a institucionalizar las evaluaciones éticas de proyectos de investigación que se llevan adelante en instituciones médicas –aunque con criterios más cercanos a las evaluaciones clínicas que considerando métodos y propósitos de los estudios cualitativos (Mantilla y Alonso, óp. cit: 110)-, y la experiencia documentada de otros trabajos señalan la incidencia de los Comité de Ética de estas instituciones como obstáculos para el acceso al campo (Mantilla, 2008; Carrasco et. al., 2021), ni la Dirección Provincial de Salud Mental ni el Hospital donde realicé el trabajo pudieron proveer información sobre la existencia de una instancia ocupada de regular estas cuestiones. En las entrevistas que mantuve con los funcionarios a cargo de ambas entidades previas al inicio del trabajo en el campo, al preguntar por los requisitos y pasos a seguir que debía cumplimentar, me encontré con respuestas que daban cuenta de que no había una política institucionalizada o reglada respecto de este tema. La DPSM no pudo brindarme información sobre trámites o protocolos que fuesen obligatorios para poner en marcha el trabajo de campo. Aún con esa limitación, este estudio atiende a los resguardos éticos que la investigación social requiere para estos casos, mediante el uso de consentimiento informado, la preservación de la confidencialidad y el anonimato, así como el derecho de las personas entrevistadas a la no participación en la investigación o a retirarse de la misma si así lo considerase.

Hay coincidencias en afirmar que las reflexiones en torno a los principios éticos y las dificultades prácticas para su implementación en el campo de la investigación social están en expansión (Meo, 2010; Parrilla Latas, 2010). En ellas confluyen una serie de dilemas en los que las preocupaciones teóricas, metodológicas, jurídicas, subjetivas (de los sujetos de la investigación, y también de quién investiga) se yuxtaponen de modo complejo, planteando una serie de desafíos a la tarea investigativa.

A ellas se suman una serie de herramientas jurídicas y del derecho internacional, lineamientos de Comités y Consejos de Investigación que tienen por objetivo reglar el ejercicio de las investigaciones que involucran personas, de modo que se les proteja en sus derechos al tiempo que aseguren la validez así como los beneficios que devienen de las investigaciones científicas -descubrimientos, nuevos saberes, diagnósticos para la toma de decisión y diseño de políticas, entre otros-. Se cruzan allí las normativas más generales respecto de los derechos que asisten a las personas que participan en investigaciones en salud, y aquellas herramientas específicas destinadas a proteger y regular los derechos de las personas con padecimiento subjetivo. Entre otras, vale mencionar: la Declaración de Helsinki (su primera versión es del año 1964), el Informe Belmont sobre Principios y Guías Éticos para la protección de sujetos humanos de investigación (1979), los Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991), la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007), la Ley Nacional de Salud Mental 26657, la Ley Provincial de Salud Mental 10772 de Santa Fe. Sumo por último los Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET.

Tal como señala Meo (2010), la literatura especializada y las herramientas normativas disponibles identifican tres principios que orientan la práctica de investigación referido a las cuestiones éticas: el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato. El carácter confidencial de la información recibida y el anonimato entendido como la protección de la identidad de la persona que la brinda están contenidos en el consentimiento informado, a la vez que existen una serie de mecanismos y técnicas para cumplimentarlos, que incluyen cuidados en el guardado de documentos y fuentes de información, así como la presentación de datos bajo seudónimos y con modificaciones que impidan que el informante sea reconocido.

Siguiendo a Garbus, Solitario y Stolkiner, se puede afirmar que “el consentimiento informado es un aspecto dentro de la investigación social cuya utilización se ha convertido en los últimos años en una condición ineludible para sostener la viabilidad de un estudio dentro de

aspectos éticos aceptables” (2012: 330). Como herramienta, el consentimiento parte de considerar los principios de autonomía y capacidad de tomar decisiones de los individuos invitados a colaborar en un proceso de investigación.

Así, en la Declaración de Helsinki sobre Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asamblea Médica Mundial AMM de 1964, y cuya última enmienda tuvo lugar en el año 2013, se establece que “en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. (...)” (artículo 9). Respecto del consentimiento informado, establece la distinción entre personas capaces de otorgarlo y personas que no, para quienes considera una serie de requisitos y salvaguardas. En todos los casos, la solicitud de consentimiento abarca la obligación de brindar información adecuada sobre la investigación de la que se quiere hacer partícipe a la persona: los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, riesgos, beneficios, y todos los aspectos que se consideren pertinentes. La participación o en su defecto, la decisión de no participación debe ser considerada un derecho de la persona convocada, así como la posibilidad de negarse a brindar información o retirarse de la investigación si así lo desea, sin exponerse a represalias (artículos 25 y 26). Para los potenciales participantes incapaces de brindar consentimiento por sus propios medios, aparece la figura del representante legal (artículo 28).

El Informe Belmont parte de señalar tres principios éticos básicos que deben regir toda investigación biomédica con sujetos: respeto, beneficio y justicia. Sobre el primero, dirá que está directamente vinculado al respeto de la autonomía, y al derecho a la protección para aquellas personas cuya autonomía puede verse disminuida por alguna razón. “Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás” (principio B 1). Esta idea está directamente vinculada a la aplicación del consentimiento informado, en la medida en que el respeto a las personas implica respetar su capacidad de decidir. El Informe detalla, incluso señalando la existencia de controversias respecto de los alcances del consentimiento y de sus componentes, la importancia de que todo ese proceso contenga al menos tres elementos: información, comprensión y voluntariedad (principio C 1). Así como con la Declaración de Helsinki, el Informe advierte que la capacidad de comprensión puede verse limitada en algunas personas por alguna

condición particular, lo que exige la adopción de medidas especiales, y considera la posibilidad de involucrar a terceras partes a fin de garantizar su protección.

Un año después de la Declaración de Caracas sobre la restructuración de la atención psiquiátrica en América Latina de la OPS, la Asamblea General de la ONU aprueba los Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, entre los cuales se establece el de consentimiento informado para el tratamiento médico. El principio 11 –el más extenso del documento que contiene 25 en total- lo define como “el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda” acerca de todas las cuestiones referidas a su tratamiento. Asimismo, anticipa una serie de casos en los que la persona podría verse impedida de prestar consentimiento: cuando se trata de un paciente involuntario, cuando se reconoce incapacidad de prestar consentimiento al tratamiento pero está en riesgo la seguridad del paciente y/o la de terceros, cuando una autoridad independiente confirma que el tratamiento dispuesto es el más indicado para atender a la problemática de salud de la persona. Luego agrega que esas razones dejan de ser válidas cuando el paciente cuenta con un representante personal que esté facultado por la ley para hacerlo en su lugar.

Si bien estos principios no regulan el consentimiento en la investigación sino en los tratamientos médicos, es interesante tomarlos en cuenta para considerar cómo se construye la idea de autonomía y de capacidad en las personas con padecimiento subjetivo, y contrastarlo con otras herramientas. Por ejemplo, la Convención de Derechos para las Personas con Discapacidad-CDPD, es la herramienta más avanzada al momento de considerar el alcance del consentimiento en personas que presentan algún tipo de discapacidad –incluyendo las “deficiencias mentales” según el art. 1-, en tanto sus regulaciones respecto de la capacidad jurídica (art. 12). En tal sentido, la Convención significa un cambio de paradigma (Fara, 2010; Solitario, 2013) al reconocer, en primer lugar entre sus principios generales, el respeto a la libertad de tomar las propias decisiones, y en segundo lugar, al establecer el igual reconocimiento como persona ante la ley de las personas con discapacidad. Asimismo contiene la disposición a crear sistemas de apoyo para el pleno ejercicio de la capacidad jurídica, además de salvaguardas adecuadas y efectivas de modo de prevenir posibles abusos. En lo que respecta al consentimiento informado, la CDPD habilita a las personas declaradas incapaces a decidir por sí mismas, sin necesidad de intervención de terceras personas.

Considerando la normativa local, los principios de capacidad y autonomía en la toma de decisiones están regulados en la Ley Nacional de Salud Mental en el artículo 7 sobre derechos de las personas con padecimiento mental. En el inciso j) se estipula el “derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales”. Asimismo, el inciso k) establece el “derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades”. Por último, y con respecto a las investigaciones biomédicas, el inciso m) señala que es derecho de las personas “no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente”. Por su parte, la Ley Provincial de Salud Mental 10772 establece en el artículo 2 el “derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad”, en tanto toda persona que padezca sufrimiento tiene derecho a que sus opiniones sean tenidas en cuenta, a ser informada en todas las cuestiones relativas a su tratamiento, así como del resguardo de su intimidad de toda intromisión innecesaria.

Por último, cabe mencionar el documento “Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades” aprobado en 2006 por el Comité de Ética de CONICET y que funciona a modo de guía para investigaciones de estas áreas para orientar prácticas y decisiones respetuosas de la dimensión ética de todo trabajo investigativo (Meo, 2010). En consonancia con las herramientas documentadas hasta aquí, estos lineamientos disponen el consentimiento como requisito para la participación (punto 3), así como el mantenimiento de la confidencialidad y privacidad en el manejo de archivos o listados que identifican individuos participantes (punto 8) (CONICET, 2006).

Se puede afirmar entonces que a nivel internacional se consolida cierta tendencia a la institucionalización de códigos de conducta, mecanismos regulatorios y de sanción, así como una tendencia a la concreción de herramientas normativas propias de un paradigma de ampliación de derechos y respetuosas de las personas tanto en la dimensión de la investigación como del tratamiento, y que ello tiene su correlato a nivel local. Resta reparar más bien en la reflexividad crítica de sus alcances, de su aplicación, y de lo que en términos de las prácticas investigativas concretas con personas evoca la pregunta por su dimensión ética.

En este último punto, resulta interesante detenerse en las reflexiones de tres investigaciones sobre problemáticas y prácticas del campo de la salud mental recientes y en el contexto local. Dos de ellas involucran personas que, además de presentar padecimientos

subjetivos, han sido declaradas incapaces como resultado de un juicio de insania y sobre quienes pesa una curatela. Los interrogantes y dilemas que se presentan en torno a los alcances del consentimiento informado ocupan un lugar prioritario en las investigaciones de Tesis de Romina Solitario –reseñada brevemente unas páginas arriba- y de Gabriela Bru, cuyo trabajo aborda la judicialización de la salud mental en la ciudad de Mar del Plata. La investigación de Cecilia Tamburrino, también ya mencionada en un apartado anterior, comparte algunas preocupaciones similares, por tratarse del caso de personas con diagnóstico de retraso mental. Si bien Tamburrino no se enfoca en la situación judicial de los casos que componen su muestra, sí se encuentra con los desafíos del consentimiento pero sobre todo, de la construcción de un vínculo a través del cual hacer posible la comunicación y la construcción de información. El punto en que convergen sus trabajos, y que conforma, de algún modo, el espejo en que mirar las propias decisiones en el trabajo de campo, son parte de una apuesta por robustecer una “reflexividad colectiva en torno a la dimensión ética del quehacer investigativo” a la que convoca Meo como conclusión de sus reflexiones en la materia (2010).

Solitario (2013) señala que el interrogante sobre las características del consentimiento informado en personas que han atravesado un proceso judicial que tuvo por resultado la declaración de incapacidad y la definición de un curador a cargo de sus decisiones estuvo presente desde el inicio de su trabajo en terreno. Las implicancias que tiene el reconocimiento de derechos, deseos, necesidades que tienen estas personas a la hora de ser consideradas para una investigación le planteó reflexiones y análisis propios del proceso de investigación que fueran más allá de la aplicación del consentimiento informado como “requisito” de la comunidad científica. En función de una revisión de instrumentos normativos y legales nacionales e internacionales, a la que sumó entrevistas a informantes clave, decidió solicitar consentimiento informado personal a estas personas, excluyendo de ese proceso al curador, que en algunos casos se encontraba presente, aunque eso no fuera considerado parte del consentimiento. Concluye que “el consentimiento de los/as entrevistados/as se obtuvo en función de una reflexión ética [respetuosa] de sus derechos, [que fue] más allá del simple resguardo legal” (Solitario, 2013: 34).

Por su parte, Bru (2019) señala que uno de los grandes desafíos que enfrentó en su investigación fue cómo situar en el centro de la escena los testimonios de personas con padecimientos subjetivos que, en su mayoría y desde el propio Estado, siguen siendo personas consideradas incapaces y mantenidas bajo la figura de la insania. Al igual que Solitario, reconoce la necesidad de superar la idea del consentimiento informado como “requisito” en pos

de construir salvaguardas a la vulneración de derechos de poblaciones ya vulneradas. La participación de las personas entrevistadas en su investigación fue voluntaria y bajo consentimiento informado prestado directamente por ellas y con las indicaciones señaladas por los instrumentos legales disponibles ya descriptos: confidencialidad, anonimato, derecho a retirarse de la investigación, y a no responder preguntas en caso de que no quisieran.

En el trabajo de Cecilia Tamburrino (2012) sobre personas con diagnóstico de retraso mental internadas en hospitales monovalentes, la pregunta por el consentimiento –sobre la posibilidad y la “capacidad” de otorgarlo- aparece más bien ligada a una reflexión crítica sobre los estudios de etnografía en discapacidad intelectual que ella reseña y los alcances de la entrevista como herramienta etnográfica de construcción de información. La autora vuelve sobre trabajos en los que se examina el problema de la autenticidad de relatos, la validez y confiabilidad de la palabra de estas personas, el alcance del pensamiento abstracto, los límites en la narración de sus propias historias, entre otras. Ante ello, estos estudios exponen que es necesario que el investigador aguce la mirada para detectar los datos inverosímiles, y construya técnicas de triangulación y contrastación que le permitan despejar lo real y lo cierto de lo que no lo es (ibídem: 61).

Deconstruyendo estas miradas que, según su juicio, ponen la falta en el otro al tiempo que sobrevaloran la propia capacidad de quien investiga, Tamburrino señala que el principal riesgo es que, a la hora de pensar las entrevistas y las observaciones en el campo, lo que opere como determinante para el investigador sea la apreciación diagnóstica. En vez de la persona, quien habla es “el retrasado”, y el proceso de investigación gira en torno a ese prejuicio. A esa mirada le opone el desafío de buscar las formas de comunicación que hagan posible la interacción. La puesta en valor del sentido y significado de los sistemas simbólicos de las personas con discapacidad intelectual, de los modos de interacción y comunicación que utilizan, toma así la forma de *recaudo reflexivo* (ibídem: 63) a la hora de pensar el trabajo etnográfico y la aplicación de sus técnicas características.

Lo que repone la autora al respecto de estas cuestiones nos deja de frente a la pregunta sobre qué alcances tiene en verdad el objetivo de escuchar la voz, resituar a los protagonistas, recoger el punto de vista del actor en tanto valores de la mirada etnográfica, a veces muy cercanos al riesgo de caer en posturas más naturalistas o positivistas (ibídem: 63). La tarea exige, al mismo tiempo, una serie de consideraciones que nos alejen del riesgo de vulnerar derechos así como entender el límite que representa dar la voz si eso se limita a “construir el contexto propicio para hablar” y tener un “buen manejo” de las herramientas a mano. Por lo

demás, vale volver sobre las advertencias que Haraway (1995) expone al señalar que en las lecturas del punto de vista del actor, suponer una posición privilegiada de los sujetos subalternos nos deja a las puertas de cierto riesgo romantizador y suplantador.

Como señala Parrilla Latas (2010), por más informado y voluntario que sea, el consentimiento debe ser pensado como parte de investigaciones en las que la propia participación en el proceso de investigación de las personas vulneradas sea reflexionada y situada en su dimensión ética, lo que conlleva otros interrogantes y dilemas. A riesgo de reducir lo que contiene una serie de preguntas problemáticas complejas (¿Es suficiente el consentimiento? ¿A quién(es) beneficia el estudio? ¿Quién determina en última instancia las reglas de juego en la investigación? ¿De quién es propiedad la investigación? son algunas de las que propone la autora), el dilema central se plantea, desde mi punto de vista, en los siguientes términos: en tanto la investigación podría exponer a personas con derechos vulnerados por estar cursando una internación en un hospital monovalente, no hacerles partícipes supondría protegerlos, *a la vez que* silenciarlos. A la inversa, hacerlos partícipes supone volverlos protagonistas *a la vez que* exponerlos.

Llegado a este punto del planteo, el dilema ético entra en articulación con la perspectiva teórica y metodológica de mi trabajo en tanto me propongo, desde una mirada foucaultiana, analizar los procesos de subjetivación considerando a la vez las prácticas (de saber-poder) de constitución del sujeto en tanto objeto, y las posiciones que éste toma frente a ellas. Esto quiere decir que el análisis sobre los modos en que se gobierna la locura en el hospital psiquiátrico requiere dar cuenta de las racionalidades y tecnologías tanto como de las posiciones del sujeto que es blanco del gobierno a partir de las cuales establece una relación particular con esas racionalidades y tecnologías al modo de un juego estratégico (Foucault, 2017), pues “no hay modo de hacer investigación crítica sobre los procesos de subjetivación sin la voz de quienes suelen ser el blanco de las tecnologías de gobierno” (Carrasco et. al., 2021: 188). Dicho de otra manera, excluirlos en nombre de una postura protectora podría tener efectos negativos en términos de las posibilidades de construcción de conocimiento crítico respecto de los modos en que operan las relaciones de saber-poder y sus efectos, así como de la posibilidad certera de evaluación efectiva de los mecanismos creados con fines protectivos y de resguardo que contienen las herramientas normativas y jurídicas reseñadas más arriba.

Como corolario de ello, he intentado entonces hacer partícipes de la investigación a las personas con padecimiento subjetivo en situación de internación bajo la premisa de que en ese ejercicio se reafirma el derecho a hablar en nombre propio, transformando sus testimonios,

relatos biográficos y conversaciones casuales en el material a partir del cual incorporar los modos en que se definen a ellos mismos en sus propios términos. Lo he hecho tomando los recaudos necesarios para su protección de modo de no exponerlos a posibles (otros) riesgos.

En consonancia con los lineamientos mencionados, la selección de los pacientes de la institución a entrevistar tuvo dos etapas. En un primer momento, acudí a los profesionales del área de Internación a cargo de sus tratamientos. En un pase de sala con el conjunto de los equipos tratantes, expliqué los objetivos de la investigación y el interés en entrevistar a pacientes del hospital acerca de sus historias de vida y su cotidianeidad, y los equipos –con diferente grado de compromiso entre sí- me recomendaron y presentaron ante las personas que consideraron en condiciones de prestar consentimiento y compartir sus experiencias. Luego incorporé otros en la medida que la información sobre los pacientes fue emergiendo en conversaciones informales, y en tanto fui estableciendo relaciones de confianza con ellos, por compartir momentos o actividades durante mis estadías en el patio del Hospital. Antes de solicitar la entrevista, pedí autorización del equipo tratante a cargo. De todos los consultados, una única paciente no accedió a ser entrevistada cuando se lo propuse.

En todos los casos, las entrevistas fueron individuales, sin otras personas presentes. Algunas fueron en el Hospital, otras en zonas aledañas mientras el paciente hacía uso de su permiso de salida. Utilicé consentimiento informado, tomando el tiempo para explicar de qué se trataba, explicitando el derecho a no participar, a no responder preguntas que no quisiera, a terminar la entrevista cuando lo deseara, al respeto a la intimidad aclarando el uso de pseudónimos en la investigación así como algunos pequeños ajustes en el modo de presentar la información siempre que fuese necesario. Dejé copia del consentimiento a cada persona entrevistada, así como una forma de contacto para que acudiera a mí por cuestiones referidas a la entrevista en caso de que lo considerara. Pedí consentimiento para la utilización del grabador, aclarando en todos los casos que sólo yo tendría acceso a los audios. En este mismo sentido, realicé personalmente la desgrabación de todas las entrevistas realizadas en su totalidad, y he atendido a la preservación de dichos documentos de modo de ser yo la única persona con acceso a los mismos.

Una arqueología de la experiencia.

Para cerrar, quisiera hacer por último algunas puntualizaciones respecto de la tarea alrededor de la construcción de las experiencias de los pacientes, sus puntos de vista,

sentimientos, relatos de vida, y escenificación de su vida cotidiana en el Hospital. En primer lugar, debe decirse que esta tarea ha sido desarrollada mediante el ejercicio de triangulación entre entrevistas en profundidad, entrevistas conversacionales, intercambios casuales, charlas con los profesionales a cargo de los tratamientos, y la revisión de sus historias clínicas. Los modos de interpretación/construcción de toda esa información ha sido sometida a la reflexividad fruto de mi interacción en terreno con el mundo que ha sido mi objeto de estudio. Un ejemplo de ese ejercicio es el de la documentación y análisis sobre el episodio en que Antonio sufrió una fractura en su mano a mediados de 2016.

La primera vez que hablé con Antonio yo no sabía su nombre; estaba en el hall del pabellón tres, donde está su habitación, y lo vi llegar con una bolsa con compras del kiosco que cargaba en la mano que le quedaba libre. La otra la tenía entablillada, con los dedos vendados.

Entra un paciente con compras –golosinas, un jugo, y algo más. Tiene la mano entablillada, medio enyesada. Le pregunté que le había pasado: “me pegaron porque no me quería poner la vacuna” “Uh, ¿te hicieron mal?” “Me fracturaron 3 dedos” (DC).

A la semana siguiente, supe que Antonio había recurrido a la Asamblea de Usuarios/as de Salud Mental por sus Derechos para denunciar que un enfermero del turno tarde le había quebrado los dedos en un forcejeo en el que él se resistía a recibir medicación por vía intramuscular. Meses después, leyendo su historia clínica, encuentro la evolución que indica que ese día Antonio había sufrido una descompensación, por lo que su psiquiatra indicó esa medicación de urgencia, y aclara que ésta se realizó compulsivamente y *de forma adecuada* (HC). Recién al día siguiente enfermería encuentra el edema en su mano, dolor, impotencia muscular y se ordenan rayos X en el Hospital Centenario. Casi un mes más tarde consta en la HC que se trataba de una fractura. Mientras tanto, Antonio había denunciado la agresión, y se le atribuye un *discurso delirante sobre los hechos* (HC). Al fondo de la carpeta de la historia clínica, una radiografía muestra sus dedos rotos.

Ello me permite afirmar que lo que los documentos muestran, más que posibilitar la tarea de construir lo “verdadero” en sentido de “lo que realmente pasó o pasa”, requiere de una lectura en sus propios términos, es decir, en clave de recuperación del valor que guardan para quienes enuncian –en acto, a través de la escritura, con sus palabras, en la reconstrucción de “hechos”-y, por lo tanto, para mí que recibo todo aquello, construyo también mi propia interpretación a través del ejercicio analítico y la enuncio en mi texto.

Tomando como inspiración la mirada foucaultiana, el trabajo a partir de documentos así como de testimonios que recogen las voces en primera persona de los sujetos que son blanco de gobierno requiere tomar esas fuentes en tanto aquello que dicen, la materialidad que expresan, corriendo a un lado la intención de deducir de ellos posibles interpretaciones, o leerlos en busca de últimos sentidos supuestamente ocultos. La cuestión de lo verdadero-lo falso resulta así desplazada por la cuestión de que, al existir, producen efectos, y eso ya los inscribe en el universo de lo real, de lo verdadero, de lo productivo (Foucault, 2010b).

Esto me lleva a concluir que la tarea analítica no es la de “una arqueología de «la verdad» sino de una arqueología de la experiencia” (Ardila Gómez, 2019: 15), que recoge los relatos, que da voz, que busca testimoniar, sin intención de afirmar nada más allá de lo que esas experiencias dicen frente a, o más bien, estableciendo un vínculo interno con los discursos y las prácticas que las hablan y definen.

En parte, este lugar que decido ocupar busca recuperar la intención de estudiosos que, en la búsqueda por realizar un pasaje del estigma de la internación a la posibilidad de hablar en nombre propio (Tamburrino, óp. cit.), analizan la experiencia de asambleas de usuarios y familiares de usuarios de los servicios de salud mental como actores importantes del campo, espacios organizativos a partir de los cuales cobra dimensión la validez del sujeto en formar parte de todo proceso que lo implique (Ardila Gómez, 2019; Ceriani et. al., 2010; Michalewicz et. al., 2011; Stolkiner, 2012b). Ello requiere un ejercicio de alejamiento del concepto de *enfermedad total*, categoría que Sousa Campos (2009) presenta como analogía a la de institución total de Erving Goffman (2001) que implica que el padecimiento de la persona no conlleve su desacreditación como sujeto portador de una voz, de una palabra.

Lo que está en el centro de estos planteos es la necesidad de ponderar y otorgar su justo lugar a la palabra y el testimonio de personas que, desde los paradigmas hegemónicos en el campo, no serían una voz autorizada debido a su incapacidad de ser portadoras de razón y de verdad. El “justo lugar” no es ni más ni menos que el del sujeto de una enunciación, el que relata, como puede y frente a quienes quiere, su experiencia, su vida. Me refiero con ello a una postura ética que alude al derecho de cada quien a definirse como es, a expresar la propia vida en sus propios términos. También a una postura teórica, a partir de la cual el estudio crítico sobre los modos de gobernar a los sujetos hoy requiere indefectiblemente de hacer lugar a cómo esos sujetos/objetos de gobierno se posicionan -aceptan, adoptan, confrontan, tensan- con respecto a esas prácticas que los constituyen como tales.

Postura ética y perspectiva teórica se articulan en las decisiones metodológicas tomadas a la hora de realizar el trabajo etnográfico, las entrevistas y la observación participante a partir de la cual relevé la cotidianeidad de la vida de las personas que cursan internaciones por motivos de salud mental. Técnicas a través de las cuales he buscado reconocer la autoridad epistémica de todo sujeto de enunciación como acción que repara la injusticia testimonial manifiesta cuando los prejuicios de quien escucha otorgan a las palabras de quien habla una credibilidad reducida (Fricker, 2017). Esta tarea se vuelve central cuando se intenta, como aquí, construir conocimiento a partir de recoger el testimonio de otros, a la vez que de imprimirle significado a la experiencia social de los otros. Algo que -a esta altura espero haber dejado claro- supone además significar mi propia experiencia social como investigadora.

6. Recapitulando

En este capítulo expuse la perspectiva metodológica sobre la que se sostiene la tesis: una investigación cualitativa realizada desde el enfoque etnográfico, con el objetivo de relevar las prácticas cotidianas que tienen lugar en una institución de internación por salud mental de la ciudad de Rosario.

Se presentaron los antecedentes de estudios recientes en el campo de salud mental, así como una serie de trabajos empíricos en hospitales psiquiátricos, cuyas preguntas y foco de interés han resultado fuente de referencia, y se señalaron puntos y contrapuntos con sus hallazgos.

Considero a la etnografía como un enfoque más que como una técnica o conjunto de técnicas, que se propone a través de la presencia prolongada en el campo la descripción interpretativa de su objeto de estudio, sostenida en un ejercicio de reflexividad y de construcción de conocimiento situado. Desde ese marco general distingo analíticamente tres etapas de mi ejercicio etnográfico: el ingreso al campo, el trabajo de campo *per se*, y el texto etnográfico en que comunico o traduzco esta experiencia.

Luego puntualizo las técnicas de construcción e interpretación de los datos: los diferentes tipos de entrevistas, la revisión documental, los ejercicios de observación realizados. Por último, el capítulo cierra con una extensa reflexión alrededor de las consideraciones éticas para la investigación social que involucra personas con padecimientos subjetivos. Se repasan los instrumentos legales disponibles que las enmarcan, para luego reflexionar en torno a sus implicancias políticas, sociales y epistemológicas.

CAPÍTULO 4

Riesgo. Prácticas de cuidado y violencia.

En los capítulos precedentes he dado cuenta del marco teórico y la perspectiva metodológica sobre las que se sostiene la tesis; desde ambas dimensiones, he señalado la importancia que tiene el hospital psiquiátrico como eje vertebrador del gobierno de la locura. En este capítulo, presento y describo la institución donde se realizó el trabajo de campo, sus servicios y prácticas.

Introduzco al lector en ese mundo, partiendo de una breve reconstrucción histórica, que enlaza los orígenes del Hospital al proyecto de fundación de la psiquiatría asilar argentina. Luego paso a describir al *Agudo Ávila* en la actualidad: los sectores en que se organizan los servicios asistenciales, para focalizarme luego en el área de Internación, que es la que estudio en profundidad; la composición de los equipos asistenciales y las características generales del trabajo cotidiano de éstos, así como la dinámica general de funcionamiento y gestión de la cotidianeidad de la institución.

Luego, a través de la recuperación de las lecturas que ofrece el enfoque de la gubernamentalidad para el análisis del gobierno en salud mental, abordo la problematización de la locura como riesgo, y sitúo las prácticas institucionales en tanto intervenciones que tienen lugar a partir de la evaluación del riesgo, definido como la probabilidad de ocurrencia de eventos pasibles de generar daños a una persona que requiere asistencia, o a quienes le rodeen, dependiendo de la situación de que se trate -su familia, sus vecinos, otros pacientes, el equipo a cargo de su asistencia-. En adelante, me ocupo de las técnicas de administración del riesgo que se despliegan en el hospital, así como los dilemas que se presentan en torno a la asistencia.

Para comenzar, hay que señalar que la provincia de Santa Fe organiza la atención en salud a través de la división territorial en cinco nodos. La ciudad de Rosario es la referencia del nodo cuatro,¹ de modo que presta servicios a la población que reside en la ciudad y a otros 6

¹ La delimitación geográfico-administrativa provincial en nodos toma el ejemplo de la ciudad de Rosario donde la gestión del por entonces Partido Socialista Popular llevó adelante un proceso de descentralización administrativa durante la década del 90, organizando la ciudad en seis distritos. A partir de esa división se estructura, entre otras cosas, un sistema de atención municipal en salud territorializado. Cuando este espacio político llega a la

departamentos ubicados en el centro-sur santafesino.² De todas formas, la histórica distinción más gruesa entre Norte y Sur provincial sigue utilizándose todavía en la práctica (Capiello, 2013). Es el caso de los tres hospitales monovalentes provinciales; el Hospital Dr. Emilio Mira y López³ de la ciudad de Santa Fe está destinado a atender a la población del norte, mientras que la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire de Oliveros y el Centro Regional de Salud Mental Dr. Antonio Agudo Ávila de Rosario, son referencia para el sur, con mayor densidad poblacional. A los fines administrativos, la Dirección Provincial de Salud Mental se divide en Centro-Norte y Sur, con una oficina en la ciudad de Santa Fe y otra en la ciudad de Rosario.

En correspondencia con el sistema de salud nacional, en la provincia existen tres subsectores: el público estatal, el de la seguridad social y el de la medicina privada. La cobertura que brinda el Estado es universal; pero dentro de la población, se estima que alrededor de un 36% cuenta con cobertura estatal de manera exclusiva. El sector de la seguridad social por su parte cubre a un 50% de la población, y el subsistema privado representa un 14%, incluyendo ese porcentaje tanto la derivación de aportes como los aportes que se hacen voluntariamente (DPSM, 2022).

Según los datos que arroja el Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental de 2019, la provincia de Santa Fe cuenta con 971 camas en instituciones monovalentes, de las cuales 340 (35%) corresponden a los tres establecimientos públicos mencionados, y 631 camas (65%) a establecimientos privados. Al momento del Censo 813 personas se encontraban internadas, de las cuales 295 (36,3%) lo hacían en los establecimientos públicos mencionados y 518 (63,7%) en los privados (DPSM, 2022).

Tres hospitales monovalentes de envergadura permiten afirmar que Santa Fe se caracteriza por ser una provincia fundamentalmente hospitalocéntrica, además de la primera en crear el Ministerio de Salud Pública a instancias de Abelardo Irigoyen Freire, en el año 1941. Como parte del organigrama actual de dicho Ministerio, la Dirección Provincial de Salud Mental trabaja en conjunto con la Secretaría de Salud y las direcciones de los monovalentes en

gobernación con Hermes Binner en el año 2007, siguiendo el ejemplo de Rosario, subdivide la provincia en nodos, y define a las ciudades más grandes como la cabecera de los mismos. El nodo uno es Reconquista (norte), el dos Rafaela (oeste), el tres la ciudad capital (centro) y el cinco Venado Tuerto (sur).

² Belgrano, Iriondo, Caseros (Distrito Casilda), San Martín, San Jerónimo, y Constitución (excluido Distrito Bombal).

³ Desde los años 80, el Hospital Mira y López ha ido incorporando otros servicios –consultas clínicas, pediatría, urgencias- de modo que, en sus prestaciones, ha mutado en hospital polivalente (Spadaro, 2008). Sin embargo, conserva un pabellón exclusivo de internación psiquiátrica y otro de paidopsiquiatría, y continúa siendo el efector de referencia para los ingresos por salud mental en el norte de la provincia.

las políticas que corresponden a los proyectos para su reconversión. Esto refiere a las políticas y propuestas de reforma de estas instituciones como lo estipula el art. 18 de la Ley provincial de Salud Mental 10.772, que señala la tarea de sustitución progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos a través de su transformación en hospitales interdisciplinarios, de igual modo en que lo hace la normativa nacional, que en su art. 27 expresa el objetivo de sustitución definitiva por dispositivos alternativos.

Las tres instituciones público estatales especializadas en salud mental corresponden al tercer nivel de atención (alta complejidad) y forman parte de una red que se compone además por hospitales polivalentes, los Servicios para la Atención Médica de la Comunidad- conocidos por su sigla SAMCO-, Centros de Salud y el Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias. Para el caso del nodo Rosario, se trata de 306 efectores de salud, sobre un total provincial de 782 (DPSM, 2022).

Los centros de atención primaria de la salud tienen gravitancia sobre todo en los principales centros urbanos santafesinos, los cuales cuentan con equipos interdisciplinarios y acompañamiento de equipos matriciales que hacen soporte o apoyo en la atención de la demanda en salud mental. Según el diagnóstico construido por la Dirección Provincial, la distribución de los profesionales es heterogénea y desigual, con localidades que no cuentan con profesionales del campo, lo que redundará en abordajes hospitalocéntricos.

La mayoría de los hospitales generales de la provincia garantizan la atención en salud mental, ya sea de modo ambulatorio o de los casos que requieren internación, ajustados a los preceptos de la Ley nacional (art. 28). Sin embargo, ello choca diariamente con una serie de obstáculos –falta de adaptación edilicia, de consolidación y formalización de los equipos interdisciplinarios, de recursos y capacitación, entre otras-. Los hospitales generales además cuentan con Servicio de Guardia soporte, pero con poca articulación interna en cada Hospital así como con el conjunto de la Red de asistencia (DPSM, 2022).

La red se completa con una serie de equipos asistenciales y apoyo matricial, centros sociales, de actividades culturales y de la economía social, dispositivos residenciales –casas compartidas- de salud mental, y una serie de dispositivos interdisciplinarios que trabajan en la intersección entre salud mental y justicia, todos dependientes de la DPSM.⁴

⁴ Para un detalle de cada dispositivo, Ver “Documento de Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental. Habitar, socializar y trabajar” de la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe.

Santa Fe es uno de los seis distritos que cuenta con legislación propia en salud mental desde antes de que existiera una ley nacional en la materia. Aunque la 10.772 sancionada en 1991 en general no es mencionada como parte de los “antecedentes” de la nacional,⁵ la prelude en algunos puntos importantes. No sólo porque enumera una serie de derechos de las personas internadas en servicios de salud mental, sino sobre todo porque a la hora de pensar en tratamientos señala que deben priorizarse aquellos que menos restrinjan su libertad, y le otorga al Estado la tarea de promover medidas asistenciales alternativas a las internaciones en hospitales monovalentes. Su elaboración y aprobación se explica como parte de un proceso histórico muy rico que tuvo lugar en la provincia en los años de recuperación democrática, proceso gestado en el seno de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros y que desde allí intentó expandirse hacia otros servicios de la provincia⁶ (Faraone y Valero, 2013; Sialle, 2012).

En este sentido, la propuesta de la ley provincial fue la formalización del proyecto político-asistencial que se inició con la vuelta de la democracia, y que articuló detrás de sí una generación de profesionales y cuadros técnicos artífices de las políticas reformistas para el sector en el territorio provincial desde mediados de los 80. El Hospital Agudo Ávila fue, de alguna manera, objeto de intervención por parte de esos cuadros profesionales hacia comienzos de los 2000, años en que tuvieron lugar las reformas edilicias y de organización de prácticas y servicios que, no sin haber sufrido modificaciones, siguen hasta hoy.

1. El Hospital.

El *Agudo Ávila* se ubica en una zona céntrica de la ciudad, y su entrada principal, por calle Suipacha, está a menos de 100 metros de distancia del ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario; pues su fundación se enmarca en el ambicioso proyecto de la medicina psiquiátrica naciente en los primeros 20 años del Siglo XX, constituida alrededor de las Cátedras *psi*⁷ de esa Facultad (Allevi, 2016a; Gentile, 1998).

⁵ Siguiendo la hipótesis de Candela Sialle (2012), la ley provincial fue víctima del “mito rionegrino”, en alusión a la reforma que tuvo lugar en la provincia patagónica, que implicó, entre otras cosas, el cierre del Hospital psiquiátrico provincial y la conformación de la amplia red de atención comunitaria a lo largo de su territorio (Cohen, 1994). La experiencia de Río Negro, promovida por la Dirección de Salud Mental del gobierno de Raúl Alfonsín, funcionó como “prueba piloto” de la nueva política que intentó impulsarse en tiempos de la recuperación democrática, y por eso ocupa el lugar de referencia de las reformas del sector.

⁶ También en este mismo período comenzaron a tener lugar las transformaciones en el Hospital Mira y López de Santa Fe, que fue transformado en Hospital de puertas abiertas, reformadas sus celdas de aislamiento, y creados los primeros talleres como alternativas terapéuticas de nuevo tipo (Spadaro, 2008; Sozzo, 1999).

⁷ Con la expresión *psi* me refiero a las cátedras del ámbito de la psiquiatría que fueron fundadas en el marco de la Facultad de Medicina: Psiquiatría de Adultos, Neuro-Psiquiatría Infantil y Psicología Experimental, que fueron

Antes de la concreción de la partida presupuestaria para la compra del edificio del Hospital, iniciada por el entonces decano de la Facultad de Medicina -y que luego daría su nombre a la institución, el Dr. Antonio Agudo Ávila-, se inauguró en 1922 el primer Consultorio Externo de Psiquiatría Infantil, para luego expandirse hacia los “mentales adultos”, haciendo de Rosario la primera ciudad del país en que se pusieron en marcha estas instituciones (Ciampi, 1963).

Ligado a los grandes nombres del higienismo y la medicina mental argentina como el de Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi,⁸ el Hospital de Alienados comenzó a construirse sobre el edificio de la vieja enfermería anglo-alemana, cerrada y rematada cuando los dos países se enfrentaron en la Gran Guerra. En sus orígenes, le fue asignada una doble función: por un lado, la de asistir a las personas que requerían atención psiquiátrica. En efecto, su creación daba respuesta a la necesidad de que Rosario como centro urbano importante del interior contara con un lugar capaz de albergar a la población que sufría este tipo de padecimientos, ante la saturación de los hospicios de Buenos Aires o de la Colonia de Oliva, en la vecina provincia de Córdoba. Por otro lado, la de brindar un espacio para la formación y la práctica de las cátedras psi de la Facultad. Pues así como el Hospital del Centenario, situado también en la misma zona, era el espacio de observación y práctica de las especialidades médico clínicas (Allevi, *ibídem*), el Hospital de Alienados era un verdadero “instituto de enseñanza” (Bosch, 1966: 156) para las especialidades intervinientes en el terreno de las enfermedades mentales.

Ambas funciones del Hospital se completaban con otros dos componentes fundamentales del dispositivo psiquiátrico naciente en la ciudad: el jurídico, con la cátedra de Medicina Legal a cargo de Raimundo Bosch- también psiquiatra y familiar de Gonzalo- y el de la profilaxis social, con la fundación de la Liga Argentina de Higiene Mental, paso fundamental en el proceso de profesionalización y consolidación del carácter científico de la Psiquiatría como rama de la medicina (Gentile, *óp. cit.*).

los espacios de enseñanza sobre los que se fundó el Instituto de Psiquiatría que funcionaba en las instalaciones del Hospital.

⁸ El Dr. Gonzalo Bosch (1885-1967), sobrino nieto de Buenaventura Bosch, fundador del Hospicio de las Mercedes, fue Director de esa institución y de la Colonia de Alienados Cabred. Además, titular de la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad del Litoral (hoy UNR) y luego de la de Clínica Psiquiátrica en la UBA. El médico italiano Lanfranco Ciampi (1885- 1962), fue Director del Hospital de Alienados de Rosario (el *Agudo*), profesor de la Cátedra de Psiquiatría Infantil (la primera del país) y Psicología Experimental. Se especializó en el trabajo con niños “deficientes” y “retrasados”. Ambos fueron fundadores de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930; además en ese mismo año publicaron en el Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad -que funcionaba en las instalaciones del Hospital- una propuesta de clasificación de las enfermedades mentales.

De este modo, el Hospital rosarino, vuelto dispositivo asistencial psiquiátrico y cubriendo zonas claves de expansión del alienismo-higienismo se convirtió, junto a la Facultad de Medicina, en el epicentro para la conformación del campo *psi* en la provincia. No es extraño entonces que sus principales referentes ocuparan importantes funciones en la esfera público-política de Santa Fe y Argentina (Allevi, *ibídem*; Bosch, *ibídem*).

En 1924 se pusieron en funcionamiento parcialmente las primeras dos salas con 48 camas cada una. En 1925 se logró una nueva partida presupuestaria de la provincia que permitió la ampliación de la obra que finalmente en 1927 dio por resultado un hospital con cinco pabellones de dos plantas, cada uno con varias salas que tenían capacidad para la residencia de 40 enfermos cada una. Ello se unió a las salas ya existentes de consultorios externos, aulas para las cátedras de Clínica Psiquiátrica, Neuropsiquiatría infantil y Psicología Experimental, una Escuela de Niños retardados, neuropáticos y psicopáticos, además de las oficinas de Dirección y administración (Bosch, *ibídem*: 153).

La Dirección quedó a cargo de Ciampi, que entre sus recuerdos personales decía que ya en aquella época “eran pocos en verdad los cinco pabellones para dar asistencia a todos los enfermos de la provincia”, emulando con ello a Meléndez, director del Hospicio de las Mercedes, que cincuenta años antes advertía que “el Manicomio había nacido insuficiente” (Ingenieros, 1920). De hecho, para 1930, el Hospital albergaba ya unos 225 pacientes (Allevi, *ibídem*: 102), lo que daba cuenta de que en muy pocos años había visto superada su capacidad de hospedar y dar tratamiento a la demanda creciente de una ciudad en expansión. Por eso, así como Domingo Cabred –sucesor de Meléndez en las Mercedes- había asumido la empresa de creación de una Colonia de Alienados en la provincia de Buenos Aires que descomprimiera la saturación de los hospicios de la capital, Lanfranco Ciampi hizo lo propio para Santa Fe.

Las clasificaciones de enfermedades mentales que proliferaron en la etapa acarreaban como criterio subyacente distinguir a los alienados entre agudos-curables, y crónicos-incurables, para luego destinarle a cada conjunto instituciones diferenciadas y específicas. Para los primeros, se necesitaban hospitales psiquiátricos abiertos similares a los generales y ubicados dentro de la ciudad, y para los segundos, asilos ubicados en zonas rurales donde se favorecieran los trabajos de recuperación, tal como lo indicaba el ambicioso proyecto de Cabred de instalación del modelo *open-door* en Argentina (Malamud, 1972).

Para una ciudad como Rosario de 450.000 almas podría ser suficiente un Hospital Psiquiátrico de 250 o 300 camas, como es el nuestro, pero a condición que estuviese extramuros y a la dependencia de aquel, otra

institución tipo Colonia, destinada a recibir de aquel, los enfermos que han llegado o tienen tendencia a la cronicidad y los que requieran un largo período de convalecencia. La creación de una Colonia para alienados en Santa Fe no sólo pondría remedio al grave inconveniente mencionado –la falta de asistencia a un gran número de enfermos- sino que permitiría que nuestro Hospital cumpliera las funciones que le son propias (Ciampi, 1963).

Hacia el año 1943 se fundó entonces la Colonia Psiquiátrica en la localidad de Oliveros, a 60 kilómetros de Rosario, situada en un terreno de 160 hectáreas en el centro de la pampa húmeda, inaugurada con el ingreso de sus primeros 17 pacientes que provinieron, precisamente, del hospital rosarino, y que no muy tardíamente llegó a tener 1500 personas internadas. Parte del mismo proyecto de concreción de la Colonia trajo la construcción del Hospital de Alienados de la ciudad de Santa Fe –hoy Hospital Mira y López-, completándose así el proyecto de Irigoyen Freire de poner de pie el sistema de asistencia psiquiátrica santafesino. Para lamento de Ciampi, sin embargo, la Colonia no quedó en lo administrativo directamente ligada y dependiente del Hospital de Rosario. Ello no le hacía perder la esperanza de que igual cumpliera su cometido de ser “la intermediaria eficiente entre los dos Hospitales para agudos y las familias” (Ciampi, *ibidem*: 46).

Sobre la “división del trabajo” entre ambos efectores, fundada en la perspectiva alienista hegemónica de esos años, puede decirse que, por un lado, ha persistido tácitamente en lo que se entiende como la “misión” y el perfil de una y otra institución casi hasta nuestros días, sobreviviendo a los diferentes momentos de reforma en la asistencia. Por el otro, no ha significado sin embargo una distribución armónica de competencias, sino que las fronteras son más bien confusas. Si la Colonia atiende casos de crisis agudas, así como internaciones de personas con domicilio en Rosario –población de la que debería hacerse cargo el *Agudo Ávila-*, el Hospital cuenta con pacientes de larga institucionalización, cronificados, algunos con ingresos de hace más de 30 años, que “por sus características geriátricas no cuadran con el perfil institucional” (PSC), y que son prácticamente “pensionistas” (TS).

El vínculo estrecho entre ambos servicios que se forjó en los años posteriores a la Dictadura fue quizás distinto al que soñaba el psiquiatra italiano, enmarcado en un contexto de puesta en marcha de la etapa de reformas que trajo la democracia, con sus particularidades para la provincia de Santa Fe. Puede afirmarse que la Colonia de Oliveros jugó el rol decisivo gestando un proyecto asistencial que luego se expandió hacia el Hospital de Rosario.

En el año 1983 Oliveros tomó relevancia pública cuando se conoció en los medios periodísticos de la provincia la cantidad de muertes de pacientes por desnutrición y deshidratación que se contabilizaban allí. La vida de esos locos anónimos que no le importaban a nadie cobraba cierta visibilidad, y la sensibilidad propia del contexto de recuperación democrática obligó al nuevo gobierno a tomar cartas en el asunto. Alrededor de 1500 personas saturaban los pabellones de una Colonia absolutamente golpeada por el horror del gobierno militar y la brutalidad en la violación de sus derechos (Font, 1992; Gualtieri, 2005).⁹ Desde aquel año se intervino la institución, y en adelante la nueva gestión puso en marcha un programa de reforma que implicó la externación de un gran número de pacientes. Un proceso en el que algunos reconocían un fuerte contenido desmanicomializador, mientras otros sostienen una mirada crítica más proclive a leer allí un proceso de deshospitización en términos de desasistencia.¹⁰

Durante los 90, y con cuadros políticos y técnicos renovados al frente de ese proceso, se profundizó la tarea. En esos años, el Hospital Agudo Ávila cambiaría su denominación, pasando a llamarse “Centro Regional de Salud Mental” y, a tono con los preceptos de la recientemente aprobada Ley provincial de salud mental, iría ampliando la oferta asistencial ambulatoria y reduciendo camas de internación, pasando de un promedio de 200 a unas 80 camas, distribuidas en dos pabellones y la sala de Guardia. De igual modo que con la Colonia, se lee allí el encuentro controvertido entre las políticas neoliberales de achicamiento presupuestario y descentralización en salud, y las corrientes de reforma psiquiátrica de la época, que ponen en entredicho el cometido estrictamente transformador de los procesos de desmanicomialización de esa etapa.

Al promediar la década se tomó la definición de “exportar” el modelo político-asistencial de la Colonia hacia el *Agudo Ávila*. La intervención se hizo efectiva para el año 2001; el Hospital fue de esa manera, el último eslabón en ser incorporado al programa de reforma que tuvo lugar en Santa Fe (Sialle, 2012). En el año 2004 el Colegiado de Gestión de la Colonia de Oliveros lideró además el proceso de refundación de la Dirección Provincial de

⁹ En su estudio, Candela Sialle (2012) relata que Adriana Althieri -la primera psicóloga en ingresar a Oliveros luego de la intervención- al poco tiempo de poner en marcha el trabajo con los pacientes, recibe un llamado de la Cátedra de Medicina Forense de la UNR en la que se la cuestionaba porque la Colonia había dejado de enviar los cadáveres con los cuáles se daban las clases de esa asignatura en la Facultad. Señalaba con ello la muerte sostenida de pacientes internados a causa de las condiciones deplorables en las que vivían.

¹⁰ Las polémicas en torno al carácter que adquirieron las reformas llevadas adelante, enmarcadas en el Programa de Externación de la Colonia de Oliveros, son mencionadas más adelante en este mismo capítulo a la luz de una reproblematicación y análisis de las prácticas actuales en el Hospital.

Salud Mental (Faraone y Valero, 2013), que había sido degradada a “Programa” durante la década del 90. Desde entonces, las Direcciones provinciales de Salud Mental se reconocen como parte de un proceso de largo aliento de transformación de las prácticas que, aunque con diferencias en las lecturas y balances políticos sobre el énfasis o de las prioridades, comparten una orientación común de sustitución de los monovalentes por una red territorial de atención en salud mental comunitaria.

De modo que no es exagerado afirmar que Santa Fe lleva un proceso de 30 años de reformas sustitutivas en salud mental, al mismo tiempo que no ha modificado en lo sustantivo una estructura característicamente hospitalocéntrica; los tres monovalentes continúan abiertos. Ciertamente, en la actualidad la provincia ha consolidado un modelo mixto o propio de una situación de transición, que combina un conjunto de experiencias alternativas valiosas con la imposibilidad de despliegue efectivo de una política realmente sustitutiva del modelo manicomial cuyo epicentro continua siendo el monovalente (DPSM, 2022).

En este proceso, en el *Agudo Ávila* desde el año 2000 hasta nuestros días se han ido estructurando y reestructurando las líneas de intervención y modalidades de sus servicios. En esos años han sucedido importantes reformas edilicias y movimientos varios en la organización de los dispositivos y sus funciones. Desde entonces han tenido lugar ocho direcciones, cada una de las cuáles trabajó diversos proyectos de gestión en cuanto al funcionamiento de guardia, la organización de los equipos de internación, las propuestas terapéuticas para los pacientes, entre otras cuestiones. Durante esos años, además, se reglamentó finalmente la ley provincial 10.772 (2007), y se promulgó la ley nacional de salud mental (2010). Aquí se analizan y describen las características de las prácticas y servicios relevados durante el período de trabajo de campo, extendido entre 2016, 2017 y los primeros meses de 2018.

El edificio conserva su estilo arquitectónico alemán, y ocupa más de media manzana que, por pertenecer a la Universidad, comparte con la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina, y el comedor universitario. El ingreso principal, precedido por un pequeño espacio verde y una entrada vehicular, es el del pabellón de Consultorios Externos, conformado por tres plantas de consultorios y oficinas. Pasillos estrechos, frescos en verano y bien calefaccionados en invierno, donde circulan diariamente cientos de personas. A cada costado de la puerta de entrada y custodiados por una cámara de seguridad, dos bancos sirven de cama y asiento para personas que pasan el día allí, fumando y esperando que sea el horario de entrega de viandas de alimentos, o simplemente pasando el rato. Siempre hay gente en la puerta del *Agudo*.

Enfrentada a la puerta de ingreso, escoltada por el personal de Mesa de Entrada, la puerta de madera doble hoja, con una pequeña ventanita enrejada se abre y se cierra sólo al sonar el timbre, señal de que hay permiso para entrar o salir del área de Internación. Unas cuantas mesas de granito, y pequeñas zonas de césped, algunos árboles y casi ninguna otra planta. Separados por unos 30 metros entre sí, se erigen allí los dos pabellones de Internación. El perímetro está cercado con tejido, de modo que desde el patio pueden verse partes de la transitada calle Santa Fe. Hacia el fondo del patio a la derecha, el comedor, un lugar más bien oscuro con ventanas pequeñas y cortinas que permanecen siempre cerradas, donde se sirven las comidas y colaciones y se pasa en general muy poco tiempo. Al lado, una puerta -ahora anulada- conectaba Internación con el Centro Cultural que está doblando la esquina.¹¹ Hacia la izquierda, una reja separa el patio del edificio de la Guardia y Tránsito que, además, tiene su propia entrada por la calle, con el espacio reservado para el ingreso de la ambulancia.

De los cinco pabellones que tenía la institución, sólo dos quedan en pie. Los otros han sido devueltos a la Universidad. Paidopsiquiatría ocupa una de las edificaciones de la esquina de Suipacha y San Lorenzo, y lo que fue el viejo Pabellón 1. Brinda atención a niños con problemáticas de salud mental por consultorios externos, y no tiene camas para internación. La cátedra de Medicina Legal ocupa el de la esquina contraria, sobre Santa Fe, y todavía conserva la biblioteca y los viejos salones del edificio original. Allí se dictan las clases de Medicina Forense de la carrera de grado de Medicina de la UNR. La residencia de esa especialidad así como la de Psiquiatría hace varios años están a cargo de la Universidad, sin vínculo institucional con el *Agudo Ávila*. La fuerte ligazón temprana entre ambas instituciones, que había instalado como parte de una tradición que quien estuviera a cargo de la cátedra de Psiquiatría era además Director del Hospital, ha mudado a un vínculo tenue más bien definido por la cercanía geográfica o el mutuo uso de instalaciones edilicias, pero sin que eso tenga un correlato en la formación, la docencia y la práctica profesional psiquiátrica.

Los pabellones actuales de Internación han conservado su numeración histórica: el 2 y el 3, ambos de dos plantas. Cada uno tiene un office para enfermería en planta baja y planta alta, y consultorios donde trabajan los equipos. Los baños están al final de cada pasillo. En el pabellón 2 está la ropería, desde donde se organiza la ropa para distribuir entre pacientes, una vez que ha vuelto de la lavandería del Hospital Centenario. Hacia el fondo del pabellón 3, el

¹¹ El cierre de la puerta que conecta un edificio del otro fue una resolución tomada por el personal del Centro Cultural luego de que un paciente internado en el Hospital con custodia del servicio penitenciario lograra burlar a sus guardias y escaparse en el marco de una actividad recreativa. Este suceso es analizado en el capítulo 7.

dos-diecisiete, espacio de los profesionales que oficia de lugar de reuniones de los equipos, pase de sala semanal, depósito, o lugar de descanso. Tiene una heladera -que compraron los profesionales de forma comunitaria-, un teléfono y una computadora. Sólo los profesionales de los equipos tienen llave de la puerta, por lo que desde temprano por la tarde, cuando ya todos se han retirado, permanece cerrada hasta el día siguiente.

Figura 1. Plano de la zona del Hospital.

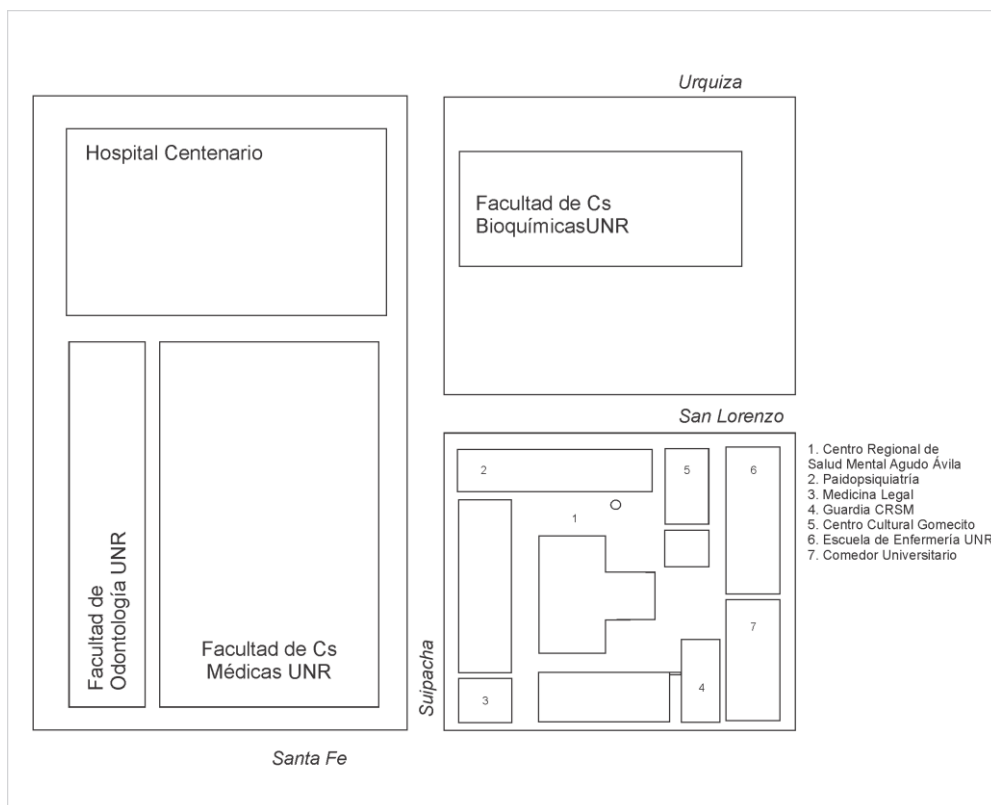
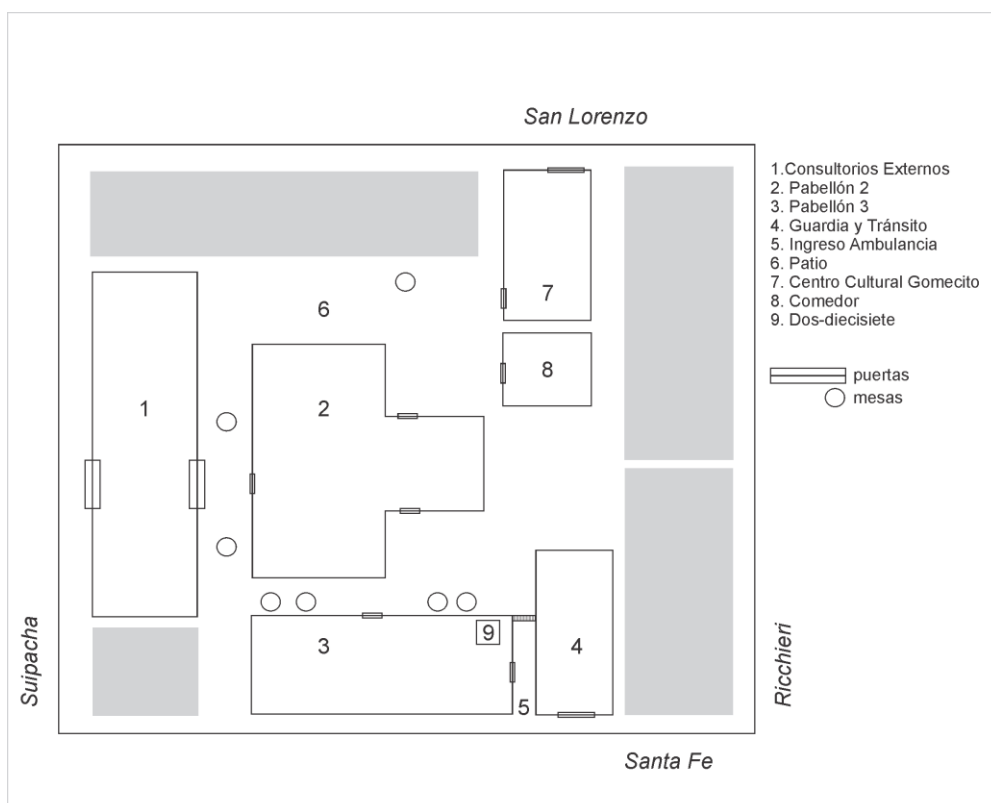


Figura 2. Plano del Hospital. Sectores y Servicios.



Consultorios externos.

El edificio de Consultorios Externos ofrece la atención ambulatoria a las personas que tienen al hospital como zona de referencia para la atención en salud mental. Tiene una doble instancia de admisión: una primera, a cargo de una psicóloga que entrevista al paciente para corroborar que el *Agudo Ávila* está dentro de su zona de geo-referencia para poder ser atendido allí. En caso de que no, se brinda la información sobre el centro de salud o efector correspondiente. En caso de que sí, pasa a la segunda instancia de Admisión, a cargo de un comité interdisciplinario donde se evalúa la situación y se decide qué profesional es el más adecuado para abordar el caso. En este momento, se inicia la Historia Clínica de esa persona como paciente del Hospital. Cuenta con servicios de Psiquiatría y Psicología, pero la modalidad de trabajo no es interdisciplinaria ni en equipo, a diferencia del resto de los sectores. La frecuencia de trabajo queda, además, bajo criterio de los profesionales y varía de un caso al otro; puede ser semanal, quincenal o mensual.

Además, en ese edificio funcionan diversos servicios del hospital: dispositivo de atención domiciliaria; equipo de pensiones, que hace seguimiento de la situación habitacional de los pacientes externados o de consultorios externos que viven en una pensión pagada por el hospital; Enfermería, a cargo de proveer la medicación de depósito a los pacientes ambulatorios; Trabajo Social, que gestiona recursos, programas, pensiones y otros trámites que sirven de soporte; Junta de Discapacidad provincial, perteneciente a la Dirección de Discapacidad, que realiza las evaluaciones y los trámites correspondientes a ese área.¹²

A esto se agregan las oficinas de la Dirección, el Consejo Asesor de trabajadores y profesionales que conforma el equipo de gestión, Contabilidad, Farmacia, Archivos [de historias clínicas] y Estadística, y el Departamento de Asesoramiento Jurídico. Por último, hay un sector destinado al funcionamiento de la Residencia y Carrera de Posgrado en Psiquiatría, que cumple la mayor parte de su carga horaria en el Hospital Centenario, pero realiza pequeñas rotaciones por Guardia e Internación del *Agudo Ávila*.

¹² Aunque excede el recorte temporal realizado para esta Tesis, es interesante mencionar que en el año 2019 se inauguró como sala anexa al edificio de Consultorios Externos el Centro de Salud Primaria N° 36 “Pichincha”, presentado como parte del proyecto de sustitución manicomial de la Dirección del Hospital de los años previos. En los hechos, funciona de manera independiente del *Agudo*, profundizándose la separación entre los Consultorios Externos y el resto de los servicios. La desarticulación institucional-asistencial entre éstos queda manifiesta si se tiene en cuenta que uno de los primeros pedidos del equipo profesional a cargo del Centro de Salud fue el traslado a otro edificio, gestión en marcha desde Agosto de 2022.

Departamento de Asesoramiento Jurídico

Una particularidad de los monovalentes públicos provinciales en Santa Fe es la existencia de los departamentos de asesoramiento jurídico compuestos por abogados que trabajan para los pacientes internados en las instituciones. El *Agudo Ávila* cuenta con tres asesores letrados que forman parte del personal de planta de la institución, e intervienen siempre que haga falta el recurso jurídico legal ya sea en los Consultorios Externos, la Guardia y Tránsito como en la Internación, y para las causas tanto civiles como penales. Su existencia está establecida en la Ley provincial en su artículo 24, y les otorga por función “velar por el cumplimiento de [dicha] Ley, asesorando a la Dirección del establecimiento y a los pacientes en cuanto fuere necesario” (Ley prov. 10772/1991).

La inclusión de los abogados como parte fundamental en el ejercicio de los derechos de las personas internadas en estas instituciones se remonta a la experiencia reformista que tuvo lugar en la Colonia de Oliveros desde 1983, mencionada más arriba. Parte importante del Programa de Externación que tuvo lugar en aquellos años se sostuvo de conjunto con estudiantes de derecho o abogados recientemente graduados pertenecientes al Centro de Investigaciones en Derechos Humanos “Juan Carlos Gardella” de la Facultad de Derecho de la UNR. Ese lazo temprano los hizo asesores de la redacción del proyecto de Ley que se presentó en 1991.

Los abogados del *Agudo* intervienen en las causas que involucran medidas de protección de personas,¹³ brindan asesoramiento a los equipos interdisciplinarios y a los pacientes internados y ambulatorios, participan de las entrevistas, concurren a las audiencias, interceden en conflictos, entre otras tareas. Además de tener una oficina en el edificio de Consultorios Externos, es usual verlos en los pabellones de Internación y en el edificio de la Guardia y Tránsito, entrevistándose con los equipos y/o con los pacientes.

Centro Cultural Gomecito.

También como parte de la propuesta asistencial del equipo de gestión comenzado en el año 2000, un grupo de residentes de la carrera de Psicología puso en marcha un “dispositivo de asistencia en talleres”, que trabajaba con perspectiva clínico psicoanalítica. En paralelo, algunos

¹³ Las medidas de protección actúan como amparo judicial y se accionan ante la justicia por un tercero que considera que la persona se encuentra en peligro por algún motivo y debe ser protegida —en este caso, enviada a un efector de salud que lo resguarde y atienda—.

profesionales incorporados al trabajo en los pabellones por esos años comenzaron a construir diversas experiencias de participación comunitaria, como una asamblea de usuarios del servicio, un espacio de radio y otros talleres, que se llamaban “las instancias colectivas”. Ambas experiencias, aunque trabajaban con diferente perspectiva clínico-terapéutica-asistencial, alcanzaron cierto nivel de articulación a partir de compartir el espacio físico: una vieja biblioteca popular en la misma manzana del hospital, que cedía parte del salón para que esas actividades se llevaran a cabo. Con el tiempo, la ocupación del espacio fue ampliándose, para finalmente fundar allí un centro cultural en el año 2009.

Gomecito era un paciente de la institución, arquetipo del viejo manicomio; fue internado en el año 1954, cuando todavía era un niño. “*Cuando creció, en vez de pasar de escuela, pasó de paidopsiquiatría al manicomio*” (PSC). Era un personaje conocido y muy querido en el barrio del hospital, donde falleció, fruto de un enfrentamiento entre pacientes. Su nombre fue la opción más votada por los usuarios del servicio, profesionales, enfermeros y personal administrativo del Hospital para bautizar este nuevo espacio. El acto de ponerle un nombre es considerado como la institucionalización de esas actividades que venían realizándose hacía varios años.

El Centro Cultural tiene entrada propia por la calle San Lorenzo, con un jardín al frente donde se realiza el taller de plantas. Un gran salón de usos múltiples es el espacio en el que tienen lugar talleres culturales, artísticos y recreativos. Es coordinado por tres profesionales (dos psicólogos y una trabajadora social), y otras siete personas con diversas tareas hacia los talleres y actividades. Es abierto a la comunidad, y participan pacientes internados, externados, ambulatorios y público en general. En diciembre de 2015, y a instancias de profesionales y trabajadores que lo sostienen fue formalizado como “Dispositivo de Salud sustitutivo de las lógicas manicomiales” (Ministerio de Salud, 2015). Dicha resolución significa la separación del Centro Cultural del Hospital, relación que pasa a estar regida mediante un convenio de cooperación; el *Gomecito* ya no depende del *Agudo* sino de la Dirección Provincial de Salud Mental. En los hechos, ello no le ha otorgado al Centro Cultural un ordenamiento administrativo y una estructura orgánica diferenciada del Hospital.

Guardia y Tránsito.

Guardia y Tránsito funcionan en una edificación más bien pequeña y simple, un pasillo ancho sobre el que se emplazan: el consultorio para las entrevistas de admisión, la sala de

enfermería, una sala común donde se sirve almuerzo y cena y donde las personas ingresadas reciben visitas, el dormitorio y baño privado del médico de guardia, y las tres habitaciones en que se distribuyen las ocho camas del dispositivo. Un armario, un televisor, unas pocas sillas plásticas son los únicos objetos en los dormitorios, que tienen cada uno su baño.

Al tratarse de un espacio reducido y para personas descompensadas, las restricciones de la Guardia y Tránsito hacen sentir mayor sensación de encierro: el patio es apenas un rectángulo de pocos metros, y no está permitido para todos los pacientes, hay estricto funcionamiento de horarios, y el ambiente tiene una marca más netamente médica, a diferencia de lo que sucede en los otros sectores. La entrada de la ambulancia,¹⁴ los pasillos angostos con puertas vaivén, y el personal vestido con ambo o guardapolvo compone un paisaje distinto al de Internación. Aunque su objetivo primordial es estabilizar crisis agudas, “paradójicamente, es un espacio en el que es muy fácil volverse loco más rápido” (TS).

Todo paciente que ingresa al hospital lo hace por la guardia. Las consultas pueden ser espontáneas, por derivación –desde un centro de salud u otro efector-, por urgencia, o por un oficio judicial que solicita la evaluación de los profesionales de la institución. En todos los casos, la persona es evaluada por un equipo compuesto por psiquiatra y psicólogo –salvo que llegue de noche, pues la guardia de 24 horas sólo es de médico psiquiatra, además del servicio de enfermería-. En la evaluación los profesionales definen si la persona tiene o no criterio de internación. En los casos en que sí, pasa a internarse en el servicio de Tránsito, que funciona en el mismo edificio. En promedio, la Guardia atiende once consultas diarias, de las cuales ingresa una.¹⁵

El criterio que define la internación es la existencia de riesgo cierto e inminente: de manera indubitable, la persona puede dañarse o dañar a otro. Definirlo es trabajo del equipo de guardia. Cuando existe el criterio pero no hay voluntad de la persona de permanecer en la institución, la internación es, según los lineamientos de la ley nacional, involuntaria (art. 20). Siguiendo sus disposiciones, debe ser informada a un juez, encargado de velar por el cumplimiento de los derechos de la persona ingresada a la institución sin prestar consentimiento (art. 21). En general, la situación es ésta; pues las personas que acuden, son derivadas o llevadas

¹⁴ La puerta de ingreso de la ambulancia ha sido cerrada con candado luego de que un grupo de pacientes organizados la patearan hasta abrirla y escaparse de la institución “en manada” (TS). Todavía conserva las abolladuras de aquel episodio.

¹⁵ Datos provistos por los trabajadores en entrevista.

por la fuerza a la Guardia, lo hacen a partir de un episodio conflictivo y encontrándose en un estado de crisis no quieren permanecer en la institución.

Gran parte del trabajo del equipo de Tránsito que toma las situaciones ingresadas es, entonces, con la Justicia provincial. Deben tener al tanto al Juez a cargo, enviar un informe dentro de las 10 primeras horas y otro luego de 48 horas de sucedido el ingreso. Lo que suele suceder es que, pasados unos días, la persona “baja un cambio, está más calmada, puede pensar y evaluar mejor” (TS), y firma el consentimiento para permanecer bajo tratamiento por unos días más. En ese caso, la internación pasa de involuntaria a voluntaria, y las decisiones quedan a cargo del equipo tratante, sin necesidad de intervención de la justicia. En algunas ocasiones, el Juez interviene, pero lo más habitual es que se desvincule de la causa. Ningún personal de Tribunales acude al Hospital, aunque eso está contemplado dentro de sus tareas. Una de las abogadas del Departamento legal con 20 años de trabajo en el hospital sólo en dos oportunidades vio a una defensora yendo a visitar a su defendido. En raras ocasiones, se consulta sobre un caso, o se llama desde el Juzgado para verificar cómo viene avanzando un paciente en particular (DC).

El acto de firmar el consentimiento, o el rechazo a hacerlo y convertirse así en un paciente de internación involuntaria funda una primera marca que irá constituyendo, junto a otros rituales propios de la institución, el “perfil” del paciente y su clasificación. No son actos menores ni anecdóticos; al contrario, fijan las pautas del accionar del equipo y de la estrategia terapéutica que tendrá lugar para esa persona, tanto en los casos en que exista una derivación hacia otra institución como en los que se consiga el alta, o el pase a sala de Internación del *Agudo*.

El objetivo del equipo interdisciplinario de Tránsito es estabilizar la crisis aguda y armar el proceso terapéutico que suceda a esa estabilización. Ello puede implicar: la derivación a otro efector, el pase al sector de Internación del hospital, gestiones de recursos o beneficios para facilitar el alta, entre otras cosas. Para ello, se cuenta con psiquiatra, psicólogo y un trabajador social, además del acompañamiento de abogados del departamento jurídico, y un médico clínico por las mañanas. La disposición de la institución estipula que el tiempo de internación en Tránsito debe ser de una semana, pero hay ingresos que se prolongan por dos semanas o hasta un mes. La intervención se basa en la provisión de psicofármacos para lograr la compensación.

En casos de alteración psicomotriz grave, existe un protocolo para la realización de sujeciones físicas.¹⁶

Si bien se busca priorizar el trabajo de corto plazo y la pronta resolución de las crisis para luego construir una derivación, lo cierto es que hace unos años Tránsito contaba con dos equipos interdisciplinarios, de los cuáles uno pasó a formar parte de Internación, quedando un único equipo. Además, los profesionales que lo componen no son exclusivos de esa área; pues hay quienes dividen sus horas semanales de trabajo en la institución entre éste área y la de Internación. Por la tarde, cuando no queda personal administrativo en la Guardia, no es extraño que la atención telefónica y de la puerta de ingreso quede a cargo del personal de seguridad, dependiente de una empresa privada.

Internación.

La institución cuenta con cincuenta y seis camas¹⁷ distribuidas entre dos pabellones de dos plantas cada uno. Una de las primeras reformas edilicias llevadas adelante a partir del 2000 es la organización de las salas de modo que ya no se trata de la clásica imagen del manicomio de amplias salas con las camas enfiladas de manera sucesiva a lo largo del espacio. Se han colocado paredes de mampostería, que subdividen la superficie en pequeñas parcelas –los “box”- con lugar para dos camas, con puerta al pasillo común. Para esa misma época, cada box había sido equipado con un pequeño mueble tipo alacena y pequeño ropero a la vez, para guardar objetos y vestimenta; en su mayoría ya están destruidos, sin puerta o desvencijados. Las ropas se amontonan en bolsas, o directamente en el piso. Los halles de cada planta tienen mesas, algunas sillas y un pequeño televisor.

Tres criterios diferenciados se utilizan para la distribución de los pacientes en cada pabellón: el de género, el de tipo de cuidados que se requieren –que diferencia pacientes agudos y pacientes crónicos-, y el judicial –para los pacientes en conflicto con la ley penal-. Como resultado del cruce entre éstos, en el pabellón 2 se alojan los crónicos y las pacientes mujeres agudas, y en el 3 los pacientes varones agudos y los que vienen del sistema penal con custodia policial incluida. Para estos últimos queda reservada la planta alta, por eso, en el hall alrededor

¹⁶ Volveré sobre la práctica de sujeción física en el hospital en el capítulo 6 cuando me ocupe de los modos de regular (en este caso, prohibir) las circulaciones por el espacio.

¹⁷ A esas camas –que no siempre están ocupadas en su totalidad- se suman las ocho de Guardia y Tránsito, y además un “pool de pacientes” (PSC) que varía entre 15 y 20 que están con permiso de salida pero siguen siendo atendidos por los equipos interdisciplinarios de Internación. Son pacientes que no tienen el alta definitiva, y que circunstancialmente pueden pasar una noche en el hospital y se les habilita una cama para tal fin.

de una mesa, el personal del Sistema Penitenciario que cumple las funciones de custodia pasa sus turnos de 12 horas hasta que llega su recambio. Los custodios penitenciarios y los enfermeros son los únicos trabajadores presentes durante las 24 horas del día en la Internación.

Por tratarse de un efector público, la población que se atiende en el *Agudo* se caracteriza por presentar altos grados de vulnerabilidad y precariedad. En su mayoría, se trata de pacientes con bajo nivel de escolarización, sin obra social, con problemáticas de vivienda, que no han tenido trabajo estable o en blanco y que tienen como único ingreso una pensión por discapacidad, o son beneficiarios de algún programa social. Además, son pocos los pacientes que tienen vínculo con su núcleo familiar: son personas que no quieren o no pueden ser recibidas por sus familias:¹⁸ “el paciente que llega acá ya no es el agudo típico de psicosis o esquizofrenia, sino que lo tenés complicado con la pobreza, con el consumo, con el delito. Una familia expulsiva... y bueno” (TS).

Hay algunos pocos ingresos que datan de 30 años o más, pero el perfil característico del paciente del *Agudo Ávila* es aquel que se expresa como fenómeno de *revolving door* o puerta giratoria, es decir, personas con una trayectoria de institucionalización de muchos años, que entran y salen del hospital por la imposibilidad de sostener procesos de externación prolongados en el tiempo. Esa imposibilidad se explica sobre todo por la carencia en o la falta de acceso a derechos, cuidados y bienes básicos: alimento, vivienda, vestimenta, o algún ingreso para sobrevivir, lo que dificulta la continuidad en la toma de medicación y el sostenimiento de los tratamientos ambulatorios (Alberdi et. al., 2005).

Para dar atención a ese conjunto de pacientes, existen cuatro equipos interdisciplinarios, compuestos cada uno por psicólogo, psiquiatra y trabajador social. Uno de esos equipos está destinado exclusivamente a los pacientes clasificados como crónicos, un conjunto de personas con quienes se trabaja un “plan de derivación hacia otros efectores que se ajusten mejor al tipo de cuidados que requieren” (PSC).¹⁹ El resto se distribuye entre los otros tres equipos. Además, se cuenta con el soporte de enfermería, acompañamiento terapéutico, asesoría legal, medicina clínica y un psicólogo que lleva adelante un programa de abordaje de consumos problemáticos. Se suma por último, el aporte de un conjunto de futuros profesionales en formación que realizan

¹⁸ Los motivos que podrían explicar el quiebre de lazos con familiares y afectos pueden ser múltiples y responden, antes que nada, a la singularidad de cada caso y cada historia familiar. Dicha indagación no fue objeto de esta tesis. Para explorar las formas de vínculo entre familia-pacientes-instituciones de salud mental, se recomienda VER Serra (2009) y Brovelli et. al. (2019).

¹⁹ En el capítulo 5 se explicita, profundiza y analiza sobre los criterios clasificatorios de los pacientes con que se trabaja en el Hospital, y sobre las características particulares del trabajo del equipo de crónicos.

en el hospital sus prácticas pre-profesionales, coordinadas tanto por personal profesional de los equipos como por sus tutores académicos en sus institutos y facultades. Es el caso de estudiantes de psicología, trabajo social, psicopedagogía y kinesiología.

Cada equipo de internación organiza el trabajo de la mañana luego de que el personal de enfermería hace el pase de sala, donde se resume lo ocurrido en las tres guardias (mediodía, tarde y noche). Sus tareas pueden incluir: entrevistas con los pacientes o un familiar de éstos; supervisión con los acompañantes terapéuticos, la puesta al día de la historia clínica, algún trámite fuera del hospital -visita al domicilio del paciente, cita en los tribunales, trámites judiciales, bancarios o en ANSES por beneficios sociales, visita a una institución o entrevista con un equipo de un centro de salud para la construcción de una derivación, entre otras-. Las tareas que cubren los equipos son múltiples; el contacto con los pacientes es una más entre muchas otras, y no siempre tiene carácter diario, o prioritario. En general, se trabaja interdisciplinariamente y muchas tareas son compartidas. Las entrevistas normalmente se hacen en conjunto, y la división del trabajo por área de competencia de cada profesión se complementa con decisiones acordadas y debatidas conjuntamente: desde un posible cambio en la medicación, a la postura con que se acudirá a una entrevista en el Juzgado o hasta una propuesta de actividad laboral o recreativa para el paciente.

En los modos de organización del trabajo cotidiano, el equipo interdisciplinario es el epicentro en los movimientos y decisiones posibles. Alrededor, hay profesionales y trabajadores que cumplen la función de soporte, y ocupan un lugar subsidiario con respecto al equipo. Por un lado, los médicos clínicos se ocupan de las problemáticas generales de salud de los pacientes, según su definición, “de todo aquello que escapa a lo psicológico” (MED). Son tres profesionales que se distribuyen dos en los pabellones (uno por la mañana y otro unas pocas horas por la tarde) y el tercero en el espacio de la Guardia y Tránsito. Son quienes se encargan de llevar adelante el seguimiento y control de patologías clínicas de los pacientes (control de los diabéticos, hipertensos, pacientes con HIV, entre otras), así como cuestiones que puedan suceder en el hospital (caídas, fracturas, gripes, etc.). Hacen aportes en la redacción de informes y presentación de casos que requieren derivaciones a hospitales generales que comúnmente son rechazados por tratarse de pacientes psiquiátricos.

Los acompañantes terapéuticos (AT) son un recurso auxiliar para el trabajo cotidiano. En el Hospital, de un total de 19 AT, todos psicólogos, 7 pertenecen a la planta de personal de la Dirección Provincial de Salud Mental y otros 12 son contratados. Se distribuyen entre Internación y Consultorios Externos, y cada uno tiene a su cargo un conjunto de pacientes

internados (en general, son tres o cuatro personas por AT). Sus tareas son de apoyo en las actividades cotidianas de los pacientes: acompañarlos a hacer trámites, estudios médicos, compartir diferentes actividades durante las horas que tienen permisos de salida, o simplemente pasar el tiempo junto al paciente en el patio o en su habitación, proponiendo alguna actividad o conversación. La base del trabajo es lograr autonomía para la realización de las actividades de rutina –alimentación, higiene-, construir espacios de socialización, y colaborar con la realización de actividades cotidianas, aspectos todos que presentan dificultades fruto de la institucionalización prolongada o las formas de manifestación de las patologías que sufren estas personas (Rosique *et. al.*, 2014). El AT es parte de la estrategia terapéutica (Kuras de Mauer y Resnizky, 2002), y es un recurso importante a la hora de planificar el desenvolvimiento en la vida cotidiana, así como la posibilidad de la externación. Los psicólogos de los equipos trabajan de modo estrecho con ellos; pues comparten la perspectiva de trabajo psicoanalítica y por tanto, discuten el trabajo clínico.

- Porque hay una dirección de la cura, entonces bueno, es necesario por ahí dar algunas indicaciones, o escuchar qué es lo que pasa cuando el paciente está con el acompañante, y movimientos por ahí más subjetivos que pueden suceder, y que van haciendo el tratamiento y van haciendo a la mejoría del paciente (PSC).

Luego, otros trabajos de profesionales en formación tienen en el hospital un espacio de práctica y realizan tareas cotidianas que sirven de soporte al trabajo de los equipos tratantes. Estudiantes avanzados de Kinesiología, Trabajo Social, Psicología y Psicopedagogía concurren al Agudo Ávila, algunos con frecuencia diaria, otros semanal, con propuestas recreativas, deportivas o educativas para los pacientes. En el mejor de los casos, sus actividades se incluyen como parte de la estrategia terapéutica singular –como las clases de alfabetización o los ejercicios de rehabilitación de kinesiología-. Hay trabajos que se valoran porque implican una ocupación del tiempo que hacen más llevaderos los prolongados momentos de ocio que existen en estas instituciones. En general, hay una supervisión periódica de los equipos tratantes, con quienes se intenta trazar los objetivos de las actividades y metas de los abordajes.

El trabajo de enfermería, por último, es descripto por la Jefa del Servicio del pabellón 3 de la siguiente manera:

- (...) todos los días hacemos el pase de sala. Yo llevo el libro, y paso el parte de 24hs. Y les digo lo que pasó en las 3 guardias: mediodía, tarde y noche. Qué pasó: si hubo novedad, o no. Si se escapó, si no quiso la medicación, si

vino alguien a verlo, si el paciente le pasó algo o no, si no quiso comer, si se pelearon.

- lo cotidiano es la higiene, el confort y la atención en la escucha del paciente. Eso es muy importante” (ENF).

En una especie de doble tarea -hacia los equipos tratantes y hacia los pacientes- el rol de enfermería –única parte del personal de asistencia que permanece en el área de Internación las 24 horas del día de lunes a lunes- se divide entre la custodia y la garantía de la sobrevivencia mínima de las personas internadas, llevando adelante la práctica de cuidados directos y cotidianos. Ambos aspectos del trabajo se fusionan en la misión de vigilancia y control tradicionalmente asignada a los enfermeros (Goffman, 2001; Silva y Ratner Kirschbaum, 2010). El lugar de subalternidad técnica de Enfermería desnuda la organización jerárquica; por lo general, al enfermero no se le asigna un rol en la estrategia terapéutica de los pacientes –más allá de la evaluación y las opiniones diversas sobre si la tiene o no-, lo que expresa en la práctica la distinción entre profesionales y trabajadores. Al respecto, en uno de los textos de la publicación *Registros*, realizada por personal de Enfermería del Hospital, se puede leer:

El hecho de que el personal de enfermería conviva prácticamente las 24hs del día con el paciente ingresado, dota a éste de un papel muy importante en la práctica asistencial diaria. *Pero este hecho está en función de lo que el equipo decida*, de cuál va a ser el papel del equipo de enfermería dentro del mismo (Registros, 2011: 6. El destacado es mío).

El problema de la jerarquización del trabajo, combinado con el hecho de que enfermería es quien convive las 24 horas del día con los pacientes, aparece bien ilustrado cuando una de las enfermeras entrevistadas reflexiona: “(...) pasa algo en Enfermería, se equivoca Enfermería ponele, ¿a quién vienen a reclamar? A mí. ¿Y cuando no los atienden? *¿A quién reclamo yo?*” (ENF).

El trabajo cotidiano en la Internación es, entonces, fruto de la mixtura de la multiplicidad de intervenciones existentes. Las decisiones y pasos terapéuticos dependen a veces del encadenamiento de una serie tan extensa y diversa de variables, que adquieren un ritmo más lento en comparación con los tiempos de atención de Tránsito o en las urgencias. A esa lentitud propia del desenvolvimiento de los procesos terapéuticos de los pacientes y del “tiempo muerto” de la internación se le opone la demanda constante, intensificada sobre todo por las mañanas. Dinero, llamadas telefónicas, permisos de salida, medicación, turnos médicos con

otros especialistas, comida, cigarrillos. Por momentos da la impresión de que el tiempo no corre y cada quien está en su box, su oficina o consultorio, y por momentos los pasillos y el patio se convierten en un tránsito de gente yendo y viniendo para atender los pedidos más variados y cubrir un abanico amplísimo de tareas.²⁰

2. Intervenir ante el riesgo.

Como quedó expuesto, la llegada a la guardia, la permanencia en el tránsito o el pase a la internación en un hospital como el Agudo Ávila tiene lugar a partir de presentarse una situación de *riesgo*, ya sea para la propia persona como para otras. Me interesa reparar en la categoría de riesgo y su centralidad para estudiar los modos actuales de entender, clasificar y actuar sobre los sujetos de gobierno desde el enfoque de la gubernamentalidad.

El pensamiento sobre el riesgo es aquel que “busca traer el futuro al presente y hacerlo calculable (...) en un intento por disciplinar la incertidumbre” (Rose, 2017: 488). Conviene además situarlo en términos de *pensamiento* en tanto el riesgo como tal no refiere a algo directamente “real” sino a un modo de construir un problema y a partir del cual diseñar los modos de intervenirlo. Desde la perspectiva de la gubernamentalidad, el riesgo es una técnica, o un ensamblaje de técnicas.

Partiendo de una noción moderna del riesgo, éste emerge como preocupación de los estados nacionales del siglo XIX en la regulación de accidentes o hechos imprevisibles en la producción económica así como en la reproducción de la vida social que podrían traer aparejados desórdenes de diverso tipo, o más aún, posibles resistencias o conflictos, con sus riesgos concomitantes. Así es que se despliegan una serie de tecnologías asociadas al manejo de posibles accidentes u otros peligros con el objetivo de, precisamente, gobernarlos: seguridad social, indemnizaciones, impuesto a las ganancias, entre otros, analizados por estudiosos como Jacques Donzelot, Francois Ewald o Daniel Defert,²¹ desde la analítica que provee Foucault sobre el poder, fundamentalmente en el punto en el que identifica una mutación entre el poder disciplinario y sus intervenciones coercitivas y de control, y los mecanismos de seguridad y

²⁰ Para un análisis más extenso sobre la espacialidad y la temporalidad en el hospital, VER capítulo 6.

²¹ No me extenderé aquí en los aportes de estos pensadores, discípulos de Foucault y referencias en esta materia. Sucintamente vale señalar que sus estudios están dedicados al examen del funcionamiento de las leyes sociales de finales del Siglo XIX y comienzos del XX relacionadas a problemas como el desempleo, las enfermedades, los accidentes del trabajo, la pobreza, orientados a analizar el funcionamiento del mutualismo, las compañías de seguro, entre otras. Para una lectura sobre los aportes de estos autores al desarrollo de los estudios de gubernamentalidad VER Castro Gómez (2010).

regulación de la población, que intensifican la efectividad del poder a la vez que ganan en sutileza para su despliegue. (O'Malley, 2004).

Hacia los años 60 y 70 del siglo XX tiene lugar una mutación de estas tecnologías otrora asociadas al welfarismo, es decir, a mecanismos estatales de gestión de los riesgos (O'Malley, 2004), que experimentan cierta retracción. Frente al impulso universalista característico de los estados providencia, lo que se abre es la estratificación o bifurcación, esto es, las intervenciones dependen de la población a la que estén orientadas y del espacio social donde vayan a desplegarse. Si por un lado motiva la prudencia como valor que deben alimentar los individuos para conducirse en la vida de modo de maximizar sus beneficios y minimizar los riesgos, haciéndolos individualmente responsables de ello, por otro reconoce que hay individuos sin posibilidad de responder a dicho mandato (O'Malley, 2004; Rose, 2007), y que requieren de otro tipo de intervenciones.

Es posible afirmar entonces que la noción misma de riesgo asume una diversidad de formas en la medida en que responde a propósitos distintos, y que pensar el gobierno a través del riesgo supone hacerlo no en términos de unidad sino como “un heterogéneo arco de prácticas con diversos efectos y aplicaciones” (O'Malley, 2007: 153).

Para el campo de las prácticas psiquiátricas o de salud mental, vale decir que en primer lugar se identifica una tendencia resumible en la fórmula propuesta por Robert Castel (1984 y 1986) de paso “de la peligrosidad al riesgo”. Con ello el autor refiere a una redefinición de la tarea de la psiquiatría clásica en el marco de una estrategia de gestión de las poblaciones de carácter preventivo y con énfasis en la tarea de detección de riesgos. Define a la peligrosidad como la percepción del “enfermo mental” como un individuo capaz de actuar de manera imprevisible y violenta, frente a lo cual el encierro –forma de prevención burda- se erige en principal respuesta.²² En cambio los riesgos, otrora asociados a la presencia de un peligro, pasan a estar definidos en relación a “datos generales impersonales o *factores* (de riesgo) que hacen más o menos probable el acontecimiento de conductas indeseables” (1984: 153). Ya no se trata entonces de la asistencia a individuos sino de la detección preventiva de factores asociados a conjuntos de modo de poder anticipar la posibilidad de irrupción del peligro fruto de la combinación de diversos elementos.

²² La noción de peligrosidad es central al análisis de las prácticas de gobierno de la locura no sólo desde lo que estos autores llaman psiquiatría clásica o alienismo, sino también en sus expresiones contemporáneas. Por eso me ocupo extensamente de ella en el capítulo 7. Aquí la menciono sólo a modo de exponer la propuesta analítica del autor respecto de la categoría de riesgo.

Con ello, sin embargo, el autor no desconoce la respuesta del encierro todavía presente. De hecho, al analizar las transformaciones que se suceden en el campo psiquiátrico a partir de los años 70, Castel afirma uno, que el hospital psiquiátrico sigue siendo “la base operativa” de los psiquiatras (ibídem: 48); dos, que –no sólo por ello- el hospital “sigue siendo el centro de gravedad del dispositivo psiquiátrico (ibídem: 63), y tres, que “más que un desmoronamiento de los hospitales psiquiátricos que debían de llegar a desaparecer”, asistimos a una “reestructuración de sus funciones” (ibídem: 64).

En consonancia, Nikolas Rose (2017) señala que la peligrosidad era entendida como una cualidad interna de un individuo patológico, aunque acarrearía ciertas dificultades para ser explicada, medida, o diagnosticada, y que para los años 70 y 80, esa definición mutará hacia una idea del peligro medido en factores, o probabilidades estadísticas, al tiempo que será reemplazada por la categoría de riesgo. Asimismo, dirá que esa mutación tiene lugar en tanto cambia el territorio del gobierno de la salud mental desde el hospital psiquiátrico hacia la comunidad, pasaje que hace a la emergencia de nuevas topografías institucionales: casas de medio camino, guardias abiertas, hospitales de día, cuidados psiquiátricos en la comunidad, que borran la frontera fija antes marcada por el asilo entre aquello que estaban dentro y los que estaban fuera del sistema de atención psiquiátrica.

También agregará que a este nuevo territorio le corresponde una nueva distribución de las problemáticas de salud mental de la población, no tanto en base a criterios fijos de categorización de los individuos sino más bien ordenada bajo la premisa de que diferentes condiciones ameritan diferentes regímenes de control. De allí la escala que diferencia entre riesgo bajo, “para quienes siempre existirán las terapias” (ibídem: 490) o las técnicas cuasi terapéuticas, destinadas a regular las conductas individuales en función de principios como la autonomía, la responsabilidad, la competencia; el riesgo medio, manejable en el territorio de la comunidad a través de instituciones públicas pero también de un mercado privado de prestaciones asistenciales en crecimiento; y el riesgo alto –cierto e inminente dice nuestra legislación-, alrededor del cual se centra la intervención de las instituciones públicas estatales –la internación en el hospital, otra vez según nuestra legislación-.

Es que, tal como adelanté en el capítulo 2, es posible reconocer la internación en el hospital psiquiátrico como parte –entre otras- de las tecnologías propias del gobierno en los márgenes, destinadas a conjuntos poblacionales que, como es el caso de las personas que acuden a recibir atención en efectores público-estatales, se caracterizan por la exclusión, la pobreza, el desempleo, la escasa instrucción, entre otros factores que permiten medir el riesgo en que viven

y que representan para la comunidad en donde viven (Rose, 2007 y 2017). Aquí el encierro sigue operando como respuesta, aunque desde estos análisis se asuma que está en franco retroceso.

Lo que puede afirmarse a partir de los aportes de Castel y Rose es que como característica del gobierno en los márgenes, los procesos de modulación continua de la conducta se sostienen en la asignación de “destinos sociales diferentes a los individuos en función de su capacidad para asumir las exigencias de la competitividad y la rentabilidad” (Castel, 1986: 241), y se acompañan de “la intensificación de la intervención política directa, disciplinaria y, frecuentemente, coercitiva y carcelaria en relación con personas y zonas particulares”. (Rose, 2007: 135).²³ No obstante, ello no niega que la intención de gobierno en la construcción de sujetos autónomos capaces de autoconducirse se extiende y alcanza a los considerados abyectos, pues “su alienación ha de ser revertida equipándolos con ciertas aptitudes subjetivas activas: deben asumir responsabilidad, deben mostrarse capaces de acción calculada y de elección, deben forjar sus vidas según un código moral de responsabilidad individual y obligación comunal” (ibídem: 139). Esta aclaración no es menor para revisar los fundamentos con fuerte contenido moralizador sobre los que se sostienen las intervenciones en el Hospital.

Dicho esto, y siguiendo con el carácter heterogéneo que adquieren las prácticas encuadrables bajo la categoría de riesgo, podría hallarse un nuevo pliegue a partir del cual reconocer una reflexión progresiva sobre los riesgos, algo que propone Pat O’Malley.

Al discutir con las teorías críticas sobre la “sociedad del riesgo” de Ulrich Beck o Anthony Giddens, que establecen una mirada siempre negativa sobre el riesgo, O’Malley (2007) pone de relieve ciertas características del enfoque foucaultiano de gobierno en un intento por pensar las técnicas de riesgo también presentes en políticas con orientación reformista, o inclusivas. En esa búsqueda, recupera la categoría de “conocimiento estratégico” de Foucault como aquel que se construye para estudiar las formas que adquieren los regímenes de poder, con sus oportunidades y sus problemas. Pero además de esta orientación diagnóstica propia del enfoque, nuestro autor dirá que además es necesario pensar el *propósito* de tal conocimiento estratégico, y avanzar hacia lecturas prescriptivas o comprometidas con horizontes de resistencia o de maximización de las contradicciones. Resumidamente, dirá que si “la

²³ Esta característica de las respuestas que toman lugar al problema del gobierno de los *infraclass* es propia también del programa de la Nueva Derecha de las democracias liberales avanzadas en materia de justicia penal, con un claro recrudescimiento de la respuesta carcelaria ante el riesgo del delito, según el análisis de Pat O’Malley (2004). Esta realidad podría hacerse extensiva a la nuestra, y operar como marco a partir del cual estudiar las características actuales del cruce entre el dispositivo penal y el asilar-psiquiátrico, del que me ocupo en el capítulo 7.

gubernamentalidad provee una técnica para el diagnóstico del gobierno existente (...) puede devenir un recurso analítico para el desarrollo de formas alternativas de gobierno que minimicen la dominación” (ibídem: 158). De esa lectura deriva la noción de “experimentos en gobierno” consistente con resolver los asuntos de gobierno bajo la fórmula de minimización de la dominación y maximización de las controversias (ibídem: 159).²⁴

Siguiendo esas pautas de lectura, podría decirse que la decisión de internación de una persona de una institución psiquiátrica expresa un problema de dominación, y la evaluación de riesgo cierto e inminente en los términos en que es definida en la legislación actual podría interpretarse como un “experimento de gobierno” en clave progresiva, que alberga la intención de minimización de la dominación en la medida en que, tal como se dijo ya, tomar el riesgo como indicador supone desplazar el concepto de peligrosidad. La peligrosidad es tenida por cualidad o atributo de una persona, cuyo uso además acarrea efectos de estigmatización y criminalización. El riesgo en cambio no atañe a la persona sino a una situación particular –de crisis-, y el foco de la intervención ya no es la protección del medio, de “la sociedad” como virtual víctima de uno de sus miembros desviados, sino la protección y el cuidado de la persona en esa situación de riesgo, tomando en cuenta el carácter singular, pero también social y vincular que define a una persona en esa situación (Bianco, 2019). El riesgo en salud mental es además un “atributo de estado”, esto es, una situación en la que una persona se encuentra en un momento determinado, y de la que puede salir (Toro Martínez, 2019).

Si se continúa el análisis de la legislación que enmarca las prácticas actuales desde esta óptica, la evaluación del riesgo cierto e inminente es la herramienta a partir de la cual resolver la fuente del riesgo. Quien define eso es el equipo interdisciplinario, y sus fundamentos “no deben reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica” (art. 20 LNSM, Decreto Reglamentario 603/2013). En el análisis etnográfico es posible identificar que tal evaluación pone en juego la dimensión situacional o contextual de los saberes que intervienen, de modo que obtener una medida objetiva de aquello que verdadera, segura e indubitavelmente amenaza con generar un daño a la persona o a otros es imposible. La fuente del riesgo y cómo se lo aborde es variable, lo que provoca que existan diferencias hacia adentro de las propias instituciones y de sus equipos interdisciplinarios respecto de qué hacer en cada situación.

²⁴ En adelante, O’Malley dedica su artículo al análisis de lo que considera dos experimentos o tecnologías de gobierno que siguen esa orientación, como lo son la reducción de riesgos y daños en el abordaje del consumo problemático de sustancias, y la justicia restaurativa en la administración de justicia, puntos sobre los que aquí no profundizaré.

Es posible afirmar entonces que la centralidad del riesgo en salud mental puede pensarse en clave progresiva al sostenerse sobre él prácticas con fines protectivos o de cuidado frente a la certeza de daños mayores. Pero a la vez, no supone conflicto interno con tecnologías disciplinarias de intervención directa, ni tampoco con las tecnologías sostenidas en la coacción y la violencia. En el siguiente apartado analizo esa dinámica en el hospital estudiado a través del caso de Lorena.

3. Prácticas de administración del riesgo en la Internación. Violencia y cuidados.

Lorena tiene 50 años, llegó al hospital hace 10, y ha permanecido allí desde entonces de manera casi ininterrumpida, “los 365 días del año”, según sus palabras. Previamente había tenido una internación breve en la Colonia de Oliveros, de donde se fue luego del alta con recomendaciones para la continuación de un tratamiento ambulatorio que no pudo sostener. Compartía la casa con su hermano, y vivían en condiciones muy precarias, sin servicios. Las velas que iluminaban su casa, a falta de luz eléctrica, provocaron el incendio que destruyó la vivienda, y fue lo que motivó su internación.

Aunque esté “compensada”, Lorena vive en situación de riesgo. Siempre cargando la cartera donde llevar los cigarrillos, es de las pacientes que “deambulan”; con dificultad, se la ve paseando por el patio, entrando y saliendo de los pabellones, siempre fumando, tanto así que su altísimo nivel de consumo de tabaco le ha provocado EPOC. La cronificación se le ha impreso en el cuerpo de maneras dolorosas, mostrando la cara más brutal de las prácticas institucionales que propicia el encierro indefinido: ha perdido parcialmente la vista de un ojo producto de sucesivos golpes que ha recibido por parte de otros pacientes en algunos enfrentamientos. Casi no ve, y le han robado los lentes que le hicieron hace un tiempo. Por este motivo no realiza actividades; si bien estudió artes -“ella dice que estudió artes” (AT-DC)-, ya no pinta por sus dificultades con la vista. Por esto mismo tampoco sale si no es acompañada. Hace un tiempo disfrutaba de ir al gimnasio, pero ya lo abandonó igual que la pintura.

No hay mañana que, estando en el dos-dieciséis, no aparezca en repetidas ocasiones con alguna de sus únicas tres demandas: hablar por teléfono con su hermano, que le den cigarrillos, y saber cuándo le dan el alta. Su equipo tratante ha acordado con el hermano un único día a la semana en que puede hacer llamados, guarda sus cigarrillos para intentar administrarlos de modo de regular el consumo constante, e intentó en el último tiempo concretar una derivación a otra institución. Nada de eso parece funcionar. En general, se percibe

agotamiento alrededor de sus pedidos, que a veces deriva en gritos, portazos, malos tratos, o hasta insultos de parte del personal del Hospital. “*Lorena dejó de romper las pelotas*”, “*Hoy no es el día de llamados Lorena, ya te lo expliqué 5 veces*”, “*Si perdiste la plata de los puchos te jodes Lorena, te recibiste de boluda*”, son algunas de las notas que he tomado en mis estadias en el dos-diecisiete al momento en que ella se hacía presente. Facilitados por el contexto institucional, son difícilmente reconocidos como violencias.

Lorena además presenta dificultades para conciliar el sueño, incluso cuando en ocasiones recibe la medicación de refuerzo que está indicada para pacientes que permanecen despiertos después de comenzada la hora del descanso. Y eso se transforma en una situación riesgosa, pues sucede que, por la incapacidad de controlar sus deseos de fumar a cualquier hora y en cualquier lugar, prende cigarrillos estando acostada, y eso le trae conflictos con su compañera de habitación. Pero además, en varias oportunidades quema las sábanas, el colchón o su propia ropa por fumar en la cama; en más de una ocasión se registraron incendios en su habitación a causa de que estaba fumando. Se le sustraen los cigarrillos por enfermería, y es obligada a permanecer encerrada en su cuarto. Para escapar, llegó a treparse de la puerta del dormitorio, ocasión en que sufrió un esguince de tobillo.

Dado el riesgo que estos acontecimientos representan, hubo períodos en que le fue indicada una “sujeción terapéutica” durante el día, y otras veces por la noche “en pos de evitar riesgo para sí o para terceros” (PSQ-HC); “Se indica restricción física de la paciente para los momentos de mayor ansiedad, *únicamente como modo de cuidado de su cuerpo*” (PSQ-HC, el destacado es mío). En los casos en que enfermería se negó a hacer la sujeción mecánica –por falta de personal o por disputas con el equipo profesional-, se modificó el esquema farmacológico y se acordó medicación de refuerzo, de modo que se reemplazaba una técnica de contención por otra, garantizando el control, inmovilizándola.

Al continuar las conductas que ponen en riesgo su integridad física y que se agravan particularmente por las noches, cuando la presencia de personal está reducida al mínimo, durante otros períodos Lorena ha contado con acompañamiento terapéutico nocturno. Una persona permanece durante las noches entre su box y el office del pabellón, para acompañarla en la administración del consumo de tabaco, cuidando que no se queme, asistiéndola en lo que necesite. La secuencia de cigarrillo – ducha – cambio de ropa y de sábanas llega a repetirse varias veces en la misma noche, pero ayuda a evitar la sujeción, los forcejeos y el reforzamiento de la medicación para dormir. En paralelo a los acompañamientos nocturnos, también se suman momentos de caminata y paseos diurnos que permiten construir un vínculo en torno al cuidado,

para que la presencia de sus acompañantes no sea tomada por Lorena sólo en clave de vigilancia y prohibición. Un conjunto de actividades que hacen a una estrategia de minimización de la dominación en tanto identifica el riesgo, y busca construir una intervención posible donde la coerción no sea elemento primordial.

De modo que garantizar los cuidados para su sobrevivencia y bienestar requiere de un conjunto de tareas que combinan las normas de la institución con las propias necesidades de Lorena, donde no hay tal frontera entre vigilancia, uso de la fuerza física y cuidado, porque para esta situación, ambas cosas aparecen siendo lo mismo. Aunque podría objetarse que estas son sólo mis conjeturas, es claro que en el momento en que la estrategia se reduce a la custodia y la contención física, afloran los límites, y cuando prima el cuidado en términos de acogida, resguardo, alojamiento, el insomnio cede.

El caso de Lorena remite por un lado a lo que sucede con las personas internadas en hospitales psiquiátricos definidos como *instituciones de la violencia*, categoría de Franco Basaglia que alude justamente a la relación violenta que está en su base y la sostiene como tal, incorporada al punto de su naturalización, o lo que él llama su *mistificación a través de la técnica* (Basaglia, 1972: 132). Así define el italiano el trabajo de la psiquiatría en los asilos, “que tiene la misión de *cuidar* a los enfermos mediante *actos terapéuticos* cuya única función es ayudarles a adaptarse a su condición de «objetos de la violencia»” (ibídem: 142. Destacados en el original). El recurso a la fuerza física queda arropado bajo su carácter técnico o terapéutico, y las intervenciones coercitivas sobre los cuerpos son en realidad acciones de “contención para el cuidado”, y así acaban siendo la misma cosa.

Foucault en cambio toma cierta distancia de la noción de violencia para analizar qué sucede en torno de la locura en los hospitales psiquiátricos. A tono con su idea sobre el poder, dice en primer lugar que cuando se habla de violencia siempre se tiene mente “un poder físico, un poder irregular, pasional: un poder desatado, por decirlo de alguna manera”, que trae como consecuencia la idea de que existe un “buen poder” no atravesado por la violencia. Al contrario, sostendrá que la esencia de todo poder es que siempre se aplica sobre el cuerpo. “Todo poder es físico, y entre el cuerpo y el poder político hay una conexión directa” (Foucault, 2007: 31). Pero además, incluso cuando lo que se despliega es una fuerza desequilibrada, excesiva, hay allí un cálculo de ejercicio del poder. La violencia, entonces, en términos del despliegue físico de una fuerza desequilibrada, no es un “exceso” ni está “oculta” a la espera de su develamiento, más bien tiene un lugar y un papel asignado al interior de las estrategias que toman lugar en los hospitales psiquiátricos.

Aprehendido en sus ramificaciones últimas, en su nivel capilar, donde afecta al propio individuo, el poder es físico y, por eso mismo, violento, en cuanto es perfectamente irregular; no en el sentido de ser desatado sino, al contrario, de obedecer a todas las disposiciones de una especie de microfísica de los cuerpos (Foucault, 2007: 32).

La *misión* institucional se alimenta de prácticas terapéuticas cuyo punto terminal es siempre el cuerpo del otro, y en tal sentido, no puede obviar su contenido coercitivo. Las intervenciones en las que netamente se despliega una fuerza física desigual –como una contención física o farmacológica- son calculadas y responden a una estrategia de gestión del riesgo. En los casos de internaciones prolongadas como la de Lorena, ese uso desmedido de la fuerza directamente sobre el cuerpo se vuelve marca indeleble de la cronificación. Es una violencia que no entra en contradicción con el objetivo correccional; después de todo, se vuelca sobre el cuerpo de Lorena con el objetivo de que duerma en el horario en el que lo tiene que hacer, de que no prenda fuego cosas, que fume menos, no despierte a otros pacientes, no sea golpeada por otros pacientes, entre otros posibles riesgos. Pero ya no es simplemente *el mecanismo coactivo que habita en el corazón de todo poder disciplinario* (Foucault, 2014a), sino que se expresa como poder de sustracción: de su vista, de sus derechos, de su propio cuerpo, de su vida.

Ahora bien, en el estudio de las estrategias desplegadas para regular la conducta de Lorena también se puede remitir al cuidado si entendemos por ello aquellas prácticas que toman lugar cuando en una interacción entre quienes tienen por tarea asistir y quien es asistido hay una intención de acogida, de resguardo, donde se pone en juego el reconocimiento del otro y sus necesidades desde una perspectiva clínica que busca garantizar la sobrevivencia. Podría decirse que los cuidados *posibles* en el contexto de internación acarrearán una condición paradójica: si por un lado estar en el hospital significa la única posibilidad de poner al resguardo del abandono o la desasistencia, la misma dinámica institucional vuelve las prácticas de cuidado difícilmente distinguibles del rol de vigilancia coercitiva que cumple la institución.

En su larga estadía en el *Agudo*, Lorena ha perdido, entre otras cosas, nada más y nada menos que la vista. En cierto sentido, también perdió un horizonte posible que la sitúe fuera del hospital. De hecho, promediando los 9 años de internación ininterrumpida en el *Agudo*, y en función de considerar agotadas todas las posibilidades de estrategia clínica, su equipo, con la médica psiquiatra a la cabeza, trabajó para conseguir una derivación hacia otra institución donde se pudieran garantizar los cuidados y evitar los riesgos a los que queda expuesta. Ese trabajo de

derivación se sostiene también desde una perspectiva del cuidado, o –al menos- de búsqueda de reducción del daño, de minimización de la coerción; pues su ceguera no es total pero podría serlo de continuar expuesta a la agresión física de la que es blanco en el Hospital por parte de otras personas internadas. Por lo demás, también revela el agotamiento del equipo a cargo de su tratamiento, imposibilitado de continuar un trabajo terapéutico del cual obtener algún resultado o efecto. “Ojalá la acepten en el Cotelengo Don Orión y que se vaya, acá ya no se la soporta más” (DC). “Pobre Lorena, la verdad es que con ella sí *que no queda nada por hacer*” (DC).

Luego de pasar por dos instituciones geriátricas, y frente a la imposibilidad de reglar su consumo de tabaco, Lorena está de vuelta en el *Agudo*. Desde entonces, la nueva estrategia del equipo es proceder a realizar la curatela, con la perspectiva de que ello “habilite procesos de empoderamiento de Lorena” (HC). Otra vez, el argumento del cuidado aparece sosteniendo una práctica que cercena los niveles de autonomía posibles en los pacientes internados en instituciones de salud mental como es la curatela, es decir, la sustitución legal de la persona con padecimiento y el ejercicio de su capacidad jurídica a cargo de un tercero.²⁵

Detenerse en algunos puntos del caso de Lorena ayuda a ilustrar que las prácticas, los discursos sobre los que se sustentan y los objetivos a los que apuntan las intervenciones terapéuticas son fruto de la combinación de técnicas que podrían parecer contradictorias pero que no entran en conflicto en la medida en que forman parte de una estrategia coherente con la gestión cotidiana de los riesgos propios de una institución como la que aquí se analiza.

4. Dilemas sobre la asistencia.

Entonces, en tanto institución de la violencia el hospital facilita y reproduce prácticas violentas de uso de la fuerza física, verbal, simbólica. Además de los mecanismos coercitivos y de los castigos disciplinadores, también tienen lugar prácticas de cuidado que buscan proteger, resguardar, reconocer las necesidades del otro desde una perspectiva clínica que busca garantizar la sobrevivencia. Ello es así sobre todo si se considera que, por las características de

²⁵ A partir de la regulación que impone la ley 26.657 de salud mental respecto de las curatelas, se pretende cambiar el sentido desde la incapacitación y el tutelaje hacia la generación de un sistema de apoyos y salvaguardas (Solitario, *ibídem*; Ley 26.657/2010). Sin embargo, en la práctica sucede que el trámite de la declaración de incapacidad y la inclusión de un tercero para la toma de decisiones en la vida de las personas internadas aparece como un requisito burocrático para poder acceder a beneficios sociales o ampliar el arco de prestaciones de las obras sociales. Otra vez, el cuidado aparece en los complejos límites de las tramas que se tejen en los abordajes posibles.

la población a la que se atiende, el hospital es el primer lugar donde se resuelven una cantidad de demandas y problemas para personas que acudiendo a oficinas o dependencias estatales han sido desoídas o no se les brindan respuestas. "Por lo menos acá encuentro un lugar donde alguien me atiende, me asila", me dijo Rubén cuando le pregunté si en el hospital estaba mejor que en el geriátrico de donde se fue hace un tiempo (DC).

En ocasiones, las intervenciones de los equipos interdisciplinarios logran trabajar la re-vinculación de los pacientes con sus familias que los han abandonado a su suerte luego de la internación. El trabajo del equipo de pacientes crónicos, por ejemplo, se ha detenido particularmente en este objetivo.²⁶ Revisando historias clínicas viejísimas, muchas de ellas ya desechadas en el subsuelo del Hospital, han encontrado viejos números telefónicos, nombres de parientes u otras referencias que han permitido hacer un rastreo, logrando en algunos casos que los familiares se reencontraran con la persona internada, comenzaran lentamente a hacer visitas o al menos tener un vínculo con el equipo para estar al tanto de la situación.

No faltan los casos de trabajadores que en sus ratos libres, visitan a los pacientes que, luego de haber permanecido por mucho tiempo en el Hospital, logran una derivación exitosa hacia otras instituciones. Con ellos sostienen una relación de afecto, les llevan yerba o café, y comparten un rato juntos.

- *¿Vos también hacés ese trabajo?* [De control médico a pacientes derivados a otras instituciones].
- no no, ya terminaron acá y ya está. Muchas veces voy de onda a ver alguno a consultorio externo.
- *Entonces los vas a visitar porque tenés una relación con ellos, más afectiva...*
- si si, voy porque tengo ganas de visitarlos. Primero, para que se ambienten un poco, y ver si necesitan algo. Y después para ir a visitarlos porque yo sé que ellos no tienen visita, o tienen poca. Porque Tita durante años estuvo acá, no se todos los años que yo trabajé, jamás le vi la cara a las hijas de Tita, y esto las obligó a tener que hacerse cargo. Entonces bueno, ahora sí la visitan, pero bueno, yo fui porque justo me habían dado un montón de ropa para regalar, así que le llevé ropa. Pero sí, a ellos les gusta saberse acompañados. (MED).

Según Damián (ENF), es cierto que la institución tiene "fisuras" respecto de su funcionamiento y objetivos, pero eso no niega las tareas de cuidado y la contención que el personal tiene capacidad de dar a los pacientes:

- Yo sé que esta institución tiene muchas fisuras. Pero desde acá se ha dado respuestas a casos, situaciones muy complicadas; se da respuestas y cosas que

²⁶ Al respecto, VER capítulo 5.

parecen insignificantes, pero a esa persona le ayudan muchísimo. Y esa es la devolución que si no a muchos... Los pacientes nos han contado cosas que estaban muy mal, y que a lo mejor lo último que hacían era venir acá porque ya iban a hacer una locura, y gracias a que se los atendió bien, se los escuchó, todo, fueron cambiando de idea (ENF).

Algo de eso puede rastrearse en los relatos de Rubén o de Jazmín:

- Porque yo después que cerré viste y quedé en la quiebra. En la quiebra vos no podés hacer nada por 10 años. Y si alguno de los que quebró, de los que se fue con la quiebra, pide la renovación, quedas inhibido con la renovación. Entonces yo empecé a trabajar de cualquier cosa, viste, vendía libros... Pero eso fue lo que me volvió loco. O sea, yo en mi internación, se podría decir que me salvaron (Rubén).

- Pero bueno, eso ya te estoy contando de mi vida privada que no tiene mucho... tiene y no tiene que ver con el Hospital. Porque yo llevo todas esas marcas conmigo. El hospital cuando uno está derrumbado con todas sus falencias, hace de papá y mamá. Con todas sus fallas (Rubén).

- Y acá es como mi casa, pero no es mi casa esta ¿entendes? Yo me siento liberada viste, pero llego un punto que extraño a mis dos sobrinos, a mi familia. Tengo que hacer el tratamiento, lo hago, pero quiero que me vengan a ver, no quiero siempre estar acá (Jazmín).

Cuando entrevisté a uno de los artífices del primer Programa de Externación de la Colonia de Oliveros puesto en marcha a mediados de los años 80, me señalaba algunas limitaciones y críticas de ese proceso, casi a modo de balance intimista, y expresaba que lograr la externación del hospital “a veces parecía más un deseo nuestro que el deseo de los pacientes” (PSQ).²⁷

- que se terminaran los hospitales psiquiátricos, o reducir su influencia. Nosotros estábamos muy metidos en esa idea troncal. ¿Qué pasaba después? No. No, estábamos en una posición muy providencialista: "se verá", "después se verá como es". Yo estas cosas las pienso hoy que soy un hombre mayor, pero en aquel momento no las pensaba. La idea era liberar a los presos de las

²⁷ Este Programa produjo una reducción de la población hospitalaria de la Colonia de Oliveros que en 1984 era de 1250 personas a 620 en 1990. El trabajo se sostuvo en tres patas: incorporación de disciplinas no médicas al trabajo de asistencia en salud mental, participación activa de población de las localidades de la zona, y la apertura del Primer Comité de Admisión y Egreso que implementó las evaluaciones interdisciplinarias para la decisión de internación (Mossotti y Altieri, 1991). En el estudio que coordinan Faraone y Valero (2013), se trabaja la hipótesis de que este Programa de Externación fue equivalente a un proceso de deshospitización: cierre de camas y recorte presupuestario, entre otras cosas, que no redundaron en la desmanicomialización y creación de dispositivos substitutivos, sino más bien en la desasistencia. Las palabras de mi entrevistado coincide en algunos puntos con parte de ese análisis, aunque no en todos. Otro de los extrabajadores entrevistados, en cambio, pone en discusión esa hipótesis; señala que el Programa de sustitución de lógicas manicomiales y la política llevada adelante por la dirección de la Colonia de Oliveros desde los años 90 no hubiese sido posible sin el antecedente que se constituyó con el Programa de Externación de los 80, que implicó una organización de los recursos humanos y una perspectiva de trabajo que, para las políticas del momento, fue de avanzada.

garras del hospicio, a los presos locos al modo de Pinel. "Siempre se está mejor afuera", decíamos. Después vi a algunos pacientes durmiendo bajo los puentes, o en los crochets de Rosario Norte, y me preguntaba "a lo mejor, estarían mejor en la Colonia, con un plato de comida caliente" (PSQ).

Uno de los primeros trabajadores sociales en ser incorporados al *Agudo Ávila* me habló de los *desvaríos desmanicomializadores*; un concepto con el que expresar esa crítica hacia aquellos profesionales que, comprometidos con las reformas en la asistencia, terminan poniendo sobre los pacientes objetivos que éstos no pueden sostener.

- "*¿se acuerda cuando usted me decía que me estaba institucionalizando?*", me dijo una vez una paciente que llegó a ocupar un fuerte lugar de liderazgo en la asamblea, y con unas crisis importantes. Las barbaridades que uno llega a decir en términos políticos, el poco cuidado... o sea "*me está institucionalizando*", y resulta que la familia la expulsaba de la casa, estaba en un proceso de negociación con el ex-marido, o sea, no tenía condiciones básicas para estar afuera. Ella estaba más segura en el hospital... es muy complejo (TS).

La línea que separa la función de cuidados de la salud que cumple el hospital y la función de espacio de relevo o reemplazo de otras políticas e instituciones es muy fina. Sin ir más lejos, la resistencia a la política sustitutiva del manicomio se planta en esa identificación de la institución psiquiátrica como el único espacio capaz de ofrecer atención a determinada población. Desde esa postura, se denuncian los riesgos de desasistencia que traería toda política que bregue por el cierre de estas instituciones y su reemplazo por dispositivos de nuevo tipo.²⁸ Así, queda trunca la posibilidad de preguntarse críticamente sobre qué tipo de cuidados son posibles, cuáles serían los deseables, y qué prácticas deben ser desterradas completamente de los abordajes.

²⁸ El Jefe de uno de los Servicios de Psiquiatría del Hospital Borda de la CABA Norberto Conti fue entrevistado en una ocasión para la Revista de psiquiatría Vertex, y el diálogo dice: "*¿Cómo se siente, en tanto profesional comprometido que ha dedicado años de su vida a impulsar una psiquiatría humanística, una terapéutica basada éticamente, en un hospital monovalente, cuando algunos dicen que habría que demoler el manicomio?*" "Y, obviamente me siento mal. Discrepo con esas personas. (...) Las necesidades de los pacientes que nosotros atendemos, las mejoras de la situación ética y humana de los pacientes no se van a resolver por cerrar de plano el hospital. Al contrario: sabemos claramente que se van a producir un montón de nuevas situaciones de injusticia si se cierra el hospital" (Levin, 2009: 377). Argumentos similares se esgrimieron de parte de las asociaciones gremiales y profesionales de psiquiatras durante las sesiones de debate del proyecto de Ley de Salud Mental durante 2009 y 2010. Las palabras del representante de la Asociación de Médicos Municipales de la CABA pronunciadas en una de esas sesiones sirven de ejemplo: "No se va a cerrar una cama ni se va a tirar un paciente a la calle, porque va a salir a defenderlo la organización gremial, si no hay ninguna alternativa ni un plan que sea superador y con participación absoluta de nuestra organización" (Honorable Senado de la Nación, 2009).

Siendo una institución dispuesta a abordar casos que, de otro modo, quedan sometidos a la desasistencia o el abandono, la tarea de cuidados de un Servicio de salud puede quedar reducida a esa esfera netamente asistencialista: el hospital como último reducto de la atención. La línea demarcatoria entre lo que se “debe” atender y lo que no aparece tensionada en las decisiones institucionales y de los equipos tratantes, de las conflictivas que rondan las caracterizaciones de los casos y la construcción del problema, donde se pone en juego el perfil y las lógicas de funcionamiento de la institución. Asimismo, las discusiones alrededor de la pregunta por *quién debe hacerse cargo* – ¿salud? ¿Desarrollo social? ¿Trabajo? ¿Vivienda?– aparece una y otra vez puesta sobre la mesa.²⁹

Goffman (2001) afirma que más que enfermedades mentales, las personas internadas padecen *contingencias*. Los dilemas en torno de la asistencia, de cuándo decidir internar o no, de las condiciones necesarias para resolver no internar, o externar, o construir una derivación constituyen un abanico de particularidades donde la evaluación clínica, o incluso la situación legal, es un componente más, que no siempre resulta el definitivo para resolver el destino de las personas. Aquello que solemos considerar como contexto opera antes bien como el *texto* mismo en que se configuran las trayectorias asistenciales (Busto y Mantilla, 2002) o, siguiendo con las categorías goffmanianas, en donde se cifra gran parte de la carrera moral del paciente mental.³⁰ Las contingencias sociales (Scheff, 1973) pueden y llegan a ser decisivas.

5. La negativa de asistencia.

Ya se dijo que el criterio de ingreso al Hospital es el de la evaluación de existencia de riesgo cierto e inminente, llevada adelante por el equipo de Guardia. También que el criterio clínico de permanencia en la Internación se encuentra con el límite del cumplimiento de otros requisitos –la posibilidad de acceso a bienes básicos como vivienda, alimento, vestimenta, o apoyos para poder sostener actividades cotidianas propias de la vida en la ciudad-. Ello hace difuso el perfil del servicio, y la misión institucional. En el debate sobre los casos que deben atenderse y los que no, subyace la tensión siempre presente sobre cuáles son los criterios

²⁹ Este mismo interrogante sobre las atribuciones y competencias de las oficinas estatales es retomado en el capítulo 7, pues configura uno de los principales focos de conflicto en torno a la asistencia sanitaria de las personas en conflicto con la ley penal y las diferencias de criterio entre la justicia penal, las reparticiones correspondientes a Seguridad y Servicio Penitenciario, y las autoridades de Salud/Salud Mental sobre cuál debe ser el ámbito donde estas personas reciban atención cuando lo requieran. Asimismo, algo similar sucede con las personas que presentan consumo problemático de sustancias, a lo que me refiero en el capítulo siguiente.

³⁰ Sobre esta categoría, ver CAPÍTULO 5.

“correctos” para la atención de las personas que acuden con problemáticas de salud que se manifiestan de modo diverso en una situación de sufrimiento, de desprotección, de vulnerabilidad o de carencia.

- Digo que siempre está esa tensión entre sostener ese “No” a la internación en una situación que no es un riesgo, y ese “Sí”. Porque a la vez somos un hospital público donde damos un servicio de salud. No es todo "no no, no corresponde, no hay criterio". Porque muchas veces las tensiones que se dan y las peleas entre nosotros son porque *también hay que decir que sí cuando hay una persona que está sufriendo*, que quiere una internación, o que lo plantea la familia. No es una situación aguda, que ese día no es que esté en riesgo, pero vienen dándose una serie de situaciones que lo ponen en riesgo, entonces es siempre, y cada profesional que interviene, cada persona que interviene dentro del hospital tiene ese imaginario y ese posicionamiento y esa base ideológica que todos tenemos, para muchas veces decir que sí o decir que no (ABG).

Por un lado, se ingresa en el terreno de la distancia abierta entre el enmarque jurídico y las evaluaciones e intervenciones clínicas. También en el de sus articulaciones posibles, virtuosas algunas y otras no tanto. Si el lenguaje de la ley tiende a la generalización, la definición precisa, lo indubitable, la inminencia, el establecimiento de períodos máximos, la estandarización, el de la clínica se detiene en lo singular, lo presuntivo, lo que queda abierto en el proceso y depende de variables inexactas así como imprevisibles. Eso no reporta en sí mismo una “falla” de la ley, en todo caso es su condición inevitable; ello no quita la necesidad y la obligación de legislar. Al contrario, aporta un encuadre protectorio, en la búsqueda, como se decía, de una minimización de la dominación. Una lectura crítica e interpeladora de lo estipulado por Ley no debiera funcionar como frontera sino más bien como desafío a las posibles evaluaciones clínicas de los equipos interdisciplinarios. Por momentos pareciera que lo que prima es lo otro: la barrera, el límite estricto desde el cual se argumenta el rechazo a la internación: *“no hay criterio según la Ley de Salud Mental”*.

Luego, además de las diferencias que pueden existir entre los profesionales evaluadores “que tienen el ojo clínico más entrenado” (TS) para examinar y determinar si hay criterio de internación o no, los *imaginarios* respecto de la misión del hospital y de la demanda a la que debe dar respuesta tampoco son homogéneos. Estos temas han aparecido de forma recurrente en las entrevistas y charlas informales con diferentes miembros del hospital, y saltan a la luz los conflictos al interior de los equipos y del personal por la definición de lo que debe pero sobre todo *de lo que no debe* atender el Hospital. Se habla, por ejemplo, de la diferencia entre “el viejo hospital como depósito de personas” y el “nuevo hospital que trabaja para externar”.

Dicotomía que colisiona con otra, la del “viejo paciente, con una psicosis típica que demanda cuidados mínimos”, y la del “nuevo paciente, representado en estos pibes jóvenes que delinquen y tienen problemáticas de consumo adictivo”, y que aparecen desafiando los modelos de abordajes, los perfiles deseados, que “perturban a los buenos pacientes” y descalabran el funcionamiento de la institución. Se presenta así una suerte de desfasaje entre el perfil deseado, las legislaciones vigentes y la demanda existente para el sector de salud mental.

En parte, ello encuentra explicación en el problema de que las orientaciones político-normativas bregan por la sustitución de los hospitales monovalentes y su reemplazo por otros servicios y abordajes, al mismo tiempo que el hospital mismo cumple un rol sustitutivo de una serie de políticas de cuidados y garantía de derechos básicos que otras oficinas no garantizan. De no proveerlos el hospital, el efecto es la desprotección o directamente el abandono, lo que pone a crujiar las tecnologías orientadas a garantizar eficazmente el gobierno de una parte de la población. El caso de Armando resulta ilustrativo: luego de estabilizarse en una de sus tantas internaciones, el equipo resuelve dar el alta, una vez que ha conseguido una pieza libre para alquilar. Una mañana, antes de ingresar al hospital, me encuentro a Armando durmiendo en un colchón acomodado en el refugio que se arma entre un árbol y la pared de la Facultad de Medicina, a menos de 50 metros de la puerta de ingreso al Hospital. Al lado están las bandejas de comida que se usan en el comedor del *Agudo*. Si nadie más garantiza el techo y la alimentación, rechazar casos o externar otros tiene su lado b; como lo ha resumido una trabajadora social, “*se trabaja para el afuera, pero el afuera está complicado*”. Por lo demás, la presencia de Armando en la calle supone un problema en la medida en que, incapacitado para hacer un buen uso de la libertad que le ha sido concedida, supone en riesgo, para sí mismo y para el conjunto. Como dando una vuelta de 360°, llegamos así al punto del que habíamos arrancado.

Al nivel de la micropolítica –lo que sucede en la diaria de la institución-, el resultado es la resolución de cada internación en el caso por caso, donde se desenvuelven disputas hacia el interior del hospital en diferentes niveles: entre la Dirección y los equipos, entre los equipos de diferentes servicios, entre los equipos y los funcionarios responsables de las políticas, hacia el interior del mismo equipo tratante, entre profesionales y el resto del personal, etc. Además, en algunas ocasiones significa para el paciente estar “rebotando” por diferentes servicios que se atribuyen entre sí la responsabilidad de la atención, conflicto frecuente por ejemplo, entre el personal de Consultorios Externos y el de la Guardia.

La negativa en la atención, presente en los casos que según la evaluación no representan riesgo cierto e inminente o en los que no hay camas disponibles, hace emerger la falta de sistemas de apoyo y garantía de cumplimiento de derechos. Asimismo, expresa tres riesgos en el desenvolvimiento de las prácticas y funciones de los servicios: la puerta giratoria, la deshospitalización y la transinstitucionalización (Rotelli, 2014). Tres riesgos que abundan en las historias clínicas de los pacientes del *Agudo Ávila*.

La “puerta giratoria” –como se dijo más arriba- es el término que se utiliza para definir las trayectorias institucionales en las que se reduce el tiempo de internación, se aumentan las altas pero también las recaídas, por lo que las personas están entrando y saliendo de las instituciones durante mucho tiempo. Por su parte, la deshospitalización entendida como desasistencia, es el modo fallido de llevar adelante una política que, por bregar por la reducción de la cantidad y extensión de las internaciones, en la práctica provoca el abandono en la atención para sectores importantes de la población psiquiátrica. Finalmente, la transinstitucionalización, significa el traspaso de los viejos pacientes psiquiátricos a geriátricos, residencias, etc. (Rotelli, *ibídem*: 26), de modo que los pacientes sólo cambian de escenario pero permanecen institucionalizados.

En suma, las decisiones de internación, la administración de prácticas de diverso tipo durante la internación, los dilemas en la asistencia así como las decisiones de rechazo a brindarla y sus posibles efectos –reinternaciones constantes, desasistencia, derivaciones hacia otras instituciones- comportan un rango de problemáticas propias de la administración del riesgo y la forma que ésta toma en la actividad cotidiana de los hospitales psiquiátricos. Ello acarrea formas de organización misma de la población que requiere atención de su salud mental en esas instituciones, además de que moldea la propia práctica profesional responsable de tomar las decisiones respecto de los modos de esa gestión. Una tarea que combina lo pericial –de evaluación, de construcción diagnóstica- y lo directamente asistencial –de tratamiento, de acogimiento, de vigilancia, y de control-.

6. Recapitulando

En este capítulo llevé adelante una descripción del Hospital Agudo Ávila donde se realizó el trabajo de campo. Se repasó brevemente la historia de su fundación -ligada a la historia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario y la formación de los profesionales psi locales-, y cómo fue moldéandose el perfil de los servicios

que funcionan en su edificio, que se extiende a lo largo y ancho de una manzana del macrocentro rosarino. Luego se describieron los servicios y sectores, su funcionamiento y objetivos, y la composición de los equipos tratantes.

Contra la idea del hospital psiquiátrico como mero depósito de personas, he intentado reflejar en cambio la dinámica de movimiento, demanda y respuesta constante. A la imagen del manicomio recipiente donde desecha todo aquello que no encaja, hace falta oponerle la imagen del manicomio como un lugar donde *pasan muchas cosas*.

En la lectura sobre las prácticas asistenciales, mi propósito ha sido exponer que las técnicas de administración del riesgo que tienen lugar son a la vez del orden de la coacción pero también de la búsqueda de una minimización de ese poder coactivo. Y ello no comporta necesariamente un conflicto en la medida en que resulta lo suficientemente coherente con el objetivo mismo de reducir el riesgo y los posibles daños asociados a él en el contexto de un hospital psiquiátrico como el que se estudia aquí. El caso de Lorena convoca a pensar en ello.

Me detuve luego en señalar los dilemas que existen en torno a las decisiones de internación, así como aquellos casos en los que se resuelve no hacerlo. Ello permite indagar en torno a cómo la gestión cotidiana de la demanda de un hospital orientado a la asistencia de una porción de la población definida como abyecta o de alto riesgo se dirime en decisiones cotidianas en torno a la aceptación y/o el rechazo a la asistencia según diferentes criterios. Entre ellos, el enmarque legal y las interpretaciones que se hacen de él para la toma de estas decisiones; el tipo de demanda que representan estas personas tomadas por *infraclass* y qué lugar tiene para ofrecer —si es que lo tiene— el hospital público estatal en la gestión del riesgo que representan; el contenido moral de toda decisión que busca administrar un riesgo, entre otros.

CAPÍTULO 5

Enfermedad. Prácticas diagnósticas y clasificatorias.

Hablar en términos de gobierno supone reparar en sus dos componentes distinguibles: las racionalidades políticas, referidas a los marcos discursivos que, en su carácter de productores de verdad, constituyen la base sobre la que se sostiene el ejercicio del poder; y las tecnologías de gobierno, en tanto microfísica de ese poder, que refiere a las prácticas minuciosas, regulares, estratégicas en que se despliega dicho ejercicio. El presente capítulo tiene como objetivo dar cuenta de los diagnósticos psicopatológicos y las clasificaciones institucionales como parte de las racionalidades y tecnologías que tienen lugar en el Hospital, que otorgan el marco de sentido y las técnicas privilegiadas sobre las que se asienta el gobierno de la locura en la institución asilar.

Si pudiera cifrarse el problema en términos de psiquiatría clásica vs antipsiquiatría, debiera decirse que la controversia en torno a si la enfermedad mental es un mito fruto de una serie de constructos artificiales que ocultan objetivos disciplinadores y de control, o si se trata de una entidad mórbida, que puede medirse a través de marcadores biológicos, ha sido y continúa siendo el núcleo en la historia misma de la psiquiatría y de su devenir discurso y práctica científica. Desde la óptica de la gubernamentalidad, puede señalarse que el asunto de los diagnósticos y clasificaciones requiere recuperar los debates en torno al estatuto de la locura y del padecimiento subjetivo como objeto de la intervención médica es decir, la locura problematizada como *enfermedad*. El objetivo, sin embargo, no es resolver si es una o la otra; más bien se trata de ubicar la materialidad que adquieren los discursos y saberes en el terreno de las prácticas cotidianas y las técnicas minuciosas a través de las cuáles esas racionalidades encarnan, y producen efectos, verdades, realidad. Estas prácticas discursivas y no discursivas no se limitan a la práctica diagnóstica psicopatológica; por el contrario, la exceden ampliamente.

Para analizar esto, en primer lugar abordo el problema del diagnóstico en salud mental partiendo de las controversias en el terreno de los saberes psi (Aguilar, 2004; Galende, 1992; Lakoff, 2006; Rose, 2012; Stagnaro, 2017) y lo confronto en el análisis del caso. Este ejercicio está estructurado a partir de dos ejes que emergen del trabajo de campo: el cambio sucesivo de

diagnósticos y cómo son registrados en las historias clínicas, y la noción y experiencia de la enfermedad.

Pero en tanto el diagnóstico psicopatológico no es la única ni la más gravitante modalidad de clasificación y distribución hacia adentro del hospital, es necesario incluir en el análisis aquellas otras modalidades clasificatorias en las que se combinan criterios clínicos, sociológicos y jurídicos, que permiten dar cuenta de la yuxtaposición de elementos que se toman en cuenta en el despliegue del gobierno de la locura en el dispositivo asilar, y sus voces de autoridad. Clasificaciones en las que los tiempos de la internación, el grado de deterioro causado por la cronificación, la existencia y posibilidad de sostener vínculos afectivos más allá de las fronteras del Hospital, o una situación en la que se involucra la autoridad judicial y la ley penal pueden resultar determinantes, más allá de lo que indiquen los manuales diagnósticos. Son elementos a partir de los cuáles se organiza la distribución en el espacio y el trabajo de los equipos intervinientes.

Por eso, en segundo lugar se realiza una descripción de este sistema clasificatorio institucional, que opera a la vez como racionalidad política y técnica de distribución y ordenamiento del espacio hospitalario. Se distingue a los pacientes de la institución en cuatro categorías: agudos, crónicos, en conflicto con la ley penal,¹ y con consumo problemático de sustancias adictivas, clasificación a partir de la cual se trazan los objetivos posibles y lo que resulta esperable de cada paciente.

Tomando estas dimensiones de la problemática de las clasificaciones, hacia el cierre me permito reflexionar en torno a las características singulares de los procesos de subjetivación que tienen lugar en el contexto hospitalario. Tomando los aportes de la teoría de la desviación, reflexiono en torno a la categoría *paciente* y a la noción de *carrera*, de modo de problematizar los procesos sociales en los cuales son posibles las representaciones con las que las personas internadas se juzgan a sí mismas y a los demás y adoptan para sí roles y estatus asignados por otros (Becker, 2014; Goffman, 2001; Rosenhan, 1973; Scheff, 1973). Asimismo me interesa incorporar, a modo de interrogante, otros elementos distintivos en torno a la clasificación que desplazan al paciente del lugar de objeto de los discursos que lo etiquetan y las prácticas

¹ En el capítulo 7, donde se analizan las prácticas judiciales que regulan las internaciones de personas en conflicto con la ley penal, señalo una subdivisión sobre esta categoría de *pacientes penales*, diferenciando entre los locos-delincuentes, que son quienes han sido declarados inimputables en el marco de sus causas penales, y los delincuentes-locos, es decir, aquellos que habiendo sido imputados, juzgados y/o condenados y cursando una detención en un penal o comisaría, requieren de atención en su salud mental. Aclaro que en el Hospital la clasificación de “paciente penal” refiere al caso de estos últimos, quienes permanecen bajo vigilancia de la custodia penitenciaria durante el tiempo que dure su estadía en Internación.

coercitivas que lo conducen, o más bien como parte del juego entre éstas y las propias decisiones o resistencias del paciente –lo que podríamos analizar desde la deriva foucaultiana entre sujeción y subjetivación (Butler, 2001; Foucault, 1984b; García Romanutti, 2015).

1. Diagnósticos psicopatológicos en el Hospital.

En el Hospital, los diagnósticos que figuran en las fichas de admisión de los pacientes y en los registros de sus historias clínicas son psicopatológicos, es decir, nominan patologías psiquiátricas. En general, aparecen bajo la codificación propuesta por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, de la OMS, así como –aunque en menor medida- las codificaciones del Manual Diagnóstico y Estadístico DSM-IV, de la corporación psiquiátrica norteamericana. Si bien la clínica psicoanalítica aporta una mirada propia de la disciplina, el diagnóstico psiquiátrico y el registro médico-psiquiátrico de construcción del padecimiento coloniza la especificidad de las otras profesiones, y es el que construye un lenguaje común alrededor del cual se debate el cuadro o la patología (Mantilla, 2010). Por eso no es extraño encontrar registros en las historias clínicas donde se consignan modismos del estilo “paciente globalmente orientado, sin signos de alucinaciones cenestésicas y/o auditivas, refiere angustia por su situación” (HC), escritas y firmadas por trabajadores sociales o psicólogos. Además, la mirada, o como se menciona en el Hospital, el “ojo clínico” es entrenado en clave psiquiátrica, y deviene en una práctica no privativa de los psiquiatras, sino que más bien se extiende al conjunto de los profesionales de los equipos.

El objeto, la base epistemológica, y la teoría en que se sostiene la Psiquiatría, sin embargo, no son homogéneos; por el contrario, se trata de elementos sobre los que se recorta una arena de disputa donde confrontan constelaciones heterogéneas. El asunto de la presencia o no de una entidad mórbida, corroborada y objetivada a través de un marcador biológico como prueba de la existencia del padecimiento, es una de las fuentes de la conflictiva alrededor del estatuto científico de la psiquiatría como rama de la medicina. Derivado de esto, también resultan controversiales la noción de enfermedad para referirse a los padecimientos mentales así como las variaciones, dudas e indefiniciones diagnósticas características del campo.

Desde la perspectiva foucaultiana, la posibilidad de constituir a la locura en enfermedad mental, en objeto de gobierno, fue dada por la medicina y por el hospital psiquiátrico que proveyó el espacio propicio para la experimentación que hace posible la construcción de un saber específico. Ello es así en la medida en que el hospital habilitó el despliegue de una

tecnología fundamental: la mirada clínica, la que ha permitido el desplazamiento de la locura a la enfermedad mental. En *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica* [1963] (2008c), nuestro autor analiza el breve período que ubica entre finales del SXVIII y comienzos del XIX donde tienen lugar los desplazamientos epistémicos que abren paso a la clínica como aquel saber que articula una forma de ver y una manera de enunciar lo que se ve en tanto *da a ver al decir lo que se ve*. Dar visibilidad a los signos de una enfermedad al describirla, enunciarla, estudiarla en sus manifestaciones en el cuerpo la torna en un hecho positivo; deposita la mirada en un lugar y en ese mismo gesto pasa a constituir ese lugar. La mirada clínica abre la enfermedad al lenguaje del saber, produciendo así una verdadera reestructuración de la relación entre las palabras y las cosas.

Puede decirse que hay dos puntos a partir de los cuáles es posible pensar la multiplicidad de corrientes que existen al interior de la Psiquiatría, oportunamente señaladas por Stagnaro (2017): la primera, en torno a las nociones de enfermedad y síntoma, de la cual derivan modelos psicopatológicos distintos. La corriente que se funda alrededor de la noción de síntoma, inaugurada por la tradición francesa de Philippe Pinel y su discípulo Jean Etienne Esquirol, es una corriente a-teórica: no desarrolla teoría, sino que describe síntomas, y pone en entredicho la posibilidad de hablar de *enfermedad mental* en tanto entidad mórbida de origen orgánico. Tiene sus inicios en la Francia revolucionaria, y es la corriente en que se sostiene la psiquiatría asilar y el tratamiento moral (Castel, 2009). La corriente alemana que encabeza Emil Kraepelin, inaugurada en la Alemania de finales del siglo XIX, por otro lado, parte de la noción de enfermedad, y sostiene que es posible hallar entidades de origen natural, similar a otras enfermedades del cuerpo, con etiología propia. Aunque lo postula como ideal, no es capaz de señalar las causas y el origen de las enfermedades de la mente y el comportamiento, por lo que se dedica más bien al estudio de su evolución y de sus principales características.²

La segunda es que en toda práctica *psi* hay subyacente una noción del funcionamiento mental, del funcionamiento del ser humano y de sus cualidades. (Stagnaro, óp. cit.: 192). Por lo que las diversas ideas sobre el inconsciente, la conducta, la relación cuerpo-mente, entre otras, también derivan hacia nociones diversas del padecimiento, que se diferencian

²En el caso de las nosografías argentinas, si bien la tradición francesa que rechaza el concepto de enfermedad mental y prefiere referirse a síntomas fue retomada por la mayoría de la psiquiatría autóctona desde fines del siglo XIX, la tradición alemana fue la que primó en la clasificación propuesta por el médico psiquiatra José Tiburcio Borda en 1922, que fue la de mayor expansión y referencia en el trabajo clínico a la hora de diagnosticar (Stagnaro, 2017).

epistemológica, teórica y prácticamente. Esto explica en gran parte las diferencias en diagnosticar y en definir tratamientos o abordajes.

Estos dos puntos –dos modelos psicopatológicos distintos, uno en base a la noción de síntoma y otro a la de enfermedad; y una teoría subyacente sobre el funcionamiento mental en cada caso-, dan por resultado la imposibilidad de acuerdos y consensos hacia el interior de la psiquiatría respecto de su objeto. “Henry Ey lo define como «patología de la libertad»; Biswanger como «vicisitudes del ser-en-el-mundo»; Emil Kraepelin como «patología médico-psiquiátrica»; López Ibor como «estructuras fenomenológicas morbosas»; Karl Jaspers como «el acontecer psíquico consciente juzgado enfermo»” (Galende, 1992: 94). La historia entera de la Psiquiatría puede ser revisitada a la luz de la pregunta de si cumple con los requisitos para ser considerada una rama de la medicina, y de las diferentes respuestas que se han ensayado desde sus orígenes (Lakoff, 2006).

Más allá de las controversias que pudieran suscitarse, puede decirse que somos contemporáneos a uno de los más contundentes intentos de respuesta por la positiva a dicha pregunta, considerando la hegemonía de la psiquiatría biológica, que viene consolidándose en el campo desde la década del 80 (Aguiar, 2004; Rose, 2012). Aunque no faltan las posturas suspicaces ni las abiertas denuncias por limitaciones o por falsedades en sus postulados, es innegable que la tríada entre los avances del proyecto del genoma humano, el poder de la industria farmacéutica y un nuevo *ethos* que hace de la “salud perfecta” el ideal al que aspiran las personas, redundan en el fortalecimiento de la corporación psiquiátrica –sobre todo de su núcleo duro en Norteamérica-, y marcan las tendencias predominantes en el campo de las clasificaciones diagnósticas en la actualidad (Conrad, 2007). Siguiendo la hipótesis de Stolkiner (2013), estamos ante un proceso que, al generar su propio campo de sentidos y prácticas, construye hegemonía discursiva. En tal sentido, ordena un sistema amplio de legitimaciones e imposiciones que establecen los modos de nombrar las cosas y les otorga un significado *correcto* según ese sistema.

Como ya se ha dicho, el período abierto en la segunda posguerra y en los años subsiguientes trae aparejado una reestructuración y reconfiguración de la psiquiatría y sus tecnologías predilectas, el manicomio entre ellas. Cierta predominio de corrientes cercanas a la psiquiatría psicoanalítica, la proliferación de psicoterapias para el abordaje del sufrimiento subjetivo, abonaban a la desmedicalización progresiva de la “enfermedad mental” abriendo paso a la “salud mental”, de la mano de un conjunto de prácticas terapéuticas cuyos

fundamentos no eran estrictamente médicos - la psiquiatría comunitaria, la terapia grupal, entre otras- (Galende, 1983: 0).

Como reacción a la despsiquiatrización y desmedicalización que priman en el campo en el período de posguerra, pero también articuladas por la lógica neoliberal de gobierno sobre la que se apoyó su restructuración y reconfiguración, la psiquiatría biológica inscrita en el paradigma de la biomedicina (Bonet, 2004), comienza a gestarse fundamentalmente en los Estados Unidos para los años 70. Para la psiquiatría clásica positivista, esos modelos terapéuticos novedosos tornaban endeble las fronteras entre sano y enfermo, colaborando al desdibujamiento de la especificidad del campo psiquiátrico. Como contrapartida, construyó la herramienta que resultó clave para que la perspectiva biologicista terminara hegemonizando el campo: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III.³ En 1980, año de su publicación, se produce un verdadero *turning point* (Aguar, óp. cit.), modificando el rumbo de la práctica psiquiátrica tal como venía sosteniéndose.

En palabras de Rose (2012), tributario de una mirada más bien optimista de los horizontes que abre este tiempo, el punto de inflexión que tiene lugar se explica por el fenómeno de *aplanamiento del espacio psicológico* que se había profundizado en las décadas anteriores, lo que fue posible gracias a que la mente se ha vuelto visible en el cerebro. Su efecto último, por caso, es un *giro de la ontología humana* en tanto

En esta nueva descripción de la persona, la psiquiatría ya no distingue entre trastornos orgánicos y funcionales. Ya no se interesa por la mente o la psiquis: la mente es, simplemente, lo que hace el cerebro. Y la patología mental no es más que la consecuencia conductual de un error o anomalía identificable y corregible, en principio, en alguno de los elementos que ahora se identifican como aspectos del cerebro orgánico (...) *Implica un nuevo modo de ver y juzgar la normalidad y la anormalidad humanas, y de actuar sobre ellas. Permite que nos gobiernen de nuevos modos. Y nos permite gobernarnos de manera diferente* (Rose, 2012: 377. El destacado es mío).

Desde las premisas de esta psiquiatría biológica el cerebro es el órgano de la mente, donde se inscriben las enfermedades que afectan a la psiquis: la mente deja de ser objeto de interpretación, y se vuelve visible en términos orgánicos. La mirada clínica de la que nos hablaba Foucault se reconfigura bajo estos nuevos parámetros.

³ DSM por su sigla en inglés *Diagnostic and Statistical Manual* of mental disorders. El número III indica que se trata de su tercera versión, publicada en el año 1980. Es importante reparar en su nombre, lo que revela que desde sus orígenes, el objetivo del DSM es estadístico además de diagnóstico (Lakoff, 2006; Rose, 2012).

Además, se sostiene en la firme creencia de que es sólo desde los métodos y el vocabulario médico que puede lograrse una descripción válida de los trastornos mentales, de modo que decir *psiquiatría biológica* acaba siendo una tautología (Aguilar, óp.cit.: 7). Lo más llamativo del poder expansivo del DSM es la capacidad de reducir las manifestaciones más variadas de los padecimientos psíquicos a instancias de la corporación psiquiátrica norteamericana: una disciplina de un país, con pretensiones y alcances universales (Stolkiner, 2013: 225).

Frente a la controversia existente entre aquellas lecturas que ven en la consolidación de la psiquiatría biológica un triunfo de la ciencia, y quienes en cambio alertan en ello la profundización de procesos de medicalización-mercantilización, Andrew Lakoff (2006) señala la necesidad de no dicotomizar; en todo caso, se trata de un proceso que es las dos cosas a la vez, que refiere avances e innovaciones técnicas en ciertas arenas –sobre todo de la farmacología–, que no vienen libres de efectos, lo que provoca respuestas variadas. Esta lectura le permite, entre otras cosas, reparar en la especificidad que cobra el paradigma biologicista en el mundo *psi* argentino.

En este sentido, se debe señalar que aunque se trata de una tendencia global, y el proyecto de la psiquiatría biológica tiene escala mundial, es cierto que los modos que adquiere en cada país conservan ciertas particularidades referidas a los procesos de conformación y consolidación del campo *psi* y de salud mental en cada caso, lo que provoca que sus componentes se ensamblan de maneras específicas. Como ya he dicho en otros pasajes, para el caso de Argentina, la conformación temprana de una *cultura psicoanalítica* que, según el estudio de Mariano Ben Plotkin (2003), se articula desde los años 20, o la conformación de un *paradigma sociopsiquiátrico* (Vezzetti, 1995), que ensambla las disciplinas *psi* de diversas corrientes poniendo en entredicho la pretensión psiquiátrica de autosuficiencia, hace que no se pueda establecer un corte tajante entre ambos modelos. Sergio Visacovsky destaca que desde la década del 60 se sucede un fuerte avance del psicoanálisis en las instituciones públicas de nuestro país, que disputan desde entonces la hegemonía de la psiquiatría asilar. Desde diversas experiencias de Servicios de Psicopatología en hospitales generales articuladas desde los años 50, se gestaron modalidades de formación psicoanalítica, un *estilo psicoanalítico* en palabras

del autor (Visacovsky, 2002: 121), limitando el alcance de las formaciones ortodoxas del campo.⁴

A partir de esos elementos, puede señalarse que el modelo psicoanalítico en Argentina tiene una gravitación temprana en el campo, y articula un tipo de mirada clínica particular distinguible de la psiquiatría biológica, con sus propios recursos para la construcción de diagnósticos y propuestas de abordajes, que sirven de muro de contención para el avance de la neuropsiquiatría (Lakoff, 2006; Mantilla, 2010), al modo en que lo hace en Estados Unidos y Europa (Lakoff, *ibídem*; Rose, 2012).

La experiencia en el Hospital permite afirmar que, en primer lugar, la mirada clínica psiquiátrica y la mirada clínica psicoanalítica combinan alternadamente los *momentos hablados* y los *momentos percibidos*, una alternancia que, siguiendo el estudio de Foucault, regula el funcionamiento del dominio de la clínica (Foucault, 2008c). Pero aquello que cada una hace hablar al percibir es distinto: es el lenguaje de dos disciplinas. En segundo lugar, que la psiquiatría se orienta hacia la observación –los momentos percibidos– para la identificación de síntomas y signos, mientras la psicología se sostiene sobre todo en la palabra –los momentos hablados– en tanto los síntomas son construidos a partir de lo que puede interpretarse de los relatos del paciente. La principal herramienta para la construcción diagnóstica de los psicólogos es la entrevista psicoanalítica.⁵ En tercer y último lugar, es necesario señalar que el diagnóstico “oficial” –el de la historia clínica, el de los oficios judiciales, el de los trámites administrativos

⁴ Como ya se mencionó, la investigación de Visacovsky se centra particularmente en la experiencia del Servicio de Psicopatología del Hospital Lanús, ubicado en esa localidad del conurbano bonaerense, que fue creado en 1956 y dirigido en sus primeros años por el médico psiquiatra Mauricio Goldemberg, con fuerte formación psicoanalítica, discípulo de Enrique Pichón Riviere. La del Lanús es una experiencia casi mítica, punto de inflexión para abordar la genealogía del campo de la salud mental en Argentina. Allí los psicólogos eran considerados como parte de los profesionales del servicio. La fundación de la carrera de Psicología en la ciudad de Rosario en 1954 –la primera del país–, permitiría inferir que esa influencia fue temprana en la ciudad donde tiene lugar el caso abordado en esta tesis. De todos modos es una hipótesis que no pude comprobar. Las investigaciones disponibles ubican como antecedente de los primeros estudios de psicología en Rosario y como su principal campo de inserción al terreno educativo y laboral, más no el de salud/salud mental (Ascolani, 1988). La incorporación de las psicoterapias en los psiquiátricos públicos fue parte de la restructuración del campo con la vuelta de la democracia, sobre todo en la Colonia de Oliveros. La primera psicóloga-psicoanalista de la institución fue incorporada en el año 1984, como parte de ese proceso (Sialle, 2012). Sobre el Hospital Agudo Ávila no fueron hallables datos certeros. El mismo estudio de Sialle menciona un ensayo de comunidad terapéutica en el pabellón 3 de dicha institución entre 1964 y 1966, donde se practicaban psicoterapias, sostenidas por médicos psiquiatras psicoanalistas, aunque no existen documentos que permitan un conocimiento más minucioso sobre ello.

⁵ Es útil mencionar, como bien señala Mantilla, que los criterios diagnósticos desde la perspectiva psicoanalítica se basan en las estructuras psíquicas descritas por Freud, neurosis, psicosis y perversión. Éstas hablan de la posición del sujeto ante la realidad, mas no clasifican una enfermedad (2010: 162). Tal como señala Augsburger, además de que los juicios diagnósticos no refieren a entidades patológicas sino a procesos de estructuración psíquica, el trabajo psicoanalítico sostiene que la elaboración diagnóstica implica a quien lo realiza; “no significa la formulación de un juicio de un individuo sobre otro individuo, sino que se trata de un señalamiento esencialmente relacional, en donde ambos sujetos se hallan incluidos” (Augsburger, 2004: 77).

para obtención de beneficios sociales y otros- es el psiquiátrico. Como conclusión parcial, puede afirmarse que hay una primacía de la práctica psiquiátrica, aunque con ciertas limitaciones en tanto la práctica psicoanalítica sigue siendo gravitante.

Por otro lado, debe decirse que existen limitaciones al interior mismo de la lógica psiquiátrica que producen el efecto de aliviar la pretendida autosuficiencia de sus intervenciones. Por ejemplo, las que traen aparejadas las incertezas de los tratamientos farmacológicos, que exigen ajustes constantes y ensayos sucesivos, así como también los dilemas éticos de la intervención clínica psiquiátrica. Los profesionales psiquiatras mencionan en sus relatos sobre su tarea cotidiana a las disyuntivas vinculadas a las implicancias de nominar a una persona bajo una patología de la cual no existen certezas de sus manifestaciones y de su evolución, pero sí de sus efectos negativos: estigmatización, discriminación, presunción de peligrosidad, entre otras.

A continuación, hago referencia a dos problemáticas evidenciadas en el desarrollo del trabajo de campo respecto del asunto de los diagnósticos psicopatológicos que permiten adentrarnos en estas cuestiones. Una es la variación y el cambio sucesivo de los diagnósticos en los pacientes, fenómeno que permite problematizar el doble estatuto del diagnóstico como *objetivo* del trabajo del equipo y como *proceso* que requiere tiempo y diversas intervenciones para su construcción (Bonet, 2004). La otra es el uso de la noción de enfermedad para explicar las manifestaciones patológicas, aún en ausencia de marcadores biológicos (Aguar, 2004; Augsburger, 2002; Braunstein, 2013).

Variación diagnóstica.

Fernando y Florencia son dos pacientes del *Agudo Ávila* que llegaron al hospital en el año 2009: Florencia por un intento de suicidio, Fernando provenía del Pabellón Psiquiátrico de la cárcel de Coronda,⁶ donde estaba por haber cometido un homicidio por el que fue declarado inimputable. Ambos tienen menos de 30 años.

Desde su primer ingreso, Florencia contabiliza más de 16 internaciones –algunas en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, el resto en el *Agudo*-. Su historia clínica es un relato sostenido

⁶ El Pabellón Psiquiátrico de la cárcel de Coronda, también conocido como *el Corralito*, fue cerrado definitivamente en octubre de 2008 como parte de una política de desinstitutionalización adoptada por la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe. Los pacientes-presos allí detenidos fueron reubicados en diferentes instituciones. El proceso de cierre del Corralito y sus efectos sobre la política en salud mental para pacientes en conflicto con la ley penal es un tema del cual me ocupo particularmente en el capítulo 7.

sobre el riesgo permanente de dañarse o dañar a otros en el que vive. Fernando en cambio cumple una condena en los hechos: los años que suma entre cárcel y hospital ya igualan los que hubiese tenido que cumplir si no hubiese sido declarado inimputable por el delito que cometió. Los registros en la historia clínica muestran el deseo de recuperar por fin su libertad. Hay una cosa en común entre ambos: en los casi 100 folios que componen la carpeta de cada uno, puedo constatar que tienen entre 4 y 6 diagnósticos distintos, a veces formulados por el mismo equipo tratante: esquizofrenia, psicosis, esquizofrenia paranoide, locura de dos o locura inducida por un tercero, retraso mental leve, psicosis no orgánica sin especificación, psicosis esquizofrénica con consumo problemático de sustancias adictivas (HC).

Esa cantidad de diagnósticos llamó mi atención a la hora de hacer el registro documental de estas historias. ¿Cuántas clasificaciones posibles existen para un conjunto de síntomas o de manifestaciones del sufrimiento que presenta una persona? ¿Cómo diferenciar, pero sobre todo, para qué, una psicosis esquizofrénica de una esquizofrenia paranoide sin que se trate simplemente de una alteración en el orden de los factores o de ajustes temporales en la percepción de un puñado de síntomas?

El desarrollo de la nosología (*nosos*: enfermedad; *logos*: tratado) y la nosografía (*nosos*: enfermedad; *graphein*: descripción) en Psiquiatría responden a una necesidad y a una limitación: se necesita del estatuto de ciencia, a la vez que hay una imposibilidad de construir teoría. Como afirma Galende (1990), la psiquiatría hace de la nosografía su única teoría. A la manera en que la anatomía patológica disecciona el cuerpo en busca de sus parámetros normales y sus malformaciones mórbidas, la Psiquiatría intenta en espejo diseccionar en cuantas partes haga falta a la personalidad. El resultado es infinito, pero siempre carece de “valor científico” -al modo en que la ciencia positiva establece los parámetros para conquistar el estatuto de ciencia-. Para sostener semejante sentencia, sin embargo, no hace falta ir en busca de la ayuda de Thomas Szasz (1994) o David Cooper (1971), psiquiatras que conformaron la corriente antipsiquiátrica en la segunda mitad del siglo XX a partir de denunciar los abusos de una práctica médica sin basamento científico (Amarante, 2006). En el *Tratado de Psiquiatría* de Ey, Bernard y Bisset, publicado por primera vez en 1965 y que continúa siendo parte de las lecturas de los profesionales en formación, los autores señalan que el concepto de *enfermedad mental* es un concepto más bien elástico, de carácter dinámico, complejo, intrincado, que se manifiesta siempre distinto (Ey et. al., 2007: 57).

Quizá sea esa elasticidad la que explica el cambio del diagnóstico en Fernando o en Florencia. Un malestar que en un momento reúne ciertas características y entonces es más

cercano a un retraso, y en otro momento a una esquizofrenia. Que por momentos se trate de una psicosis y en otro la locura es inducida por un tercero que, encima, no está internado en una institución como ellos.

Varias explicaciones son posibles. Una es la posibilidad de modificaciones del síndrome de acuerdo a su evolución, la reacción al tratamiento, u otros datos propios del sujeto que padece –su edad, los “avatares de la vida”-, o una combinación de todo eso.

- Si vos considerás por ejemplo los pacientes añosos, con patologías en las cuales en su mayoría han sido psicosis en una época, y bueno, la evolución natural de ese deterioro cognitivo hoy nos planta en otro diagnóstico. (...) Pero tranquilamente también puede variar un diagnóstico. Porque un paciente que lo encontrás a los 18 años, y lo volvés a encontrar... qué a los 18, lo encontrás cuando es adolescente, con una patología psiquiátrica, que ya está en una institución, te lo volvés a encontrar a los 38, y por supuesto que el diagnóstico, podés leer que es un cuadro psicótico y vos decís "¿cómo? ¿Le pusieron retraso?" Y sí, tranquilamente puede haber un retraso mental por una hipostimulación. O sea, es un paciente que de alguna manera no ha sido escolarizado de la misma manera, no ha recibido estímulo (PSQ).
- Los pacientes estaban institucionalizados, o sea, tenían una permanencia muy prolongada, lo que implica que quizá a veces el cuadro, por ese proceso, ha sufrido una transformación (PSQ).

También puede ocurrir que la perspectiva de los diferentes profesionales que tratan a un paciente sea distinta, entonces nomina diferente una serie de síntomas o signos, o que directamente se evalúe que hubo un error por parte de uno, y que otro colega vendrá a corregir.

- "¿a qué se debe el cambio de diagnóstico? Y viste... un poco se debe a la variación, a la variabilidad de la mirada del observador: paradigmas distintos, cómo valoran las cosas (PSQ).
- Justamente por estas cosas a veces se hacen tan difícil ciertos encuadres. Por esta variabilidad que se da y que depende un poco del que observa (PSQ).

Otras de las razones mencionadas por los profesionales que explican la alta variación de los diagnósticos es que la forma de clasificar un padecimiento puede cambiar en función de nuevos descubrimientos a lo largo de la vida de un paciente. Se trata sobre todo de ajustes que se suceden en los manuales clasificatorios, en diálogo con la investigación y el desarrollo de la industria farmacológica. Tanto el DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana como el CIE de la OMS, han multiplicado las clasificaciones posibles para nominar los padecimientos mentales. Las categorías que corresponden a cada clasificación son *ayudas* para el juicio

clínico, y se basan en la *suposición* que cada diagnóstico específico responde a una también específica raíz patológica.

Desde su primera edición en 1952 hasta la actualidad, el DSM creció de 106 a 297 categorías psicopatológicas. Por su parte, el Capítulo 5 del CIE-10 taxonomiza los *Trastornos mentales y del comportamiento* e incluye 78 categorías, que llegan a 280 con sus desgloses respectivos. Para evitar que quede algo por fuera, recurre a eufemismos tales como “otros trastornos sin especificar”, a la manera de un “etcétera” (Braustein, 2013; Aguiar, 2004). La molecularización del diagnóstico psiquiátrico, además, es un proceso que va de la mano con el desarrollo psicofarmacológico, cada uno se sostiene en el otro. La argumentación en que se unen ambos procesos es farmacológica, y es comercial (Rose, 2012).⁷

Si bien las limitaciones de la empresa clasificatoria son reconocidas por los profesionales en el hospital, lo cierto es que también traen beneficios para el trabajo cotidiano: establecen un lenguaje común, que facilita el diálogo (entre profesionales) y es un ordenador que resulta muy útil para planificar los abordajes.

- (...) en varias oportunidades yo te diría que es un ordenador, es como facilitar el entendimiento con el otro. O sea, un colega que te manda, y te dice "de acuerdo a la clasificación del DSM-4 el paciente tiene tal patología"; bueno, es como que te orienta un poquito. Puede haber un cambio, puede haber una coincidencia. Eso es algo que no es inamovible (PSQ).

Es posible también que se asignen diagnósticos lo suficientemente generales como para hacer posible que el paciente sea beneficiario de alguna asignación social (pensión, certificado de discapacidad u otro). En ese sentido, el diagnóstico se vuelve un requisito administrativo, y además un facilitador de trámites.

- siempre me cuesta eso de tratar de meter una persona en un diagnóstico, viste. Pero bueno, facilita para determinadas cuestiones más administrativas, que se yo, que tenés que diagnosticar, y mandar el código para lograr las pensiones, y bueno (PSQ).

En una de mis charlas con Florencia, cuando le pregunté si sabía cuál era su diagnóstico, comentó que la única vez que le hablaron de eso fue cuando tuvo una entrevista para obtener el Certificado Único de Discapacidad, y el acceso a los beneficios subsiguientes.

⁷ Es importante aclarar que el vínculo entre salud y rentabilidad es, para el autor, un círculo virtuoso, en tanto actúa como motor de búsqueda para fármacos cada vez más eficaces.

- el primer pase de discapacidad que me hice lo hice en Oliveros. Y me dice "yo voy a poner algo muy malo sobre vos, pero para mí vos no lo necesitás a esto, pero te lo voy a hacer igual", me dice. "Yo acá voy a poner algo muy grave, voy a poner que vos tenés esquizofrenia paranoide". Entonces ella me diagnosticó "esquizofrenia paranoide", sin haberme tenido ni dos meses ahí adentro de Oliveros (...).

Sus palabras además revelan al menos dos problemas: por un lado, que el diagnóstico se presenta como paso previo al acceso a beneficios sociales sólo a condición de dejar marcas y registros - legales y en el imaginario social- sobre la “enfermedad”/discapacidad de la que se es portador. Ello plantea un dilema para quienes asumen posturas críticas respecto de la tarea de diagnosticar: si la clínica permite sostener el proceso abierto, y no poner etiquetas de modo tajante, el trámite administrativo exige en cambio rotular para hacer avanzar el expediente, el trámite de la tarjeta social, el juicio por insania.

Los profesionales que forman parte de la Junta de Discapacidad conocen los ajustes necesarios para elaborar los informes de modo de que el beneficio “salga”. Se produce una encerrona altamente problemática: poner un rótulo pesado y que limita el ejercicio de derechos, a la vez que asegurar bienes y servicios que de otro modo los pacientes no tendrán capacidad de obtener.

Pero además, las palabras de Florencia advierten sobre otro asunto no menor que es el de la comunicación de su diagnóstico al paciente. El diagnóstico facilita la comunicación entre profesionales, pero no lo hace necesariamente entre los pacientes y sus equipos tratantes. Como señala Tamburrino, cuya investigación se detiene particularmente en esta problemática en los casos de pacientes con diagnóstico de retraso mental, “hay un hueco entre la experiencia del sujeto y el diagnóstico; no son experiencias comunicables” (Tamburrino, 2012: 147).

La construcción y el trabajo en torno al diagnóstico es parte de un proceso (Bonet, 2004), una especie de travesía en la que intervienen los profesionales pero en la que difícilmente se involucra al paciente. Cuando se trata de personas con dificultades para comunicarse, o con recursos escasos para reconstruir un relato, o una historia sobre algún suceso o padecimiento, se dice entonces “que el paciente no colabora” (PSQ; ENF). De modo que el rol de quien es el convocado a colaborar en una situación de padecimiento queda trastocado, pues pasa a ser la misma persona que padece.

En el hospital no se usan test y los estudios neurológicos son indicados sólo en ocasiones, para los casos que lo ameritan –señales de retraso o de fallas neurológicas

manifiestas, como pueden ser los episodios convulsivos-. El diagnóstico es construido fundamentalmente a partir de la observación clínica y la entrevista del equipo con el paciente. En los casos en que “no queda otra que observar” (PSQ), los datos se recaban entre el ojo clínico entrenado del psiquiatra y la observación más continua y cotidiana de enfermería. Se sostiene entonces que la elaboración del diagnóstico requiere tiempo, y que, en la observación prolongada, quien diagnostica puede ver las manifestaciones de un cuadro psicopatológico con mayor claridad.

¿Cuánto tiempo es necesario, cuánto tiempo es mucho o poco para arribar a una hipótesis diagnóstica? En el hospital psiquiátrico da la sensación de que, si hay algo que sobra, es el tiempo. Las implicancias que tenga el tiempo que lleva arribar al diagnóstico sobre la vida de la persona de que se trate son difícilmente medibles en el mismo plano en que se miden los avatares diagnósticos de las enfermedades somáticas. La demora, los errores, los cambios, las dudas no tienen los mismos efectos en unas enfermedades y en otras, en unos pacientes y en otros. Lo que lleva también a señalar que las responsabilidades sobre los avatares o dudas diagnósticas tampoco son equiparables.

En los casos de Fernando y Florencia, cada aparición de una nueva clasificación no hacía referencia a la anterior, ni quedó asentado el porqué del cambio. Pude registrarlos porque aparecen en alguna documentación particular que forma parte de la historia clínica –la evaluación del viejo Comité de Admisión⁸ del *Agudo*, alguna intervención de Juntas Especiales,⁹ un informe del Servicio de Emergencia SIES o notificaciones a los Juzgados a cargo de las causas de estos pacientes, entre otras-, pero no en la evolución diaria que el equipo tratante deja registrado. Tampoco como un cambio deliberado, discutido o fundado en alguna razón o acontecimiento en particular. Estos aspectos se constituyen en analizadores que advierten sobre la pertinencia de preguntarse por el lugar que los diagnósticos ocupan en los procesos de internación y tratamiento.

⁸ Instancia que evaluaba y resolvía sobre las internaciones en la etapa previa en que eso quede a cargo del equipo interdisciplinario de Guardia.

⁹ Las Juntas Especiales son un dispositivo creado por la Ley provincial de salud mental 10.772/1992. Se conformaron en el año 2001 y tienen por función intervenir en los casos que involucran la salud mental de personas en conflicto con la ley penal, es decir trabajan en el punto de intersección entre el dispositivo de salud mental y el dispositivo penal. Puede recibir oficios y pedidos judiciales, evaluar y dictaminar sobre cuál es el lugar más adecuado y aconsejable para que reciba tratamiento una persona, dictaminar sobre inimputabilidad e incapacidad en procesos penales, y examinar casos de fin de medidas de seguridad. Para un mayor análisis del proceso de conformación y trabajo de las Juntas Especiales, VER Faraone y Valero, 2013, Gerlero y Agsburguer, 2012.

La noción, la conciencia y la experiencia de la enfermedad.

La noción de enfermedad para referirse al padecimiento subjetivo despierta otra polémica. En medicina, el concepto de enfermedad se usa para describir una alteración o desviación respecto de un estado normal, que contiene síntomas y signos característicos; se trata de una entidad mórbida que es posible estudiar y conocer en su evolución. Para detectarla y examinarla, existe lo que se denomina marcador biológico,¹⁰ es decir, un indicador objetivo de un estado biológico que indica la existencia de un agente patógeno.

En psicopatología, es francamente discutible que aquellas enfermedades que se clasifican, describen, diagnostican sean entidades mórbidas. En general, cuando se halla un origen biológico de alguna enfermedad clasificada como mental –por ejemplo, la epilepsia-, ésta deja de serlo y pasa a formar parte de otra clasificación –en este caso, de la neurología- (Braunstein, 2013). Además, el marcador biológico no existe; como ya se dijo, las “enfermedades” describen un grupo de signos cuyo origen patológico resulta desconocido (Aguiar, 2004).

Por eso, las clasificaciones vigentes para el campo de salud mental han optado por el concepto de *trastorno*. Según los manuales de Psiquiatría, el trastorno es un concepto más amplio y genérico que el de enfermedad, útil para definir alteraciones genéricas en (lo que se considera) un estado de normalidad o salud, sea hallable o no una causa u origen orgánico. El trastorno es equivalente a “malestar”; tiene carácter variable, pero sobre todo, precario en términos científicos. “Trastorno (...) es un término a medio camino entre una enfermedad o entidad mórbida y un síndrome en lo que respecta a su consistencia, correlatos y significación.” (Dalal y Sivakumar 2009, en Braunstein, óp. cit: 71).

Teniendo en cuenta el límite con el que se encuentra la noción de enfermedad en psiquiatría, de nuevo tomé nota de una expresión clínica que encontré en varios pasajes de las historias clínicas de los pacientes del *Agudo*, en particular de las de Fernando y Florencia -otra vez-: ambos son clasificados como pacientes *sin conciencia de enfermedad*.

- me llamó la atención el modismo "sin conciencia de enfermedad". ¿Qué significa? ¿En qué casos lo usan?

¹⁰ Los marcadores biológicos son la llave que cambia el ejercicio de la medicina moderna, y que fortalece el lugar del médico y de la tecnología en los procesos diagnósticos. Si en sus orígenes la clínica se asentaba sobre todo en la observación y la escucha, hoy importa poco lo que el paciente pueda reconstruir de su experiencia sobre una dolencia. Pues existe el desarrollo de toda una aparatología –desde los análisis de sangre, pasando por los rayos X, hasta llegar a la tecnología magnética-, que permiten observar y detectar las anomalías anatómicas sin necesidad de pasar por el relato del individuo (Aguiar, 2004; Bonet, 2004).

- no es un modismo, es una expresión de la clínica en Psiquiatría. Quiere decir que el paciente no se da cuenta que algo le está sucediendo. A veces, y vos lo ves como grave, pero es una clasificación que uno utiliza para hacer dos grandes divisiones: pacientes con conciencia de enfermedad/pacientes sin conciencia de enfermedad. Esto lo encontrás acá y también lo encontrás en los consultorios, a veces viene un paciente se te sienta y te dice "no, me trajo mi mamá" o "mi mujer me insistió, a mí me parece que yo no tengo nada. Ella dice que yo soy celoso, que esto que aquello". Y vos te das cuenta que tiene una celotipia y el paciente no se da cuenta. Eso es más problemático: sin conciencia de enfermedad. No darse cuenta de lo que nos está sucediendo. Eso implica de por sí cómo estás parado desde tu lógica. (PSQ)

La conciencia como atributo de una persona de saber y conocer sobre sus capacidades y conocer el entorno en el que se encuentra aparece deteriorada o asechada por una serie de síntomas que, en definitiva, expresan falta de adhesión al tratamiento que propone el equipo e imposibilidad de establecer un curso terapéutico factible para el abordaje de su sufrimiento. “*Estar parado desde su lógica*” sin capacidad de reconocer que no es la adecuada: no toma nota de lo que está mal, de una incapacidad de hacer uso de sus facultades para comportarse y actuar dentro de parámetros *normales*.¹¹

En las entrevistas con estos pacientes, algo de esa falta de conciencia de su padecimiento se deja ver. Fernando me dice que la combinación de droga e iglesia le causaron un trastorno mental, y que por eso “cayó en el Hospital”. Probablemente no quiera compartir con una extraña –es la segunda o tercera vez que me ve en su vida- que fue declarado inimputable en su causa penal. Me dice también que “la jueza lo largó porque no podía hacer más nada con él”. Que sólo con el tiempo se dio cuenta de que “necesitaba la pastilla”.

- quiero ser independiente, quiero hacer mi vida. Pero me di cuenta que la pastilla la tengo que tomar, porque después si no la tomo por 2 o 3 días me siento mal, me vengo abajo (Fernando).

Florencia en cambio me dice que ella sabe que puede ser peligrosa o despertar el temor de los otros: un día, después de varias advertencias, apuñaló a su acompañante terapéutico con un cuchillo de cocina, porque “la estaba volviendo loca”. No lo mató. Me cuenta que salió en el diario por ese episodio. Pero sus reingresos sucesivos al *Agudo* se explican porque cada vez se retiraba sin el alta bajo su propia responsabilidad, sin capacidad de reconocer la situación de

¹¹ Es llamativo como la *conciencia* en tanto atributo gana terreno en las evaluaciones sobre la salud de las personas. De hecho, es uno de los elementos que menciona la OMS a la hora de definir la salud mental: “Es un *estado de bienestar* en el cual el individuo es *consciente de sus propias capacidades*, puede afrontar las tensiones *normales* de la vida cotidiana...” (OMS, 2013. El destacado es mío).

riesgo en que se encontraba. Pero hay otro dato llamativo: volvía, en general voluntariamente y pidiendo ayuda, a veces a gritos, otras explicando entre risas que “se había tomado unas vacaciones”. Pedía insistentemente permanecer en el área de Tránsito, separada ediliciamente de los pabellones de Internación, como modo de acreditar que “no está *tan* loca”, y también para sentirse menos desprotegida. “Sabe” también que necesita la medicación para sostenerse en el proceso de externación en que se encuentra.

- Me empezaron a dar otra pastilla para los temblores, y más pastillas, y cada vez más cosas. Bueno, y ahora estoy con el haloperidol y sigo nomás con las pastillas; nada más que ahora pareciera que me hacen falta (Florencia).

Asumir la toma de medicación aparece, en parte, como “dar crédito” a lo que dice el equipo, es la muestra de que algo no está bien: los psicofármacos toman el lugar de marcador biológico (Aguiar, *óp. cit.*). Al respecto, resultan elocuentes las palabras de Hacking cuando analiza el efecto de la medicación en personas con diagnóstico de esquizofrenia: “Las medicaciones hacen más fácil a quien está afectado por una enfermedad mental de esta clase pensar en ella como algo «otro», una cosa, casi un agente, que actúa sobre uno” (2001: 189). En el mismo sentido, el residente del Hospital Melchor Romero Tomás Pal traduce la conclusión de su paciente como la implicación lógica que deviene de asumir un diagnóstico: “Si tomo medicación es porque tengo una enfermedad mental dentro del cerebro” (Pal, 2018: 95).¹²

Pero los ajustes constantes, las modificaciones del esquema de medicación vuelven a constatar la labilidad del diagnóstico y la clínica psiquiátrica. Es más fácil y menos costoso sentenciar cuándo “no hay conciencia de enfermedad” de parte del paciente, que reconocer la falta de certezas de la clínica sobre cuál es su problema. Porque si no hubiere problema certero, no habría diagnóstico, ni pruebas suficientes para explicar por qué el paciente debería permanecer internado y tomar medicación.

En el caso de Florencia, la imposibilidad de asumir la necesidad de la internación por riesgo de pasaje al acto requirió de la intervención de un Juzgado de Familia que aprobara la internación involuntaria. En un segundo momento, tuvo que intervenir un equipo interdisciplinario de las Juntas Especiales en salud mental de la provincia de Santa Fe, que la

¹² La afirmación que en espejo se hace a tal razonamiento “tengo algo en el cerebro y por ello tengo que tomar una medicación” revela la trampa circular, el bucle que envuelve las explicaciones disponibles desde la psiquiatría clásica.

derivó a la Colonia de Oliveros, pues estando en el medio del campo, las condiciones de reclusión y de no interrupción del tratamiento daba mayores garantías que las del *Agudo Ávila*. Eso sin embargo no evitó que siguiera escapándose en varias oportunidades de ambas instituciones. En el caso de Fernando, las fugas o “salidas sin permiso” fueron durante 7 años su modo de estar en el *Agudo*. Al ser declarado inimputable, y sin más pruebas respecto de una enfermedad, no hay modo de asumir una internación prolongada en una institución psiquiátrica.

Al momento de desarrollo del trabajo de campo, ambos se encuentran en proceso de externación, y dejan claro que no quieren tener ya más nada que ver con el Hospital.

- Y bueno, hoy en día estoy tratando de... quiero conseguir un trabajo, hacerme una casa, ya no depender más del hospital.

- *¿a qué venís al hospital? ¿A atenderte? ¿Te dan la comida también?*

- sí. Pero eso ya no quiero. No estoy de acuerdo con eso, de estar ligado al hospital. No estoy de acuerdo. (Fernando).

- *Ahora que estás en proceso de externación, ¿qué tipo de conexión tenés con el hospital?*

- no tengo ningún tipo de conexión. Tampoco quiero tenerla. Es más, no duermo más acá. Ya no duermo más acá, no puedo dormir más acá. (Florencia).

En el diagnóstico en salud mental, donde la explicación biológica no alcanza y tiene límites concretos, se juega la dinámica de dos componentes: por un lado, el de la práctica, el discurso y el juicio profesional para nombrar el padecimiento, del que no puede eludirse su componente subjetivo y su correspondiente carga moral. Por el otro lado, el de la experiencia siempre individual, única y subjetiva de la persona que padece: se trata de los modos de relatar y de experimentar el sufrimiento. Por lo tanto, más allá o más acá del concepto enfermedad o la noción de trastorno, hay que recuperar por un lado el asunto de la mirada clínica, y por el otro, el de la experiencia del sufrimiento y revisar ambas epistemológicamente.

En la medida en que la explicación objetiva, científica se vuelve imposible, la definición del padecimiento se resuelve en las interacciones que sí son posibles. Como resultado, de acuerdo a ello, hay buenos y malos pacientes, los hay colaboradores y conflictivos, con capacidad de responsabilizarse o sin. Es decir, hay juicio moral. Al respecto, resulta esclarecedora la afirmación de Mantilla en la que señala que “ni la explicación química o genética del padecimiento ni la explicación psicoanalítica son condiciones suficientes para eludir el cuestionamiento moral de los pacientes en las situaciones diarias en las que los profesionales se ven compelidos a intervenir en el campo psiquiátrico” (2010: 211).

Del lado del paciente, sucede que cuando no hay explicación biológica que determine que “algo malo pasa en su cerebro o en su mente”, no hay posibilidad para la persona que padece de eximirse de ese juicio moral. Como ya señalaba en el capítulo anterior, puede verse así como la demanda de la capacidad de autoconducción en la vida de acuerdo a valores como la prudencia, la responsabilidad, la obligación de ser libres no exime a aquellas poblaciones consideradas de alto riesgo. El problema es el sufrimiento que genera no poder hacerlo, del cual –aunque a veces se ponga en duda- las personas suelen ser conscientes.

La concepción vitalista del proceso de salud-enfermedad es en este sentido una herramienta útil para ir a la revisión de la experiencia del sufrimiento. En el discernimiento de las diferencias entre lo normal y lo patológico, y de la puesta en duda de la definición misma de enfermedad como una alteración de un estado normal, se abren otras lecturas. Si el estado normal que altera la enfermedad no es en sí mismo objetivo, posible de ser estudiado en su estado y evolución, tampoco podría serlo el patológico. No hay posibilidad entonces de que la enfermedad pueda ser definida en términos fisiológicos y que eso represente algo objetivo. Si se reconoce el carácter normativo –es decir, de establecer normas, parámetros, medidas, valores- de lo normal, la enfermedad ya no es observable como un hecho sino que se manifiesta respecto de un parámetro previamente fundado, lo cual también la vuelve un valor. Dicho valor funda una normalidad distinta, lo que permite afirmar que la experiencia de lo patológico no es anormal, sino *otro tipo de lo normal*. Aquí se ingresa al terreno de las experiencias vitales distintas, no de normales unas y anormales otras (Canguilhem 2004, 2009a, 2009b; Le Blanc, 2004).

Desde este punto de vista, resulta útil retomar las palabras de un grupo de usuarios de servicios de salud mental agrupados en una Asamblea de la ciudad de Buenos Aires, que en un documento de indicaciones para las pericias psiquiátricas indican:

Las *rarezas* o *exotismos* en cuanto a la visión de la vida o las apariencias físicas, costumbres o formas de pensar y actuar del otro, no deberían ser causas o motivos de internación o maltrato. Deberían poder incluirse como formas alternativas; diferentes, pero no enfermas...”. (APUSAM, 2008 citado en Stolkiner, 2013: 231).

Dejo este punto en suspenso para retomarlo hacia el cierre de este capítulo. Antes, creo pertinente señalar que los procesos diagnósticos están atravesados por estas complejidades que ponen límite a su capacidad de recorte y definición de los problemas y los abordajes, pero que sin embargo, a la hora de organizar el trabajo institucional, las distribuciones y los tratamientos,

la empresa clasificadora es capaz de mostrar todo su sentido práctico. No es tanto el diagnóstico psicopatológico sino otras manifestaciones del sufrimiento, de la problemática o los “perfiles” que presentan los pacientes lo que fija los parámetros de las intervenciones posibles. De esto me ocupo a continuación.

2. Clasificaciones institucionales.

El grado de productividad del padecimiento, la duración de la internación, si la persona tiene una causa penal en curso, o padece de consumo abusivo de alguna sustancia son puntos en los que se dirime gran parte de la clasificación y distribución en el espacio hospitalario. De modo que es posible distinguir cuatro categorías de pacientes: pacientes agudos, pacientes crónicos, pacientes adictos, y pacientes penales, categorías construidas como códigos *in vivo* del trabajo de campo. Los he construido a la manera de los tipos ideales weberianos, es decir, resaltando sus rasgos esenciales.¹³

Al binomio clásico agudo-crónico sobre los que tradicionalmente se organizan servicios y prácticas en este campo, hay que sumar las nuevas expresiones de los padecimientos que desbordan esta división (Serra, 2000). De este modo, las clasificaciones vigentes son producto de una combinación entre los rasgos del padecimiento y las manifestaciones de la conflictiva social-penal contemporáneas que toman lugar en el hospital psiquiátrico público-estatal: la pobreza, la marginalidad, el consumo problemático de sustancias y el delito.

Pacientes agudos y pacientes crónicos.

El criterio para definir y diferenciar entre sí pacientes agudos y crónicos en el hospital es el tiempo de internación: cuando ésta tiene una duración de hasta un año, el paciente es agudo. A partir de esta distribución se llevan adelante las estadísticas del área de Internación.

Lo primero que se revela en el estudio es que éste es un criterio absolutamente ficticio respecto de lo que sucede en los hechos, si se considera que en la mayoría de los casos, los pacientes clasificados como agudos llevan hasta 10 años de internación, algunos de modo ininterrumpido y otros con internaciones periódicas, combinando procesos de altas breves y reingresos. Al consultar a una profesional sobre esto, señala:

¹³ Esto quiere decir fundamentalmente que podrían no ser los únicos.

- (...) vos podés hablar de la crisis, o del paciente. Si hablás de la persona, no necesariamente es un paciente agudo, *está en una crisis aguda* y eso remite a qué lugar hoy físicamente de los pabellones va a ocupar en la internación. Pero a lo mejor es alguien que hace más de 10 años tiene internaciones periódicas en el hospital. Bueno, uno apunta a que cada vez esto sea algo diferente; en esto me parece que también va un "uh, otra vez este acá", o un "bueno, esta vez trabajemos para que *esta vez sea diferente* de la anterior". Que esa marca sea de la estructura y no haga a la persona el mismo de siempre. Pero bueno, no siempre es posible hacer eso, en general lo que se escucha es lo otro. (TS).

La institución clasifica como agudo a la persona, y lo hace con un criterio temporal que, a los fines de clasificar, se revela insuficiente. Esa clasificación puede corresponderse o no con el grado de productividad del padecimiento. Como resultado, el tiempo de internación y el carácter de la crisis que esté atravesando la persona son coordenadas que al cruzarse, se superponen y pueden arrojar resultados diversos: puede que el padecimiento esté en un grado de productividad muy alto, y sin embargo la persona lleve más años internada que un paciente considerado crónico en función de su deterioro y los cuidados que requiere. Al contrario, puede suceder que pacientes de ingreso muy reciente, por las características orgánicas de su patología, se asimilen a la situación de los pacientes crónicos. Ante todo, “*hay que tener en cuenta que la división agudos-crónicos del hospital es más bien relativa*” (PSC).

- Claro; la distinción que hace la institución entre agudos y crónicos tiene que ver con el tiempo de internación, no con la patología.

- claro, pero para nosotras no es sólo así. Nosotras tenemos pacientes que hace un montón de años que están, y siguen agudos. Como el de ayer [Se refiere a un paciente que intentó fugarse durante una salida] (PSC).

- claro, yo te explicaba que hace un montón de años que está, pero es un paciente súper productivo, creo que te comenté que lo quisimos asignar a otro equipo. (TS)

- lo quisimos cambiar por un paciente más de las características geriátricas de los nuestros. (PSC)

La distinción entre agudos y crónicos es la base sobre la cual se organizan los equipos. Un proyecto que está en marcha desde 2015 es la conformación de un Equipo de Crónicos. Respecto de esta población en particular, sirve retomar la distinción que establece Stagnaro (1993) entre la *cronicidad* como característica del padecimiento en tanto modo de manifestación en la estructura psíquica, y la *cronificación* como efecto de la institucionalización u otros aspectos que desbordan lo psíquico-clínico-somático. De modo que cronicidad refiere a la patología, y cronificación a la persona y su trayectoria vital. Si la distinción es útil a los fines de recortar el campo de expresión de esta problemática, en los hechos, los cruces y

superposiciones entre ambas manifestaciones hace que se vuelvan indistinguibles: tiene que ver con el diagnóstico, y tiene que ver con las condiciones de vida (Amendolaro, 2012). *El crónico* del hospital presenta ambas dimensiones: la evolución del padecimiento da cuenta de la cronicidad en el sentido del progresivo deterioro cognitivo, subjetivo, psíquico a la vez que determinados por una existencia cronificada, que se refuerza en la falta de apoyos que hagan posible un horizonte diferente al de la institucionalización:

- crónicos es por el tema de que no tienen un referente por fuera, y si lo tienen, no se lo quieren llevar (TS).

El equipo interdisciplinario para atención de pacientes crónicos del hospital está conformado por una psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social. Se conforma a partir de diagnosticar que, en el marco en que los equipos de internación tenían a cargo tanto pacientes agudos como de larga institucionalización, en la asignación de recursos y el trabajo cotidiano se priorizaba el abordaje de las situaciones agudas, quedando los crónicos relegados.

- (...) habíamos notado que la asistencia estaba más circunscripta a los pacientes agudos. Y en relación a los pacientes de larga internación, se apuntaba al sostenimiento, al mejoramiento de la calidad, de que su internación acá fuera lo mejor posible. Pero no había posibilidad de trabajo; o sea, la demanda era tan apremiante en los agudos, que los crónicos quedaban como en otro plano asistencial (TS).

- Más de sostén de lo que ya estaba hecho, de cuidados. (PSC).

- Entonces se priorizaban otras situaciones. Ahí empezamos a notar que era tanta la demanda en la asistencia en relación a los agudos, que ameritaba la conformación de un equipo que trabajara exclusivamente con los crónicos. (TS).

El objetivo del trabajo es entonces construir procesos de externación/derivación para un conjunto de pacientes —originalmente eran 23- de entre 40 y 65 años que, por sus características —estables en su patología, con recursos simbólicos y cognitivos deteriorados- se ajustan mejor a otras instituciones de cuidado o, en menor medida, pueden ser realojados por sus familias. Para 2017 ya eran 12; los demás habían sido derivados a otras instituciones (geriátricos privados, geriátrico público provincial, y otros hogares). Asimismo, al tratarse de pacientes cronificados —el ingreso más antiguo de este grupo data del año 1979-, otros objetivos específicos complementan esa tarea principal: garantizar que todos tengan DNI, Certificado Único de Discapacidad y pensión. De ésta última se deriva la posibilidad de acceder a la obra social estatal Incluir Salud, canal a través del cual mejoran las chances de derivación a instituciones geriátricas, hogares o centros de día, ya que la obra social costea los gastos que de

otro modo los pacientes o sus familias no podrían afrontar. El trabajo cotidiano, más que de asistencia al paciente, es llevar adelante las gestiones para lograr la derivación.

- Son pacientes como muy... no sé si poco demandantes, pero sí que tienen otro circuito armado acá en el Hospital. No es como un paciente agudo, que demanda el alta permanentemente, que quiere egresar, que cuenta con familia que viene a visitarlo, que las entrevistas se pautan de otro modo. Estos pacientes tienen... (TS).
- *Viven acá*. Entonces los contactos son cotidianos de pasillo. El trabajo con ellos es otro (PSC, destacado por la entrevistada).

De modo que el paciente crónico representa aquel con quien no hay mucho por hacer respecto de la patología, más sí con las condiciones de vida. Una de las psiquiatras refiere que, con estos pacientes, el trabajo más que clínico, apunta a intervenciones que sean reparadoras de los daños sufridos por internaciones tan prolongadas: la institución se propone reparar lo que ella misma rompió. De tal modo, tanto los cuidados en el hospital como la derivación a otras instituciones tienen por objetivo reconocer a la persona, y trabajar sobre la idea de que puede estar en un lugar mejor. Significa, desde su punto de vista, una “devolución de estatus”:

- más allá de la patología; la cuestión afectiva, emocional, nominarlo, reconocerlo es como que los mejora muchísimo, y los hace sentir bien (...). Esa cuestión del estatus; recuperar su status. Me parece que de eso se trata (PSQ).

Es cierto que, si el problema de la cronificación resulta de la combinatoria entre los rasgos del padecimiento y las condiciones de la institucionalización, se puede advertir que el “perfil del paciente” cronificado en las instituciones en los últimos 10 años está mutando. Al respecto, los profesionales del hospital señalan:

- Hasta el 2010, estadísticamente, el mayor porcentaje de internaciones en cuanto a diagnóstico, eran las psicosis, seguidas por los intentos de suicidios, y adicciones ahí como muy parejo. En la actualidad eso se trastocó; ya las descompensaciones psicóticas, a ver, están asociadas, porque por ejemplo un paciente que llega por consumo tiene alucinaciones, o sea, tiene sintomatología psicótica, pero viene muy lastimado por más de 10 años de consumo, y de consumo de sustancias muy dañinas, cocaína de mala calidad, mosca, pegamento. Muy lastimados (TS).
- Nos hemos preguntado *¿quiénes van a ser los nuevos crónicos?* Los pibes mucho más jóvenes, muy lastimados. Y sin redes, y después todo lo social, en el sentido de lo macro, desde las políticas públicas, de cómo se vive en los barrios la presencia del narcotráfico (PSC. El destacado es mío).

En tal sentido cabe preguntarse por la clasificación del *paciente adicto*, con problemática de consumo de sustancias psicoactivas, en el contexto hospitalario. Y, en la expresión conflictiva, jurídica, pero también en la carga moral que acarrea cierta representación sobre los consumos, cómo se superpone esta clasificación con la de los llamados *pacientes penales*, es decir, los que llegan al *Hospital* por orden judicial penal, acompañados de custodia penitenciaria.

Pacientes adictos y pacientes penales.

En la revisión de historias clínicas que compone la muestra, de cincuenta y cuatro historias relevadas, en dieciséis se constata el consumo problemático de sustancias –legales e ilegales-. Se trata de pacientes que presentan patologías duales, donde el consumo se combina con otra patología psiquiátrica. De modo que los registros señalan como diagnósticos: policonsumo de sustancias con descompensación psicótica; consumo de alcohol en paciente de retraso mental leve, esquizofrenia con consumo de sustancias, demencia con consumo compulsivo de alcohol, psicosis inducida por consumo, psicosis con consumos varios, policonsumo con trastorno de ansiedad, entre otros. Entre esos cincuenta y seis, siete pacientes –todos varones- tienen una causa penal en curso y están en el hospital por orden del Juez al frente de la misma. Cuatro de esos siete presentan consumo problemático de sustancias adictivas.

Es importante partir de lo que los datos de la muestra indican, porque existen dos afirmaciones cruzadas respecto del lugar que ocupan las problemáticas de adicciones en el hospital: una es que “ahora todos los pacientes son adictos”; la otra es que “el Hospital no atiende adicciones”.

- Ahora tenemos *pacientes adictos judiciales*. La mayoría de los adictos son judiciales porque la mayoría robó, o algo peor; algunos han matado. Por la misma droga. Así que la mayoría de los pacientes son así (ENF. El destacado es mío).

- Psicóticos *de los de antes* solo te queda uno, ese que siempre lo ves que está parado solo y tranquilo en el patio. Él vive en su mundo. El resto ya fueron externados, y los que vienen ahora son todos pibes drogadictos (ENF-DC. El destacado es mío).

- El hospital no cuenta con alternativas terapéuticas viables para los usuarios de drogas con consumo problemático. Tiene un servicio de atención en salud mental, y podría venir cualquiera a ser atendido. Lamentablemente los prejuicios de época, las rencillas institucionales, el propio discurso instituido, hace que muchas de las consultas de adicciones que llegan al hospital sean

derivadas a otro efector, "porque el hospital atiende psicosis, no adicciones". Y ese es un mito construido, que está institucionalizado como discurso institucional, no como discurso que baja de la dirección -ni de ésta, ni de otras-, pero en esta lógica de que sólo atendemos psicosis, los consumos problemáticos tienen una complejidad a la hora de ser abordados. (PSC).

Mientras espero para revisar una historia clínica en la oficina de [mi informante clave], llega una señora que pide entrevistarse con la Dirección. Me dijo que quiere "encerrar" a su hijo por problemas de adicciones. Que habló con una mamá porque a su hijo lo internaron acá hace 3 años, pero que ella "tuvo suerte" porque al pibe esa vez le diagnosticaron esquizofrenia. Que no sabe si lo van a aceptar porque "no está loco", pero "se pone loco por la droga". Después me dice que tampoco está segura de que este lugar esté bien, porque hay varones y mujeres y mucho libertinaje, y que los tienen dopados todo el día (DC).

Ni todos los pacientes presentan problemáticas ligadas al consumo, ni el hospital rechaza las internaciones de personas con problemáticas de adicciones.¹⁴ En este punto puede afirmarse que se atiene a lo estipulado en la normativa vigente, que indica que la problemática de los consumos debe ser abordada como parte integrante de las políticas de salud mental, y que las personas que presentan este tipo de padecimientos tienen los derechos y garantías de todo paciente que recurre a estos servicios de salud (art. 4, Ley 26.657 de Salud Mental; art. 9, Ley 26.934 de Consumos Problemáticos). La idea de salud ligada a la promoción de derechos humanos queda patente en estas herramientas legales, que son las tenidas en cuenta en las decisiones institucionales a la hora de la admisión de estos pacientes; el hospital, por ley, tiene que tomar esos casos. De otro modo, estaría desasistiendo.

Lo que no es igual de seguro es que la pregunta sobre quiénes son los sujetos afectados por estas problemáticas y sobre las intervenciones posibles haya encontrado aún respuestas satisfactorias (Pecheny, 2010: 17). Ambas dimensiones revelan la conflictiva que atraviesa la institución considerando la situación de pacientes adictos y pacientes penales, categorías que tensionan la representación del loco clásica del viejo manicomio, el paciente "*psiquiátrico puro*" (ENF), a la vez que desnudan limitaciones en las respuestas posibles considerando las dimensiones específicas características de su padecimiento. La respuesta sigue siendo el tratamiento medicamentoso. "El monovalente no tiene estrategia para el abordaje de consumos. No tiene herramientas, pero sobre todo no hay interés ni sistematicidad en el trabajo de los

¹⁴ En el área de Consultorios Externos, sin embargo, la instancia de Admisión deriva a las personas con problemáticas de adicciones hacia otros organismos o entidades especializadas, evitando tomar esos casos. De todas formas hay que señalar que una de esas entidades funciona en el edificio mismo de Consultorios Externos. Se trata del Sadys –Servicio de Drogadependencias y Sida, que administrativamente no pertenece al Hospital, pero los profesionales atienden allí.

equipos” (DC), me ha dicho una de las médicas clínicas que, además, trabaja en un hospital general y encuentra diferencias entre una institución y otra para pensar los abordajes. En esta misma línea, luego de una capacitación en abordajes de adicciones desde la perspectiva de reducción de daños,¹⁵ una de las psiquiatras de los equipos comenta que “todo muy lindo y muy fantástico, pero después hay que venir a trabajar con esos pacientes en el contexto del manicomio” (DC). Lo que suele predominar entonces es la idea de que “esos pacientes no deberían estar acá” porque “su problema es otro”.

Hay que señalar que desde el año 2015 se ha puesto en marcha un dispositivo de atención de los consumos problemáticos en el *Agudo Ávila* que se sostiene con un psicólogo y una enfermera que se ha sumado como voluntaria y colaboradora. Funciona con dinámica grupal y se trabaja desde la perspectiva de reducción de daños en grupos pequeños de 2 a 6 integrantes, compuestos por pacientes externados y en menor medida internados. Entre entrevistas y entrevistas conversacionales, revisiones de HC y charlas con los equipos interdisciplinarios, no me consta la participación de ningún paciente internado en dicho dispositivo. De ello puede inferirse que el grupo ocupa un lugar similar al de otras iniciativas secundarias –trabajo de kinesiólogos o terapeutas-, de apoyo o complemento del tratamiento principal que se articula desde los equipos. Como dispositivo para atención de problemáticas ligadas al consumo de los pacientes internados es a todas luces marginal.

Por eso, a la hora de indagar entre el personal y los profesionales en torno al tema de las adicciones en el hospital, es más recurrente encontrar problematizaciones en torno a la ligazón de los consumos con el problema de la circulación de sustancias ilegales adentro del hospital, de los robos de objetos personales y conflictos entre pacientes, o sobre el vínculo drogas-delito –principales fuentes del malestar cotidiano en la institución- que en cuanto a la problemática de salud que expresa.

- los adictos son unos pacientes muy hábiles para saltar la reja. Salen para comprar, y también entran así por esa vía para que nadie los tenga que revisar y se den cuenta que traen alguna cuestión (MED).

- Es tremenda la naturalización que hay del robo; es terrible. Lo mismo que de la droga en este momento. Pero esto es un tema de los adictos; con los adictos vinieron todas estas cuestiones. Porque por ahí un psicótico, si está muy descompensado, puede robar, pero dentro del cuadro de la psicosis. Que es una cosa perdonable, porque el tipo no tiene idea lo que está haciendo. Incluso por ahí si está un poquito mejor, vos le podés decir "mira esto no es

¹⁵ La reducción de daños como perspectiva para los abordajes de consumos problemáticos tienen como objetivo trabajar para morigerar los efectos negativos y reducir los riesgos que provocan el consumo de una sustancia. Al respecto VER Inchaurreaga (2002).

tuyo, es de tal" y lo devuelve. Pero los adictos no; desaparece todo y se transforma en porro, cocaína, bebida (MED).

- [hablando del caso de un paciente con alcoholismo] Es un paciente que yo nunca jamás lo vi descompensado psiquiátricamente, por lo que criterio de internación psiquiátrica no ha tenido nunca, y *nosotros no hacemos tratamiento de rehabilitación con alcohólicos*, con lo cual su estadía acá es más bien un hotel alojamiento para él que que le sirva como institución para rehabilitación (MED. El destacado es mío).

Es innegable que la presencia de estos pacientes genera un cambio en el paisaje y la fisonomía del hospital. Se tensa no sólo un ideario, una representación; cambia la cotidianeidad, las prácticas profesionales se ven interpeladas en su hacer cotidiano, hay demanda de formación, al revelarse los límites en la formación actual. Asimismo cambian las interacciones posibles: nuevos códigos y modos de relacionarse entre pacientes-equipos-personal, entre otras cuestiones.

- Los pacientes son unos tumberos bárbaros, hay muchos que vienen de la cárcel (MED).

- provoca un cimbronazo empezar a trabajar con población cada vez más joven, con una agresividad muy marcada, algunos con un perfil delictivo también (TS).

-estos pibes manejan otros códigos de vínculos, de transa permanente de todo (PSC).

Otro efecto disruptivo en la vida diaria del pabellón es el que provoca la presencia de los *pacientes penales*, por esta condición de “delincuentes” pero también por lo que implica la presencia de custodia penitenciaria que trae aparejada la internación de personas con causas penales en curso en los hospitales públicos en la provincia de Santa Fe. Como se mencionaba más arriba, de la muestra construida, siete pacientes se encuentran en esa situación; eso significa la presencia de catorce policías en el sector de internación, comúnmente repartidos entre el patio y el hall de la planta alta del pabellón 3.¹⁶ En un día en el que estén presentes todos los miembros de los equipos interdisciplinarios –situación absolutamente atípica- son doce. El Hospital tiene más policías que profesionales de la salud.

Lo que cambia respecto de los *pacientes adictos* es la condición de la admisión: el Hospital está obligado a recibir a los pacientes penales porque así lo indica una orden judicial

¹⁶ En el proceso en que tuvo lugar el trabajo de campo, la cantidad de pacientes con causas penales en curso fue variando entre 2 y 8 pacientes. En ningún momento no hubo pacientes con custodia penitenciaria.

que no puede desconocer. Incluso en los casos en que no exista criterio para la internación, el alta, la derivación, la vuelta al penal o comisaría depende en este caso del Juez.

El aumento en el número de internaciones de estos pacientes provoca una suerte de penitenciarización del hospital que hay que poder estudiar en su dinámica propia y los efectos que provoca, relevando las técnicas puestas a disposición para el gobierno de una población que se ubica en el límite difuso entre la locura y el delito. No me extendiendo más aquí porque a ello le dedico el capítulo 7.

Para concluir con este punto, como decía más arriba, ambas clasificaciones que se revelan fuente de conflictos de todo tipo, ponen sobre el tapete el asunto de los sujetos y las intervenciones posibles en salud mental. Si se remite a lo estipulado por la Ley 26.657, y pensando en las tensiones relevadas alrededor de los pacientes *adictos* y *penales*, es posible señalar que dicha ley se sostiene en una representación unívoca, cuando no idealizada del paciente de salud mental. Al respecto resuenan las palabras de Sialle, quien señala que

El modelo de abordaje estatal que se consolida con la promulgación de la ley marco del año 2010, capitaliza nuevas representaciones amasadas durante las últimas décadas por el sector sin dudas progresista de la comunidad *psi* y del imaginario social en general. Pero estas representaciones obedecen a un concepto, entendemos, restringido de locura, reduciendo a aquella población hospitalizada y/o pasible de hospitalización en el tipo de institución monovalente (manicomio). Su referencia a aquella otra masiva población que no cuadra en la dinámica hospitalaria y que está signada por las crisis tóxicas devenidas del consumo de sustancias psicoactivas es mínima y ambigua (...) (Sialle, 2012: 17).

Los pabellones psiquiátricos carcelarios o las comunidades terapéuticas que abogan por tratamientos compulsivos para las adicciones propician aberrantes violaciones a los derechos humanos. La atención en contexto carcelario se revela limitada, cuando no iatrogénica. La lógica penitenciaria se rige por reglas desvinculadas a lo sanitario y más cerca de los métodos que priorizan la vigilancia y el castigo, y sus formas de administración: cobro de favores, “peajes”¹⁷, traslados compulsivos, etc. En ese contexto, es desde los dispositivos de salud donde pueden estructurarse los mejores abordajes posibles. En los hechos, el hospital es convocado como espacio de relevo de tecnologías de vigilancia, que garantiza la “protección”, la estadía o

¹⁷ Expresión para referirse al cobro –en dinero o en “especies”- que habilita la circulación por el espacio de detención.

permanencia en un lugar, que no trastoca la lógica punitiva que habita todo dispositivo destinado a estos conjuntos poblacionales.

Como resultado de esta clasificación institucional se dibujan formas de gobierno heterogéneas. Si para algunos pacientes es posible la gestión del alta o derivación a otra institución que provea a la vez cuidados y mejores condiciones de vida, para otros se reservan tecnologías de vigilancia y castigo. Para estos últimos, la libertad aparece como posibilidad y horizonte sólo en la medida en que se cumplan una serie de condiciones que sin embargo nada parece propiciar, que serían la garantía de poder ser “responsablemente libres”: tener trabajo de modo de generar ingresos para sostener la vida, no consumir, no cometer delitos.

Todo ello permitiría afirmar que la gestión por la libertad de algunos conjuntos poblacionales considerados de alto riesgo es una posibilidad sólo en la medida en que hay tutela, vigilancia y castigo. A la inversa, en cuanto hay tutela, vigilancia y castigo, también puede haber gestión por la libertad. Es necesario reconocer que la articulación entre esas formas a primera vista contradictorias son coherentes en el marco de las estrategias de gobierno habilitadas por el hospital psiquiátrico y las problematizaciones heterogéneas sobre la locura que son posibles a su interior.

3. El paciente frente a sí mismo y los demás.

Tanto el diagnóstico psicopatológico como las categorías clasificatorias que se usan en la institución forman parte de disposiciones institucionales que cristalizan una racionalidad determinada, y se constituyen en tecnologías que moldean la subjetividad de los pacientes: establecer un diagnóstico, asignar un equipo, una cama en uno de los pabellones, inscriben al paciente en un espacio y tiempo en el Hospital, le otorgan un status, le dicen quién es, qué hace allí, qué se espera de él o ella. Adentro del hospital prácticamente no hay conducta a la que no se le asigne o intente asignar una significación sintomática. Los comportamientos, las interacciones y las formas de construcción de la propia historia personal por parte de los pacientes son tomados y codificados como componentes explicativos del diagnóstico, y la clasificación que le es correspondiente; los procesos vitales son interpretados en clave patológica. Las intervenciones normalizadoras tienen como objetivo acompañar, ordenar, corregir, encauzar de modo de hacer posible que eventualmente los pacientes sean capaces de ejercer la responsabilidad de ser libres.

La propia percepción y reconstrucción biográfica que cada paciente realiza de sí mismo, la relación que es capaz de establecer con sus pares y con el resto de las personas en el hospital, entra en juego con la codificación llevada adelante por los saberes clínicos y por la propia dinámica de funcionamiento institucional. Cabría preguntarse si la mirada sobre sí queda completamente subsumida bajo estas dimensiones, o es posible aventurar prácticas que escapen, o al menos lo intentan.

La categoría “paciente”.

En las problematizaciones a través de las cuales se construye lo que se considera enfermo –las prácticas diagnósticas, las clasificaciones institucionales-, se configura una identidad particular, siempre en juego y en relación con el saber médico. Las personas que atraviesan internaciones en este Hospital son llamados *pacientes*; y bien vale reflexionar críticamente alrededor de esta categoría.

Asociada a la jerga médica, la noción de paciente se utiliza para designar al que *recibe* o *padece* la acción del agente médico. El paciente como objeto –pasivo- de la intervención médica está definido por la menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones que hacen a su vida y el curso de su padecer (Pecheny y Manzelli, 2018). Para Mario Testa, la palabra paciente refiere antes que nada a la paciencia: ser paciente es *esperar pacientemente lo que haya que suceder*, y además, como advertencia señala que para quienes afronten la situación de ser paciente con impaciencia, la vida hospitalaria le tiene reservadas unas cuantas sorpresas desagradables. En tanto objeto encamado (*sic*), el paciente sólo está a la espera de dejar de serlo, y eso depende exclusivamente del personal médico (Testa, 1993).

Cuando se trata de pacientes de instituciones médicas psiquiátricas, se refuerzan los bajos o nulos niveles de autonomía reconocidos, así como de la paciencia y la pasividad manifiesta como exigencia o como requisito, y la fuerte objetivación como efecto de las intervenciones. El cuadro psicopatológico actúa como sentencia.

En *Internados*, Goffman (2012) utiliza el término paciente (mental) en términos sociológicos y no médicos: paciente es toda persona que atraviesa una internación en una institución psiquiátrica. El pasaje de persona a paciente está provocado justamente por el proceso de hospitalización en tanto éste tiene la capacidad de alterar el destino social de una persona al punto en que se modifica el status y el rol que ocupa en la sociedad. Para estudiar ese pasaje, el autor construyó la categoría de *carrera moral del paciente mental* como forma de

dar cuenta del proceso de constitución del yo en una clave sociológica, antes que clínica o psicológica, y que define como el conjunto de transformaciones que va atravesando el yo de una persona con una enfermedad mental, en un proceso en que va constituyéndose un sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás a partir de las interacciones que son posibles o permitidas dentro de una institución psiquiátrica (Goffman, 2012: 135), así como también de las disposiciones que allí se toman para sus miembros. Distingue además tres etapas de esa carrera: la del pre-paciente, la del paciente y la del expaciente, aunque luego se ocupa sólo de las dos primeras.

El enfoque de la desviación ubica en Goffman una referencia a la cual remitirse cuando desarrolla su postura respecto de la enfermedad mental como desviación y del paciente mental como persona desviada. En *Outsiders*, Howard Becker (2014) parte de la hipótesis de que la desviación es creada por la sociedad: el desviado es aquella persona que ha sido etiquetada como tal, y el comportamiento desviado es el comportamiento que la sociedad etiqueta como tal. Esto quiere decir que, desde una perspectiva sociológica, la enfermedad como desviación y el paciente como desviado no se definen por sí mismos, por cualidades o características intrínsecas, sino a través de la interacción que tiene por resultado definirlos como tales (Becker, 2014: 34).

De la misma manera que Goffman, Becker utiliza el concepto de “carrera” para hablar de la *carrera del desviado*: “(...) ser descubierto y etiquetado como desviado tiene importantes repercusiones en la futura vida social y en la imagen que se hacen las personas de sí mismas. Su efecto más importante es el cambio drástico que se produce en la identidad pública del individuo” (ibídem: 51), al que se le confiere un nuevo estatus. Se revela públicamente que era una persona distinta a lo que aparentaba, y se lo etiqueta de cierta manera.

Siguiendo este interés en profundizar el análisis de la dimensión social para la comprensión de la enfermedad mental, Thomas Scheff (1973) señala en su libro *El rol de enfermo mental* que el concepto de desviación es adecuado para estudiar síntomas psiquiátricos desde un punto de vista sociológico, constatación que lo lleva a afirmar que la enfermedad mental es antes un status social que una enfermedad. Al igual que Becker, dirá que la desviación es más una cualidad de la respuesta social ante un acto, que una característica del propio acto, y la distingue de la transgresión, definida como la violación de las normas sociales. Considera que la enfermedad mental es una transgresión de normas sociales residuales, que puede tener diversas fuentes; al ser definida como enfermedad mental, la transgresión “se estabiliza”, y el

transgresor ocupa un estatus de desviado, asumiendo jugar el rol de enfermo mental. Ser paciente significa *aceptar el rol de desviado*.

En esta misma tradición, en el estudio publicado bajo el nombre *Being sane in insane places* (1973) David Rosenhan afirma que, si bien el sufrimiento mental existe,¹⁸ lo que se considera normal o anormal, sano o insano y los diagnósticos psiquiátricos que sobrevienen a esas consideraciones son menos sustantivos de lo que se cree. Partiendo de la idea de que los diagnósticos psiquiátricos están más en la cabeza de quienes observan (médicos) que en las características de quienes son observados (pacientes), Rosenhan desarrolla una investigación donde se mezclan personas sin diagnósticos psicopatológicos (a los que llama “pseudopacientes”) en una institución de internación para tomar nota de los procesos que allí se desatan. El debilitamiento y la despersonalización de las personas son los principales efectos del diagnóstico y la internación en un hospital psiquiátrico que destaca el autor, y lo que permitiría describir de qué se trata ser paciente en este tipo de instituciones.

A partir de las consideraciones del enfoque de la desviación y su hipótesis de la enfermedad como construcción social, se pueden señalar dos dimensiones que trae aparejadas la categoría de paciente: una, la de los estereotipos ligados al estatus y el rol de “enfermo mental”; la otra, las explicaciones en torno a las condiciones en que “se acepta” jugar ese rol, lo que desencadena la carrera del paciente.

Respecto de la dimensión de los estereotipos, vale referirse a al menos tres fenómenos siempre asociados a la figura del paciente mental, que en mayor o menor medida, los autores mencionados hasta aquí traen a colación en diferentes momentos del desarrollo de sus análisis: el temor o peligro, la infantilización, y la patologización del conjunto de la experiencia vital. En la experiencia del trabajo de campo, sobran las escenas en que ello queda de manifiesto.

Sobre el temor (al paciente) y el peligro (que representa el paciente), en el capítulo 7 me remito extensamente al concepto de peligrosidad y su maridaje temprano con la conceptualización moderna de la locura como enfermedad mental (Foucault, 1991c; Castel, 2009). Si bien allí lo hago para analizar el caso particular de las personas internadas y clasificadas como “pacientes penales”, lo señalado sirve para pensar cómo la idea de temor y peligro asociadas a la imprevisibilidad de las conductas y comportamientos de las personas que

¹⁸ Señalar dicha afirmación en el planteo de su hipótesis supone marcar ciertas diferencias con otros planteos contemporáneos al autor, por caso, las investigaciones de Thomas Szasz (1994) o David Cooper (1971).

han sido diagnosticadas con una psicopatología determina en gran medida el lugar que ocupa y el tipo de relación y vínculo que de ahí en más puede construir con los otros.

El miedo hacia los “pacientes mentales”, correlativo al estereotipo del insano con el que convivimos (los atributos desacreditadores propios de este estigma, diría Goffman) (2006), determinan que en general se opte por no correr riesgos en lo relativo a las decisiones sobre el destino de estas personas, aunque, como bien señala Scheff (óp. cit.), en buena medida, el riesgo que se corre no es diferente al que existe en otras tantas dimensiones de la vida cotidiana, no asociadas a la locura. La dignidad del riesgo o el derecho al riesgo se vuelven impensables en tanto nos refiramos a pacientes antes que a personas. Como bien señala el autor, “todo hace suponer que los médicos, al tomar decisiones, aplican una regla que podría formularse así: en caso de duda: diagnostique enfermedad” (ibídem: 106).

Además valdría preguntarse, en el sentido de las implicancias que devienen de la aceptación de un rol, la temeridad como atributo de la personalidad incorporado por pacientes en función de hacerse de un status y jugar, al fin, el papel ya asignado por otros. Puedo recorrer ciertos pasajes de la historia clínica de Fernando que relatan amenazas, golpes, enfrentamientos o requisas al modo carcelario en la que se le secuestran armas caseras, como eventos que expresan, desde mi punto de vista, su aceptación del rol del paciente temerario que viene de la cárcel porque, al fin de cuentas, para el resto *él es eso*: “el *paciente tumbero*” (DC). “Yo acá me manejo casi como en la cárcel, pero no tanto. Allá no tengo miedo porque yo sé cómo es los códigos, me conoce mucha gente” (Fernando).

La infantilización en las interacciones cotidianas se repite en escenas diversas y en los contextos más variados. Cierta indulgencia en el trato, a veces manifiesta mediante gestos de ternura, lástima o paciencia, bajo los que subyace una concepción de minoría de edad asociada al “paciente mental” en términos de su madurez o condición de adulto frente a ciertas situaciones. Festejos donde se ponen bonetes y cotillón a los pacientes, actividades prácticas como ejercicios físicos o manualidades de contenido infantil, hasta tonos de voz, el uso constante de palabras en diminutivo para comunicarse, modos de indagar o explicar comportamientos que son típicos de las interacciones con niños.

Imposible olvidar una mañana en la que me encontraba en el dos-dieciséis. Una de las médicas me preparaba un café con leche mientras charlábamos sobre Mario, y el equipo interdisciplinario a cargo de la asistencia de Rosita intercambiaba sobre algunos asuntos de la estrategia terapéutica. Llego a escuchar que el problema es que parece que Rosita no está

tomando bien su medicación, entonces una de las integrantes del equipo va a buscarla a su box para conversar con ella. La paciente entonces se acerca al dos-diecisiete y se sucede una conversación más o menos así, en un tono de “maestra jardinera” muy molesto:

- *¿Rosita vos estás tomando bien toda la medicación? Viste que son 4 diferentes, ¿las tomás todas?* (PSQ).
- Sí.
- *¿Seguro? ¿Todas todas?* (PSQ).
- Sí, ¿por qué preguntan?
- *¿Y cómo las tomás? ¿Así con un vasito de agua?* (PSQ).
- No, si las voy a tomar con whisky. (DC).

Nadie podía contener la risa en el dos-diecisiete. Bastó esa sola frase para acomodar los roles en el diálogo; Rosa le recordó a su médica que no estaba hablando con una niña. Pero a la vez con esa intervención irónica ella se acomoda a sí misma: reposicionándose frente al equipo, en el lugar de persona adulta, que puede elegir (de hecho, allí mismo “confiesa” que hay una de las pastillas que no la toma porque le produce temblor en las manos), que puede jugar ella también un rol activo frente a su propio tratamiento, y no necesariamente el que pareciere serle asignado: mínimamente, alguien que quizás no perciba la diferencia entre un medicamento y otro, o los efectos que éstos pueden generarle en la ingesta diaria.

Así también sucede respecto de otras exigencias o demandas propias de la vida adulta que le son sustraídas las personas internadas, como la manutención y crianza de los hijos, el manejo de su propio dinero, la administración autónoma de las relaciones de pareja, o hasta el respeto a la intimidad en las prácticas sexuales en la internación.

- Tuve que ponerme a vender estampitas para mantener a mi familia, a mi hija de 11. Ahora está con mi suegra, pero la voy a visitar siempre que puedo. Pasó de grado, ella por suerte puede ir a la escuela. (Florencia).

Hay un conflicto grande con su equipo tratante porque una enfermera lo encontró en su box teniendo relaciones con su novia, otra paciente también internada. La enfermera le dice que “si quieren estar juntos pueden hacerlo en el patio o en el estar de alguno de los pabellones” y que es su función hacerle conocer las normas de la institución. Él responde que es grande y es su derecho. Actitud tildada de “desafiante” y “querellante”. (HC).

La patologización del conjunto de la experiencia vital es un hecho siempre asociado a la historia y el presente de las personas internadas en instituciones de estas características, y probablemente el rasgo más fuertemente asociado a la categoría socioantropológica de paciente. Como afirma Goffman, “no hay en la vida pasada ni presente del paciente mental un solo

segmento que se sustraiga a la autoridad ni a la jurisdicción del dictamen psiquiátrico” (2012: 161). La persona internada experimenta una incesante vigilancia moral que es uno de los contenidos fundamentales de los procesos de socialización en que deviene paciente psiquiátrico. Este mismo fenómeno resalta Rosenhan (óp. cit.) como uno de los principales hallazgos de su investigación en torno al efecto que produce el diagnóstico psiquiátrico como etiqueta: una vez puesta, todo comportamiento y toda característica es entendida desde allí. Tal es así que en el caso de los “pseudopacientes” de su estudio, observa una sobreinterpretación y hasta cierta manipulación en la lectura de sus modos de comportarse en tanto son vistos a través de la etiqueta diagnóstica.

Podría arriesgarse incluso la idea de que las acciones futuras también son y serán leídas a través de esa etiqueta, y preguntarse entonces sobre los alcances de la categoría de expaciente. Si el paciente se define por la internación, entonces el expaciente sería el externado; pero vale dudar de si en salud mental se deja de ser paciente, aun en la externación. Por la puerta giratoria, por el peso de la etiqueta, del estigma, por los efectos de la cronificación.¹⁹ En tanto los mecanismos que pone en marcha la etiqueta del desviado cobran vida propia, todos estos elementos confluyen para conspirar y dar forma a la persona a imagen de lo que los demás ven de ella (Becker, óp. cit.: 53).

En cuanto a esta sobre-patologización e interpretación del conjunto de la experiencia vital en clave sintomática, pienso en aquellos pasajes en que los pacientes relatan su vida, donde comparten las contingencias o el azar mismo que caracteriza todo proceso vital. La interpretación clínica hallará allí información explicativa de rasgos psicopatológicos (HC); pero no está de más señalar que el vínculo directo entre estos sucesos o contingencias y el padecimiento es fruto de una operación de los discursos profesionales, no está dado.

- Ahí compré los chicos. Ahí compré las criaturas cuando yo estaba embarazada. Y me fueron bien los partos. Pero se me murió el más chiquito a los dos meses, nació con bajo peso y no lo pudieron salvar. Mi esposo me dijo "vas a comprar otro y vas a ver que es otro varón". Vino una nena. (Amelia).
- a los 24 años me pasó la mano por la soldadora de un amigo que estaba trabajando, ayudándolo. Ya no pude seguir trabajando y tengo unos tornillos en la mano. Tocaba la guitarra también en esa época y ya no lo pude hacer más. (Antonio).
- inclusive mi tía, estaba enojada conmigo porque me hablaba y yo le decía que tenía depresión, “no quiero hacer eso, esto, esto no va”. ¿Sabés cómo se

¹⁹ En una nota al pie de Internados, Goffman advierte que el “simple cuadro” que conforma la tríada pre-paciente/paciente/expaciente se complejiza cuando se toma en cuenta el porcentaje de expacientes que vuelven a tener una segunda internación, experiencia a la que cabe la clasificación de “re-paciente” (Goffman, 2012: 138).

enojaba? Así que no fui más a la casa, no fui más. Más vale le cuento a un extraño que comprenda; no me comprendió nunca, peor bueno, no me molesta porque ella es muy estrecha de miras. (Jaime).

Desde la teoría de la desviación, se podría concluir que queda poco por hacer frente a la rotulación, que en el caso de las carreras vitales de estas personas se vuelve una *contingencia decisiva* (Scheff, óp. cit.) La aceptación del rol podría explicarse a través de 3 hipótesis para este autor: la recompensa por aceptarlo, la amenaza del castigo por rechazarlo e intentar volver a roles anteriores, la combinación de las anteriores en individuos caracterizados como “sugestionables” que aceptan el rol de insano asignado como la única alternativa posible. ¿Hay otras alternativas posibles?

El sufrimiento en su dimensión singular.

Las explicaciones que cada paciente internado en *el Agudo* me ha dado sobre su propia internación pueden dar elementos ilustrativos sobre el devenir de la carrera de paciente. La pregunta *¿por qué estás internado?* tiene varias respuestas posibles, y aunque en sus historias clínicas puede aparecer la sentencia de que son personas “sin conciencia de enfermedad”, en diversos momentos de nuestras conversaciones los pacientes hablan de *problemas de los nervios, tristeza, pena, oscuridad, sufrimiento, nostalgia* o que son *incapaces de entender la realidad*. Lo cierto es que la enfermedad o el diagnóstico como motivo de la internación no aparece casi nunca; juzgarse a sí mismo como una persona que ha perdido la razón, y que por eso su familia lo rechaza, o debe permanecer en un lugar que no quiere, sin poder decidir sobre su propia vida, sería abrazar sin más “el estatus uniforme de paciente mental” (Goffman, óp. cit.: 137). Las personas hablan de sí mismas con otras palabras, en otro lenguaje no limitado al de la “verdad objetiva” que los define.

- Yo me tiré al río; no me quise matar. Si me hubiera querido matar me ataba una piedra en los pies y me hundía con la piedra. Pero fue como un llamado de atención. Y ahí me trajeron acá, y me empezaron a empastillar y a medicar y cada vez estaba peor y cada vez parecía más loca y empezaba a decir "saquenme la medicación, saquenme la medicación" "la medicación me hace mal", y más medicación me daban. Me trataban para la mierda, en una palabra.

Yo no estaba loca, no tenía ningún problema, sino que tenía problemas de familia (Florencia).

- Estuve en un geriátrico que maltrataba mucho a la gente, resentimiento con el hombre, viste. Fue un infierno, no sé cómo estoy... Entonces como yo no tenía escapatoria, pedí que me volvieran a traer al Agudo Ávila.

Yo por ahí no estoy para esto viste, pero no me queda otro lugar (Rubén).

- Yo estoy acá porque no tengo casa y porque consumía marihuana y cocaína. No estoy preso, no tengo una orden judicial (Hugo).

- yo no me interné, la psicóloga de la guardia y la psiquiatra me internaron. Yo vine a conversar nomás. Una conversación.

- y qué pasó?

- no sé, nada pasó. Pero me llevaron, me secuestraron ellos. Y no me dejan salir (Rosita).

La institución psiquiátrica en tanto dispositivo de normalización es el espacio predilecto desde el cual las técnicas y discursos normalizadores-moralizantes se despliegan. Ya sea el diagnóstico psicopatológico, ya la clasificación institucional, fijarán el modo de establecer la relación del paciente con las normas, con una serie concomitante de condiciones que estructuran su paso por el hospital: qué medicación le será suministrada, en qué pabellón será internado, de qué actividades podrá formar parte, si podrá o no tener permisos de salida, entre otras de una lista que podría ser infinita, y abarcar horarios, rutinas, terapias, vaivenes judiciales, etc. Todo ello produce sujetos, o mejor dicho, subjetividades: moldea un modo de vincular a los individuos con un conjunto de normas.

Pero si el diagnóstico y la clasificación institucional otorgan un lugar y una identidad, y la etiqueta de la desviación asigna un rol que puede ser tomado como propio, los pacientes cuentan con otros elementos para armarse de su propio lugar hacia adentro del Hospital, que, incluso si no escapan a las clasificaciones existentes, al menos muestran que los sufrimientos se experimentan en una dimensión subjetiva no plenamente captada por el discurso clínico o institucional. Que lo que les sucede también se relata en otros lenguajes, y que parte del devenir de la internación tiene que ver en gran medida con decisiones que efectivamente las personas *toman*, más allá de los discursos e interpretaciones en torno a la responsabilización, la conciencia, o el acatamiento.

El sufrimiento coloca a la par de la mirada técnica, pretendidamente neutra, al sujeto concreto en su dimensión singular. Si el juicio clínico (médico, psiquiátrico, psicológico) es capaz de afirmar la presencia o ausencia de una patología en función de sus criterios de verdad, también es cierto y no menos verdadero que la percepción o expresión de padecimiento depende de los sujetos, de su voluntad o su deseo de vivir o de sanar (...). (Augsburger y Gerlero, 2005: s/d).

En el Hospital, las personas internadas marcan una frontera con el imaginario del “mal paciente” –vago, que no limpia, que roba, al que nadie quiere, que no “colabora”-, a la vez que

se auto-asignan roles y tareas. Por eso Amelia a veces me ha saludado apurada en el patio, porque si no está ella para coordinar el taller de costura, éste no se realiza: “*No puedo faltar porque yo coordino ahí. Estoy cansada porque tengo muchas ocupaciones*” (DC). Que en la cocina todos la conocen y la quieren porque saben que a ella le gusta trabajar: “*nunca me van a encontrar nada sucio*”. Por su parte Rubén me ha contado que participó de múltiples instancias organizadas para pacientes de servicios de salud mental, que se ha solidarizado mucho con los pacientes, yendo a “*los congresos esos de derechos humanos, defendiendo a los locos*”. Que ha hecho grandes movidas por la gente del Hospital. Mario también dice que desde la mañana temprano limpia “con las chicas” (las enfermeras) los dormitorios, que ayuda a sacar la basura. Y remata que él se lleva bien con todos, “*¿con quién no me voy a llevar bien? soy más conocido que la ruda*”. Después de contarme su vida y aclararme en varias oportunidades que ella nunca consumió drogas, Jazmín, una joven de 28 años que estuvo internada por un breve período me dijo “*Y así es mi vida, soy buena y sencilla de corazón*”.

Se trata de relatos que revelan la necesidad de conservar una imagen de uno mismo ante el riesgo de reconocerse como algo malo, o problemático. La constitución del propio lugar, la delimitación con aquello que se percibe repudiable o intolerable a la autopercepción que cada paciente construye de sí mismo, por un lado connota el carácter moralizador de las intervenciones, pero por otro conduce a la pregunta sobre las herramientas con que se cuentan para tomar partido en los procesos de subjetivación en el Hospital. En estas instituciones existen un conjunto de medidas y técnicas que compelen al individuo a ser buen paciente, aceptar el tratamiento, tomar la medicación, comportarse de un modo determinado, sobre las que, de manera dispar, cada uno vuelve para poner algo de un trabajo sobre sí que le permita ser otra cosa además de eso que es hablado por otros. Con ello refiero a la identificación de intentos por entablar una relación distinta con las normas de parte de los pacientes, en la medida en que sea posible oponerles resistencia, otras prácticas, otra verdad (Foucault, 1984b).

Esta intención de dar lugar a las formas en que los sujetos responden a las prácticas dispuestas para la conducción de sus conductas fue parte del desplazamiento operado al interior del desarrollo del planteo de Foucault a partir de la incorporación del concepto de gobierno. Como señalé ya en el capítulo 2, es a través de la grilla de la gubernamentalidad que se puede abordar aquello sobre lo que el poder actúa, lo que administra y controla, pero *también aquello que se le escapa* y no puede quedar atrapado en sus mecanismos. Foucault busca dar cuenta con ello de lo uno y lo otro (Castro, 2011a). En efecto, dirá que toda relación de poder seguirá siendo tal en la medida en que garantice que aquel sobre el cual el poder se ejerce “sea

totalmente reconocido y que se le mantenga hasta el final como un sujeto de acción y que se abra, frente a la relación de poder, *todo un campo de respuestas, reacciones, efectos y posibles invenciones*” (Foucault, 2017: 371. El destacado es mío).²⁰

Podría afirmarse entonces que el gobierno es el punto donde adquiere mayor claridad, densidad teórica y práctica el concepto de poder, al tiempo que produce un verdadero replanteo en los modos de llevar adelante la analítica foucaultiana. En primer lugar, porque permite pensar la restructuración de la relación saber-poder haciendo reingresar el elemento de la subjetividad no como “efecto” de dicha relación, ni reducida a ella, sino *inserta directamente en ella*. Desde el interior de la gubernamentalidad es posible reconsiderar el interrogante sobre los procesos de subjetivación (Revel, 2014). Y en segundo lugar, porque exige comprender el ejercicio del poder en su ambivalencia, o su doble valencia: como aquello que constriñe –es decir, como sujeción-, y como potencia – esto es, como subjetivación- (Butler, 2001). El análisis debe así ser puesto en sus niveles de complejidad: ni pura disciplina, ni pura dominación, ni todo autogobierno, ni toda exclusión (de Marinis, 1999). Todo el trabajo de Foucault quedaría así inscripto en un esfuerzo por mostrar que dicha ambivalencia debe dejar de mostrarse como contradictoria y al contrario, analizarse cada componente íntimamente ligado al otro.

El hospital opera como el ensamblaje cuyo resultado más evidente es el decirle a los pacientes *quiénes son*; a la vez, entre las primeras cosas que debe hacer alguien que llega a una institución de estas características es, justamente, *decir quién es* (Norgeu, 2022). Los elementos que convergen en esa exigencia de identidad son múltiples, y no se limitan a las tecnologías de gobierno que se aplican a un sujeto, sino a las posiciones que éstos toman en relación a ellas: la verdad sobre uno mismo también se construye en base a la propia experiencia, el lenguaje para expresar el sufrimiento en términos también propios, la vivencia, el cuerpo puesto en lugares, actividades y cosas en las que poder hacerse presente, poder sentirse presente.

Talleres, actividades recreativas o propuestas de expresión corporal, artística, productiva o comunicacional, que tienen lugar en el seno mismo así como en las márgenes del hospital –el centro cultural, otros dispositivos de producción e intercambio, otras grillas de

²⁰ Algo de eso ya se desprendía en su análisis de las resistencias como condición misma de toda relación de poder señalada en *La voluntad de saber* al decir que “donde hay poder hay resistencia, y no obstante (precisamente por esto) ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder” (Foucault, 2012a: 91), para luego destacar el carácter estrictamente relacional de toda relación de poder. Idea también presente al momento en que reseña las modalidades de contraconducta que en la historia se presentaron frente a lo que llamó *poder pastoral* en el curso de 1978 *Seguridad, Territorio, Población*, en la advertencia de no aprehender los fenómenos de contraconducta simplemente por contraste, como negativos o reactivos, sino como parte de una *relación de enfrentamiento* que está presente desde el inicio (Foucault, 2007a: 226).

actividad cultural- aparecen como espacios de búsqueda de una práctica de ciudadanía –decidir qué se quiere hacer, cómo, con quiénes- y permiten teorizar sobre la existencia de prácticas cuyo objetivo no es precisa o primariamente el disciplinamiento. Otras prácticas y discursos – lo que en el capítulo tres llamé “expresar la propia vida en los propios términos”- cuya búsqueda es dejar de ser puro objeto del discurso de otros. Uno de los temas fundantes de esos espacios es, precisamente, cómo nombrarse. Abren así la posibilidad de un ejercicio de justicia epistémica (Fricker, 2017) en acto.

Inscriptos en esa búsqueda de expresar la vida, la propia experiencia, que incluye el sufrimiento pero va más allá, se ubican un conjunto de agrupamientos entre el campo de la salud mental y el de la discapacidad que dan cuenta de una tradición organizativa que recupera la idea del protagonismo y reivindica la generación de otros marcos explicativos posibles para los padecimientos de las personas. Desde los años 60 y 70 comenzaron a gestarse movimientos de lucha como el *Independent living*, lema bajo el cual comenzó el agrupamiento de personas con discapacidad iniciados entre Estados Unidos e Inglaterra, así como los de ex-pacientes que en algunos países europeos reunió a personas con diagnósticos en salud mental y que atravesaron internaciones en instituciones especializadas. Diversos en su conformación, alcances y trayectorias, pero con el objetivo compartido de hacer trastabillar el lenguaje y los mecanismos a partir de los cuales las personas allí organizadas devinieron objetos de intervenciones normalizantes (Barnes, 2007; Chamberlin, 1990; Corstens et. al., 2014; Tamburrino, 2012).

Sin establecer paralelismos ni igualar las experiencias, también en el terreno local es posible identificar movimientos y redes organizativas de usuarios de los servicios, sus familiares y militantes, motivadas por herramientas como la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (Chudnovsky y Potenza Dal Masetto, 2010) así como por la Ley de Salud Mental, las instancias consultivas que ésta creó (Ardila Gómez, 2019; Ceriani et. al., 2010; Michalewicz et. al., 2011; Stolkiner, 2012b; Yoma, 2022), que se nutrieron además de motivaciones, experiencias y búsquedas previas, propias de la dinámica misma del campo argentino de la salud mental.

De la combinación entre ese cúmulo de experiencias diversas y las tendencias actuales en salud -que se expresan ante todo en la unidad de los procesos de medicalización y de mercantilización- se presentan los debates en torno a los modos de definirse y auto-definirse de las personas con problemáticas en su salud mental. “Sobrevivientes”, “ex pacientes”, “usuarios”, “consumidores”, “activistas políticos”, “expertos por experiencia”, “personas

neurodivergentes”, entre otras categorías, son algunos de los ejemplos que muestran parte de esa búsqueda por abrir nuevas vías en las que desde el lenguaje mismo para decir lo que se es emerja la posibilidad efectiva de ser otra cosa.

En el caso de la Ley de Salud Mental argentina, la categoría “paciente” se utiliza en aquellos artículos en que se regulan procesos referidos a la internación (artículos 15 y 28). Pero también es utilizada allí la categoría “usuario”, cuyo sentido -distinto al mercantil- aparece más bien asociado a la idea de posibilidad de ejercicio de derechos. Se la menciona en aquellos artículos que refieren a las instancias que la normativa crea para la protección de los derechos de las personas con padecimiento subjetivo, o a las instancias de organización colectiva que los agrupa (artículos 36, 38, 39 y 40).

En consonancia con esa idea del usuario, en el sitio web de la Asamblea Permanente de Usuarios de Servicios de Salud Mental-APUSSAM, se lee:

“¿Por qué usuarios?”
Porque
Pacientes = Pasivos = Esperan.
En cambio...
Usuarios = Activos = Construyen.²¹

Estos procesos permiten por un lado verificar un avance progresivo en los debates del campo respecto de las personas con padecimiento mental que hacen uso de los servicios de salud como sujetos de derechos: hay allí la invención de otra cosa, de algo nuevo, de un sujeto que se piensa a sí mismo y a sus pares conforme prácticas, ideas, lenguajes que lo hacen ser otra cosa distinta. Sin embargo, no puede perderse de vista que los marcos normativos que bregan por la sustitución del hospital psiquiátrico así como los dispositivos alternativos que van creándose para hacerlo posible son ellos mismos también nuevas formas de gobierno que captan y moldean los sujetos/objeto de intervención. En la medida en que propenden a la construcción de ciudadanías activas, inevitablemente guardan mandatos morales y expectativas respecto de las mejores formas en que conducir la vida de los otros.

Queda entonces a la vista la dinámica misma entre poder y libertad tal como propuso pensarla Foucault desde la grilla de la gubernamentalidad. Conforme su dinámica expansiva, el poder hace posible otra cosa; por su parte, las prácticas que le oponen resistencia también se transforman conforme esos movimientos, reinventándose. En cuanto el poder vuelva a captar

²¹ Disponible online <http://asambleadeusuariosdesaludmental.blogspot.com/>. Última visita 27/09/22.

aquellas nuevas relaciones que él mismo empujó a producir, habrá allí nuevas búsquedas de libertad inventándose en otra cosa, en el terreno en que los sujetos entran en vínculo con ellos mismos, produciéndose a sí mismos. Esa unión íntima -que es a la vez un desfase entre el impulso de gestión que es el gobierno de los otros y la invención de sí que es el gobierno de uno mismo- es el movimiento que vendrá a mostrarnos que, aun en la brutalidad de las relaciones de poder, las cosas siempre pueden ser de otra manera (Foucault, 2017; Revel, 2014).

Como corolario, puede afirmarse que las tecnologías de gobierno articulan en su interior prácticas cuyo objetivo es determinar la conducta de los individuos y cuyo resultado es su objetivación, y prácticas que habilitan a los individuos procesos de identificación distintos, donde el pensamiento sobre sí mismo, los modos de nombrar-se, de decidir, de ser, resistir, oponerse, abren la posibilidad de transformarse en otra cosa. La perspectiva de la gubernamentalidad puede ser un gran aporte para dar cuenta de las particularidades de dicha articulación (Foucault, 1999b, 2008b).

4. Recapitulando.

A lo largo del capítulo he intentado dar cuenta de la dimensión de los diagnósticos y las clasificaciones institucionales como parte de las racionalidades sobre las que se sostiene el gobierno de la locura, a partir de distinguir tres grandes esferas o conjuntos que se articulan: el del diagnóstico clínico, el de las clasificaciones institucionales que definen “tipos de pacientes”, y el de la propia experiencia del paciente frente a su sufrimiento y los saberes y prácticas que lo hablan.

A través del debate sobre el estatuto de la “enfermedad mental” como objeto de las intervenciones médico clínicas, reconstruyo la problemática de los diagnósticos psicopatológicos en el hospital, deteniéndome en algunos rasgos característicos que suelen ser desestimados: la variación, las dudas, la carga moral, y el componente subjetivo que entra en juego a la hora de diagnosticar a una persona.

Al considerar que, sin embargo, no son sólo ni principalmente los criterios clínicos los que se ponen en juego a la hora de pensar los abordajes, se consideran otros rasgos, condiciones y enmarques que hacen a la clasificación de los pacientes. La yuxtaposición entre la mirada clínica y otros criterios o determinantes sociales o jurídicos obligan a tomar nota de sistemas

clasificatorios institucionales a partir de los cuales se trazan los tratamientos posibles/deseables/esperables para las personas internadas.

Por último, me interesaba señalar que la definición de lo que el paciente *es* dentro del Hospital no se reduce ni a la dimensión médica ni a la institucional. Haciendo a un lado la perspectiva que convierte todo su comportamiento y sus palabras en elementos explicativos de alguna de las etiquetas que le haya puesto la institución, hay componentes que permiten hablar de procesos de auto-reconocimiento y construcción de la experiencia del sufrimiento que deben ser tenidas en cuenta para tener una idea cabal de la dinámica que adquiere la relación saber-poder-sujetos en el gobierno de la locura. En tal sentido, se reconoce la proliferación de discursos, prácticas, lenguajes que propenden a generar un nuevo vínculo entre el sujeto y aquello que lo moldea y torna tal que se erigen como nuevas vías para la conducción de las conductas, a la vez que podrían habilitar otros modos de “prácticas de sí” posibles en salud mental.

CAPÍTULO 6

Desorden. Prácticas de uso del tiempo y circulación por el espacio.

Tal como quedó señalado en el capítulo anterior, uno de los efectos del despliegue de racionalidades y tecnologías de clasificación en el Hospital es la configuración de un esquema de distribución espacial de las personas internadas a partir del cual se organiza el funcionamiento de la institución y el trabajo de los equipos interdisciplinarios con cada paciente asignado. Me interesa ahora profundizar el análisis de la rutina diaria que a esa distribución le suma la *dinámica del movimiento*, es decir, las circulaciones por el espacio y el uso del tiempo, entendidas como tecnologías de gobierno que, en su funcionamiento, estructuran la vida diaria en la institución y propenden a la conducción de la conducta de quienes la habitan.

En el estudio dedicado a analizar el funcionamiento del poder disciplinario con minucia, Foucault resalta que el modo predilecto de proceder de las tecnologías propias del poder disciplinario es por vía de la reglamentación detallada de la distribución espacial y el uso del tiempo (2014a). Para el caso de las instituciones de salud, además, dirá que se establece un lazo interno entre disciplina y utilidad médica (Foucault, 2008a): la disciplina hace posible el tratamiento y la cura. Las técnicas disciplinarias, antes que plantearse como fin la prohibición y el castigo, buscan permitir, habilitar, promover ciertas modalidades de conducción que faciliten la cura; estructuran el tiempo y organizan el espacio para que eventualmente el alta, la derivación -el nombre que adquiriera la vida por fuera de la institución-, al fin sea posible.

Aquí me interesa analizar esa forma específica de encuentro entre el saber médico y el poder disciplinario que problematiza la locura en tanto *desorden*, definido como momentos o períodos que pueden atravesar los pacientes durante la internación en los cuales no pueden “seguir un hilo” (TS, DC), en los que “hay mucho delirio” (PSC, DC), o “se desordena el cuadro de base” (PSC, DC), situaciones que parten de la psicopatología en torno a las cuales se organizan prácticas –clínicas algunas, no todas- cuyo objetivo de normalización adquiere el sentido de construir un *orden*, *ordenar*, reorganizar lo que se desorganiza en algún momento, de modo de construir las condiciones para que sea posible eventualmente hacer que los pacientes recuperen la capacidad de conducirse apegados a hábitos y rutinas que *estructuren* lo

que la patología desestructura: los horarios, la habitabilidad de los lugares, la realización de actividades.

Por esto, la aproximación a las rutinas, al armado de un calendario, la administración de las esperas, de las salidas o los encierros supone reparar en la dinámica de funcionamiento del tiempo y el espacio que, en primer lugar, señale las formas de intervención cuyo objetivo es el de corregir, regular, permitir o sancionar ciertas conductas en pos de ordenarlas para que respondan a esquemas tenidos por “normales”.

En segundo lugar, permite dar cuenta de las respuestas de los pacientes ante esas modalidades de organización del uso del tiempo y circulación por el espacio. La aceptación o acatamiento de rutinas, la predisposición a la espera, los ilegalismos y modos de sortear las prohibiciones, la oposición a dinámicas coactivas de la libertad de movimiento y acción. Toda una dimensión de las conductas de quienes son objeto de gobierno que también modula el ejercicio del poder, y genera ajustes constantes respecto de lo tolerable y lo manejable dentro mismo de la institución.

En tercer lugar, adoptando como propia la insistencia misma de Foucault sobre esto, es fundamental reparar en las modalidades de registro, anotación, creación de información y datos, correlativas a las dimensiones del espacio y el tiempo. En cuarto y último lugar, atender a la descripción minuciosa de la dinámica de funcionamiento de dichas dimensiones, con todo su cúmulo de escritura, aporta una aproximación valiosa a esa forma específica de articulación entre saber, poder y subjetivación que se sucede en los hospitales psiquiátricos.

Por todo ello, en primer lugar, describo y analizo los modos de utilización/ocupación del tiempo, organizándolo a partir de dos grandes conjuntos: el de las rutinas y el de las esperas. Dentro de las rutinas abarco el conjunto de actividades regladas y preestablecidas, que son comunes a todos y que tienen definidos sus horarios –las comidas, el descanso, la toma de medicación- y el conjunto de actividades que ocupan el resto del tiempo de la internación, así como los momentos de ocio o vacío que configuran la habitual monotonía del paisaje hospitalario. La rutina cumple la función de organizar la cotidianeidad, estructurando el día de modo de que exista un orden. El otro gran conjunto está compuesto por múltiples situaciones de espera: de una visita, de una reunión con el equipo tratante, de la fecha para cobrar, o del alta, como una relación entre quienes esperan y quienes hacen esperar, con funciones y efectos duraderos dentro del hospital.

La rutina y la espera como objetos de análisis permiten estudiar la temporalidad propia de la internación en sus efectos: moldean subjetividades pasibles de ser ordenadas, subjetividades que esperan (Auyero, 2013; Pecheny y Palumbo, 2017). De igual modo habilita lecturas sobre las tomas de posición propia de los sujetos ante esas prácticas reguladoras, reconociendo acontecimientos o momentos de excepción.

En segundo lugar, me detengo en las dinámicas que regulan la circulación por el espacio. Para ello me ha resultado útil establecer dos dicotomías que organizan los modos posibles de habitar el Hospital: una es la que confronta las imágenes de éste como institución de encierro por un lado, y como institución de puertas abiertas por el otro. La otra se articula en la oposición entre lo prohibido y lo permitido para la circulación. A partir de éstas, describo y analizo las formas en que se administran los permisos de salida, las fugas, los acompañamientos terapéuticos, las sujeciones físicas y la custodia policial. Además, puntualizo sobre técnicas que regulan la circulación: la falta de picaportes en las puertas, el uso y la fabricación de llavines para entrar y salir de los lugares, los cercos y las rejas.

En la descripción del funcionamiento de estas tecnologías vinculadas al tiempo y el espacio busco ilustrar la vida cotidiana hospitalaria como estructurándose en función de un objetivo estratégico: la conducción y autoconducción de la conducta de las personas allí internadas. A través de la regulación de estas dimensiones se busca que el dispositivo responda a sus objetivos declarados: curar, externar, proveer herramientas para que una vez conseguida el alta las personas que han pasado por allí sean capaces de conducirse en sus vidas con responsabilidad y autonomía, a través de intervenciones ordenadoras sostenidas en una mecánica de funcionamiento del hospital como dispositivo de gobierno antes que como espacio clínico terapéutico.

1. El uso del tiempo.

Tomando como excusa la confesión agustiniana en la que se señala que si puede ser sencillo saber qué es el tiempo, no es igual de fácil explicarlo,¹ más que una definición del concepto, interesa detenerse en su funcionamiento. El estudio de esa dinámica permite una aproximación a la articulación entre tiempo y poder como objeto de las ciencias sociales

¹ La cita aludida es la siguiente: “¿Qué es, pues, el tiempo? Sé bien lo que es, si no se me pregunta. Pero cuando quiero explicárselo al que lo me lo pregunta, no lo sé” (San Agustín, 2016 [398]: 325).

(Auyero, 2013, Ballesteros et. al., 2017). Relación en la que Bourdieu halla el punto donde se crea la experiencia del tiempo, aquello que lo hace.

(...) el tiempo-cosa, tiempo de los relojes o tiempo de la ciencia, es fruto de un punto de vista escolástico que ha encontrado su expresión en una metafísica del tiempo y la historia que considera el tiempo como una realidad preestablecida en sí, anterior y exterior a la práctica, o como el marco (vacío) *a priori*, de cualquier proceso histórico. Se puede romper con este punto de vista restableciendo el punto de vista del agente que actúa, de la práctica como “temporalización”, y poner de manifiesto de este modo que la práctica no está en el tiempo, sino que *hace* el tiempo. (Bourdieu, 1999: 275. Destacados en el original).

Es importante reparar en la capacidad normalizadora y normatizadora de la temporalización de lo vital; la idea de un ciclo que comienza con el nacimiento, continúa con el crecimiento, la reproducción y finaliza con la muerte ilustra de manera simple esa normatividad del tiempo vital, a la que le es correlativa una estructura temporal diaria – tiempo productivo de trabajo, tiempo libre de recreación, tiempo muerto de descanso- en función de las cuales se supone que la vida se organiza. Según Foucault, los dispositivos disciplinarios han heredado de las comunidades monásticas tres grandes procedimientos “-establecer ritmos, obligar a ocupaciones determinadas, regular los ciclos de repetición-” (2014a: 173), a través de los cuales se regulariza su funcionamiento. El hospital es una tecnología que dispone del uso del tiempo de modo de recuperar ese orden reglado que imita el tiempo progresivo, destinado a actividades específicas con ritmo y reglas para cada una; en fin, lo que es tenido por “normal”, y opuesto ante al “desorden” que significa el padecimiento mental, una forma de anormalidad.

Cuando en el capítulo 4 presenté al lector la dinámica de funcionamiento diario del sector de Internación del Hospital, advertí la coexistencia de ritmos temporales más bien plurales, fruto de esa combinación que se abre entre la organización normalizadora del tiempo propia de la institución, y la experiencia singular del tiempo en cada quien: una rara combinación entre el tiempo “suspendido”, retratado en múltiples escenas de espera y momentos de ocio multiplicados al infinito; un tiempo “monótono”, rutinario y repetitivo que vuelve los días similares unos a otros –a tal hora se come, a tal otra se mira la tele, a tal otra se duerme-; un tiempo “ocupado”, que se compone de diversas actividades, propuestas recreativas, cuyo objetivo es entretener, llenar u “ocupar” el tiempo de manera activa, haciendo cosas que hagan, justamente, que el tiempo “pase”; un tiempo “descalabrado”, en la medida en que no puede percibirse del todo qué día es, cuánto pasó o cuánto falta para que pase algo. Hay entonces diversidad de temporalidades en las que se mueven las personas.

Por momentos el hospital simula ser una maquinaria aceitada, regida por horarios y cronogramas estrictos, combinados con momentos de quietud y suspensión. Hay abandono, tiempo muerto, o vacío; y hay ocupaciones, actividades y escapes. Tiempos disociados, con esquemas rígidos que buscan imponer un orden, con ritmo lento y suspendido, y con momentos de irrupción –pocos- de acontecimientos no habituales que permiten ver relaciones, comportamientos, dinámicas distintas a las esperables y previsibles.

A esos pulsos temporales heterogéneos, hay que sumar el hecho de que el tiempo que cada paciente pase en la institución es indefinido; cuando una persona entra al hospital *no hay nada que indique de antemano cuándo va a salir*, cuánto tiempo le llevará lograr la externación o la derivación. Si es mucho o poco, o si nunca llegará también se experimenta de manera singular, y por ello, fundamentalmente diversa y heterogénea. La institución necesita entonces *uniformar esa experiencia* a través de técnicas ordenadoras y homogeneizadoras, como son la rutina y la espera. Como se desprende del trabajo empírico, la administración del tiempo a través de estas técnicas se revelan tanto como una técnica de poder como un procedimiento de saber: organizan lo múltiple, permiten recorrerlo y dominarlo, habilitan la estructuración de un orden (Foucault, 2014a: 172).

La rutina.

Efectivamente, hay que señalar que la lógica del tiempo del hospital está reglada –no por existencia de un reglamento estrictamente hablando sino más bien por los “usos y costumbres” ya institucionalizados- por un esquema de horarios alrededor del cual se organiza un día cualquiera.

La alimentación es la actividad principal en función de la cual se divide el día en cuatro momentos a partir de los cuales se establece un orden diario: mañana, mediodía, tarde y noche, donde tienen lugar las cuatro comidas. Cada una tiene un horario de comienzo y de finalización estipulado en el cronograma institucional que todos los pacientes deben respetar si quieren comer lo que allí se sirve.

Sin dudas, la mayor circulación de gente en los espacios del hospital se registra en el horario de las comidas, sobre todo al mediodía. A las 12 en punto comienza la peregrinación desde los pabellones al comedor, mientras algunos preguntan qué sirven ese día y afuera, en el hall de ingreso de Consultorios Externos, se arma la cola que espera el carro con las viandas

para los que almuerzan en el *Agudo* aunque ya hayan sido externados o cuenten con permisos de salida extendidos.

Es esa lógica del tiempo la que organiza además la ingesta de la medicación de cada quien, coincidiendo así los horarios de administración de fármacos con los de las comidas. En primer lugar entonces, alimentar y medicar son las tareas que rigen la distribución de horarios. El resto de las actividades -individuales o colectivas- de todo miembro de la institución – paciente o trabajador- deben ser antes o después de éstas.

Además, son actividades registradas: cada historia clínica cuenta con un apartado sobre medicación en el que figura el horario y los fármacos suministrados a cada paciente. Si hubo alguna modificación en ese esquema, también se registra. Si se sospecha que el paciente está eludiendo la ingesta de alguno de sus medicamentos, se toma nota y se buscan alternativas para que lo haga; en general, se disimula mezclándola en la comida o en el agua.

Se piensan estrategias desde las distintas disciplinas, se acuerda como primera medida garantizar la toma de medicación, en almuerzo, camuflado con la comida (HC).

Se sospecha que el paciente no toma el haloperidol. Se habla con enfermería para que controle esto. Se propone que se lo disuelvan en una cuchara para que la toma sea segura (HC).

Cuando los pacientes externados buscan su vianda en el hall, firman una planilla para que quede asentado que retiraron la comida. Si se observa que algún paciente no ingirió los alimentos, también se toma nota y será motivo de consulta de los profesionales del equipo.

A este esquema de alimentación y medicación registrado con detalle se suman luego horarios complementarios igual de importantes en tanto reglan las actividades permitidas para los pacientes a lo largo del día: hay horario para mantener la televisión encendida y horarios en que *debe* estar apagada, y hay horarios en que *se debe* dormir, aunque no se tenga sueño. Desde estas cuatro actividades básicas –comer, tomar la medicación, mirar la tele y dormir- puede decirse que un día en el hospital es como todos los días para todo el mundo.

En las entrevistas con pacientes internados, ante mi pregunta sobre la rutina diaria, todos los relatos se arman más o menos de manera similar, teniendo como referencia los horarios de estas actividades:

... a la mañana me despierto para ir a desayunar (Hugo), yo camino, miro el televisor, me gusta mucho “Morfi todos a la mesa”, y a la tarde la novela extranjera porque no pusieron la argentina (Rosita); después espero el permiso

para irme al Gomecito o al Taller de Serigrafía, y después del taller a las 12, 12 y media vuelvo para el Hospital, porque a esa hora es el almuerzo (Antonio); después del Gomecito tengo que ir a comer, vuelvo al Hospital a comer (Rubén); después venimos acá [su habitación], tomamos mate, hablamos, charlamos, cantamos. Después volvemos al comedor a la merienda... Es como... Yo acá tengo una vida normal (Hugo); yo casi toda la tarde duermo. Si hay algo para hacer voy y lo hago (Antonio); a la noche como y me tengo que ir corriendo a la cama porque la medicación que me dan me duerme, siempre me quedo dormida (Florencecia), a la noche no se puede ver la novela argentina porque apagan el televisor (Rosita); el otro día me agarré a piñas con Cintia, una flaca de pelo por acá, porque querían tener el tele prendido hasta tarde, y yo quiero que sea como abajo, que se apaga a las 9 y media porque a esa hora acá ya quieren que estemos todos dormidos (Florencecia).

Esta estructura temporal que organiza el día tiene como objetivo instaurar una rutina sobre la cual se construya una cotidianeidad ordenada y ordenadora para pacientes cuyos padecimientos provocan, desde la mirada de los profesionales, *desorden*. En varias conversaciones con integrantes de los equipos emerge la idea de que la internación en el Hospital tiene un efecto ordenador, expresión que Mantilla (2010) ha clasificado, junto a otros modismos hospitalarios que forman parte del lenguaje cotidiano, como *intervención difusa*,² en las que es complicado distinguir entre la carga moralizante que conllevan y los fines terapéuticos perseguidos. Por ejemplo, los profesionales me advirtieron antes de entrevistar a Florencecia que ella *se desordena* mucho cuando sale, pero el Hospital la ayuda a *ordenarse*, o que no era conveniente entrevistarme con Justina aquella semana porque estaba muy delirante, que esperara unos días a ver si se podía *ordenar* un poco (DC). La propuesta de horarios estructurados a partir de las actividades que componen “una vida normal” –expresión que usó Hugo la mañana en que hablamos sobre sus días en el *Agudo*- es en ese caso, una técnica que tiene por función lograr una idea de orden, con el objetivo de facilitar que el paciente conecte y construya una rutina propia de la vida cotidiana y que luego pueda sostenerla cuando esté afuera.

- Yo acá tengo una vida normal.
- ¿Qué sería para vos una vida normal?
- una vida normal es levantarte, bañarte, desayunar, hablar con tus amigos acá. En tu casa, hablar con tu familia mientras toman mate, dicen qué van a comer, o si se van a comprar alguna ropa, o si falta algo para la casa, viste. Todas esas cosas. Pero acá hablamos entre nosotros, entre los amigos. (Hugo).

² Además de estas “intervenciones ordenadoras”, la autora menciona expresiones como “armar el afuera” o “trabajar, que algo se trabaje”, y en las que se condensan las tensiones morales propias de las miradas e intervenciones *psi* que se suceden en los hospitales psiquiátricos (Mantilla, 2010: 216).

Además de cumplir la función de “ordenar” y “enseñar” a armar una estructura diaria propia de lo que se considera normal, esta estructuración del uso que hace del tiempo de la internación cada paciente adentro del Hospital evoca la función de relevo o reemplazo de la tarea de organización del tiempo de cada quien. La institución decide, establece rutinas y horarios y, al hacerlo, impone hábitos que de cierto modo expropian a los pacientes de la capacidad de decidir, a la vez que los exime de ese trabajo, algo que en algunas circunstancias puede resultar liberador de una carga. Y ello es así en la medida en que la rutina se refuerza al construir costumbres adquiridas que no requieren reflexión o decisión.³ Algo de eso puede leerse entre líneas en las palabras de Jaime, quien lleva casi 2 años de internación:

- por supuesto que me gustaría más estar en casa, estar en mi casa, que es un hogar. Y poder tener *límites que son naturales, como los que se plantean acá*, de los psiquiatras y todo eso. De los horarios... *Si salís tenés que andar pensando, tenés que armarte un tiempo*, no es fácil. Yo estoy en mi casa, organizo todo yo y listo. El que no está, se va. [Se ríe] (Jaime. El destacado es mío).

Para completar esta estructura horaria que conforman las comidas, la medicación, la tele y el sueño, hay una serie de actividades complementarias. Éstas pueden tener objetivo clínico terapéutico o simplemente estar destinadas a ocupar el día, reduciendo los prolongados momentos de ocio. Entre estas actividades, algunas tienen lugar dentro del sector de Internación. Comúnmente en el patio, aunque también se destina el hall/espacio común en la planta baja de los pabellones, o alguno de los consultorios en los que trabajan los profesionales. Ejercicios físicos, talleres de lectura y costura, espacio de mateadas, y clases de alfabetización tienen lugar con frecuencia semanal en alguna de estas instalaciones. La participación de los pacientes es más bien fluctuante, salvo las clases de alfabetización, que se hace con dos participantes fijos; una es la alumna, y otro, un viejo profesor que se ha sumado al equipo docente, compuesto por estudiantes de psicopedagogía responsables de las clases. En el resto, la propuesta es establecer días y horarios fijos, pero la participación es libre, abierta a quien quiera. Los ejercicios físicos, a cargo de pasantes de kinesiología, son coordinados junto con los profesionales de los equipos –aunque no en todos los casos-. Los abordajes que se hacen allí son de 1 a 1 y, como casi todo dentro del hospital, se hace dificultoso sostener dinámicas

³ La definición de Rutina en el Diccionario de Oxford dice: “*Hábito adquirido de hacer las cosas sin necesidad de reflexión*”.

colectivas de trabajo. Los estudiantes realizan tests a los pacientes que participan, a partir de los cuáles establecen objetivos de trabajo, y proponen diversos ejercicios. Pueden tener que ver con rehabilitación muscular, de posturas, movimientos, u objetivos de socialización o del comportamiento abordados a través del juego y la actividad física.

Luego, otras propuestas extrahospitalarias se abren como posibilidades para pacientes que tienen permiso para salir de la institución: talleres de formación en oficio, de arte, construcción de objetos, de costura, o simplemente actividades recreativas, de música, baile o lectura. Talleres en diferentes dispositivos que trabajan con personas con problemáticas de discapacidad o salud mental y ofrecen alternativas que, en algunos casos, además pueden generarles ingresos económicos. Una beca o programa, ventas colectivas en ferias organizadas por la Municipalidad, u organización cooperativa con subsidios que permiten mínimas contraprestaciones se transforman en alternativas que, además, requieren de recursos para sostenerse: gestiones del equipo interdisciplinario, un acompañante terapéutico como soporte para sostener la asistencia y participación, entre otros.

Considerando la muestra trabajada, de 54 pacientes, 31 de ellos participan de alguna de las actividades propuestas. Los pacientes *penales* están exceptuados de todas ellas; del resto, varios no se involucran porque no les interesa, porque no se les es propuesto, o porque no tienen los apoyos que necesitarían para poder acudir y sostener una participación. Como ya se señaló en el capítulo 4, el Centro Cultural Gomecito ocupa un lugar importante en la oferta de espacios para la realización de talleres artísticos y actividades recreativas, o simplemente un espacio para estar, y que éste no sea sólo el patio de la Internación, o el hall del pabellón.

Al reflexionar sobre el tiempo y el sentido de la existencia, Bourdieu (1999) señala que aquello que llamamos tiempo se elabora en la articulación entre las esperanzas o expectativas en tanto disposición subjetiva de las personas frente al mundo, y las posibilidades de que el mundo las cumpla, es decir, la tendencia objetiva, el marco, lo dado. La forma en la que experimentamos el tiempo depende del modo en que esa relación tiene lugar, que se presenta siempre de manera desigual. Siguiendo esa línea de reflexión, puede decirse que esta agenda de ocupación del tiempo busca de alguna forma “dar contenido” a los días en que se atraviesa una internación; generar tanto una “disposición subjetiva” como una gama de “oportunidades”. Y ello es así, y cobra sentido sobre todo en aquellos pasajes breves o intervenciones estabilizadoras en la Internación que rápidamente encuentran continuidad en otros lugares. El problema es cuando se prolongan, lo que provoca además que eventualmente esas mismas actividades también se rutinicen.

Incluso considerando este amplio abanico de propuestas y la búsqueda bienintencionada de dar sentido al pasaje por la internación, lo que existe dentro del hospital es mucho tiempo disponible para hacer *nada*, y poco espacio disponible para pasar el tiempo de una manera más o menos agradable. Por eso, aun cuando se trata de pacientes que realizan muchas actividades –dentro y fuera del hospital- en sus relatos se destaca la monotonía, la abulia, el aburrimiento, la falta de lugares donde ir y de cosas para hacer.

- *¿y hay cosas para hacer en el hospital durante el día?*

- no hay una mierda. Ni los libros dejaron. (Florencia).

- *¿y el resto del día ya te quedás ahí o haces otras cosas?*

- y a la tarde... sí, no hago nada. Me quedo aburrido, duermo, estoy como... Antes trabajaba en la vigilancia, y yo ayudaba a un vago a hacer pizza, pizzeta. Antes cuando estaba en mi casa.

- *no hay mucho a la tarde para hacer en el hospital, ¿no?*

- no. Sí, se toma mate, se está ahí, más al pedo que oreja de sordo. (Antonio).

- Y a la tarde se hace un martirio, porque no pasa nunca el tiempo, no tengo nada para hacer.

- *¿no volvés a salir?*

- no. *No tengo donde ir.* (Rubén. El destacado es mío).

- *Rosita, vos que tenés permiso los domingos que vas al cine, ¿durante la semana no salís nunca?*

-no.

- *¿no te da ganas de salir?*

- *¿a dónde voy a ir?* Yo me quiero ir a mi casa. (Rosita. El destacado es mío).

- *¿y hacés alguna actividad acá?*

-no, no puedo, como estoy sin plata y estoy internada, no puedo. La doctora tiene miedo que salga sola y me atropelle un auto, porque no veo. Necesito un acompañante para guiarme por las calles.

- *claro ¿No haces talleres en el Gomecito o algún lugar así, por ejemplo?*

- y no puedo ir tampoco porque no tengo quien me acompañe.

- *¿y entonces que haces acá durante el día?*

- y nada. Fumo. (Lorena).

Me senté en una mesa [del patio de Internación] y pasó un viejito que siempre veo en el patio. Se sentó en la mesa de al lado. Me fui a sentar con él. “*No te quiero dar la espalda. De paso nos hacemos compañía*”. Me dice (porque se lo pregunté) que se llama Nacho, y que estuvo cuatro meses internado en el Pabellón 2. “Ahora no estoy más, pero hago hospital de día”. Ya está externado viviendo en su casa con su mujer, y como ella trabaja durante el día, y el médico no lo deja quedarse solo en la casa, va al Hospital de lunes a viernes. A veces lo veo en el Gomecito. En general, está solo, y no habla mucho.

- *¿Y te gusta venir acá a pasar el día?*

- Eh... *no hay muchos lugares más donde estar.* (DC. El destacado es mío).

Estos relatos dan cuenta de que no es sencillo romper con la concepción vacía del tiempo, ni con el ritmo lento de la Internación, ni con la planicie como manera de vivirlo. Sin embargo, hay acontecimientos que irrumpen en ese tiempo congelado. Como una bocina que anuncia el comienzo de algo diferente, que no va a prolongarse por mucho tiempo, pero igual sucede y hasta puede dejar un buen recuerdo. Esa misma mañana que conocí a Nacho, por ejemplo, mientras conversaba con él, vi salir del pabellón 3 a Mario junto a su psicólogo; iba rumbo al pabellón 2 cargando un bombo y una guitarra. Los seguí hasta el hall de la planta alta donde se festejaba el cumpleaños de Marisa, otra paciente. Una mesa larga completa de mujeres y unos pocos pacientes varones, con las enfermeras del piso y algunos profesionales, formaban una ronda que cantaba canciones y aplaudía. Ya me había tocado estar en otros festejos en Internación –de primavera y de cumpleaños- que me habían transmitido una sensación francamente triste, cuando no patética. Pacientes en silencio comiendo pastafrola y otros haciendo fila para conseguir su porción y retirarse a su habitación. Pero el cumpleaños de Marisa era distinto, había un clima festivo, y los cantos se escuchaban en el resto del hospital. La gente se reía, y Marisa miraba su torta con expresión de orgullo. Todos hacíamos palmas con el ritmo discontinuo del bombo que agitaba Mario, que no acompañó ni una vez con la guitarra, pero no importaba. Una enfermera con una voz hermosa cantaba folklore y al final del tema abrazó a Marisa. La escena era alegre, hasta conmovedora.

Cuando me fui del hospital ese día unas horas más tarde, Mario, que había tocado el bombo efusivamente toda la mañana, ya estaba borracho en la puerta del pabellón 3; casi como una muestra de que al fin de cuentas, la rutina siempre acaba retomando su forma habitual.

La espera.

Si hay algo que permite revelar los modos de gobierno de la locura en las instituciones de internación por salud mental, eso se llama *esperar*. La espera es una forma privilegiada para estudiar el vínculo que se establece entre tiempo y poder (Bourdieu, 1999), y esto es así porque allí se puede ver con claridad la interacción entre sus dos componentes: el que espera y el que hace esperar (Pecheny, 2017). Pues, tal como señala Roland Barthes en uno de sus *Fragmentos de un discurso amoroso*, “*hacer esperar es una prerrogativa constante de todo poder*” (Barthes, 2014: 140).

Las escenas de espera se han constituido en un interesante analizador para acceder a las dinámicas de interacción social que se establecen entre los individuos en diferentes contextos o ámbitos sociales. Investigaciones como la de Javier Auyero (2013), o las compiladas por Mario Pecheny y Mariana Palumbo (2017) realizan un aporte en este sentido desde las ciencias sociales. La primera estudia situaciones de espera vinculadas a trámites en diferentes reparticiones estatales, y las segundas reconstruyen en sus detalles escenas de espera en dimensiones de la vida cotidiana vinculadas a la salud, el dinero y el amor; ambas líneas investigativas tienen en común el objetivo de explicar esas esperas como relaciones de poder naturalizadas. En vínculo con la estratificación social que las determina, o estudiadas en los efectos que generan, muestran su riqueza como objeto de reflexión sobre el poder.

En línea con esas investigaciones, lo que busco aquí es reconstruir algunas escenas de espera así como recuperar los relatos que reflejan cómo ésta es experimentada, tanto desde el punto de vista de los pacientes –quienes siempre son conducidos a esperar- como desde el ejercicio de poder que despliegan los profesionales -invertidos en la función de hacer esperar- (Pecheny, óp. cit.). Con ello doy cuenta de la función de gobierno de tecnologías naturalizadas como la producción y administración de las esperas.

Una escena introductoria para graficar el funcionamiento de la espera en el hospital tuvo lugar una mañana en que tenía pautada una entrevista con un trabajador social. Al llegar al consultorio, estaba ocupado con un paciente; frente a la puerta de su oficina, la escalera que lleva a la planta alta del pabellón 3 me resultó un buen espacio para sentarme y esperar. Para mí no era un problema esperar; al contrario, estar en los pasillos esperando propició en muchas ocasiones encuentros informales en que afloraban charlas que me permitían estar al día con el trajín cotidiano de Internación. Alrededor de las puertas de los consultorios además suele agolparse gente que espera, porque en cuanto se abra la puerta y asome algún integrante del personal, es momento de hacer el pedido que motivó la espera: en general, se trata del permiso de salida, aunque también puede ser una consulta u otro requerimiento. Esa mañana me quedé en silencio en la escalera, sin hablar con nadie, esperando mi turno de pasar al consultorio, y así es que al momento en que se asomó una psiquiatra del consultorio contiguo, y mirando a ambos lados del pasillo gritó un apellido, detuvo la mirada en mí, que le sonreí desde el pie de la escalera. Devolviéndome la sonrisa, me preguntó: “-¿estás entrando en personaje?” (DC).

Tomo nota de su frase: ser paciente del hospital implica sentarse a esperar, en general en silencio, mirando a la nada, hasta que alguien aparezca y por fin, llame su nombre. La espera

es una condición objetiva y objetivante que caracteriza la existencia y cotidianeidad de las personas internadas en un hospital psiquiátrico.

Precisamente, los espacios de provisión de servicios de salud son escenarios más que propicios para la espera (Ballesteros et. al., 2017), algo que, además, permite señalar el carácter determinante que adquiere *el lugar* donde la espera sucede para reflexionar en torno a los diferentes modos que ésta puede adquirir (Auyero, 2013): el hospital público es un lugar privilegiado para observar diversas respuestas posibles ante el planteo de la espera (Damín, 2014).

Tal como indica el trabajo de Ortega y otros, el tiempo de espera suele ser objeto de análisis para estudios que se preguntan por el acceso y la calidad del servicio de las prestaciones de salud, y sus hallazgos suelen proveer buena información para políticas destinadas a mejorar esos indicadores (Ortega et. al., 2017: 129). Pero, siguiendo con la propuesta de estos autores, las motivaciones son distintas cuando lo que está en el centro del interés es preguntarse cómo se experimenta la espera en un plano subjetivo: qué emerge de las situaciones de espera que la convierten en un objeto particular para abordar las relaciones de poder que se tejen en esos espacios. Si Auyero destaca la sobredeterminación del lugar, en este caso vale sumar la sobredeterminación del diagnóstico: encierro y locura se vuelven dos componentes importantes para aproximarse al funcionamiento de la espera en el hospital psiquiátrico. Allí, los pacientes no esperan sólo ser atendidos; más bien tienen que esperar *para todo*. Para bañarse, para salir de la cama, para que les permitan hacer una llamada telefónica, para hacer un reclamo. Ni hablar de la espera transversal a todo proceso de internación: la del otorgamiento del alta.

Hacer esperar es parte de una regla de funcionamiento internalizada por todo el personal del hospital, institucionalizada al punto tal que, aún en situaciones en las que podrían evitarse, igual se hace esperar. “*Esperá que estoy ocupado*” debe ser la frase más utilizada en las mañanas del dos-diecisiete, aunque a veces sólo se esté haciendo tiempo para ir a hacer un trámite, o tomando un mate, o revisando el teléfono, demostrando así que hay ocasiones en que el ejercicio del poder es más automático que intencional (Pecheny, 2017: 30).

Hay momentos de crisis en que queda explícito el riesgo inminente de pasaje al acto de una persona que atraviesa una internación, situaciones que no admiten espera y obligan a la intervención inmediata. Exceptuando esas escenas, la dinámica institucional que propende a hacer esperar por todo, se vuelve incapaz de distinguir los momentos en que prolongar la espera

es igual a prolongar dolor, malestar, o hacer de la situación de espera algo denigrante para el paciente.

Una paciente, no conozco su nombre, se acercó al dos-diecisiete:

-me duele la muela.

MED: *ah pero odontología está de vacaciones, vuelve en 3 semanas.*

- pero me duele.

MED: *bueno, pasá por enfermería y pedí ibuprofeno. Yo ahora aviso que vas [mientras permanecí en el dos-diecisiete, no avisó] (DC).*

Vino una paciente (la misma que la semana pasada tenía dolor de muelas, no recuerdo su nombre), con una muestra de caca en un frasquito, que le tiene que dar a la médica clínica de la tarde.

PSQ: *¿eso es materia fecal? Bueno, bancala ahí. Tenela con vos que la doctora llega en un ratito. (DC).*

En otra ocasión, estaba entrevistando a una psicóloga hasta que tocan la puerta de su consultorio y, sin pararse, grita en dirección a la puerta: “*Un segundo Pamela*” (aún sin verla, ya sabía quién era la paciente que estaba esperando en la puerta). Un minuto y medio después, vuelven a golpear la puerta: “*estoy ocupada Pamela, más tarde. Más tarde, esta Amalia [la psiquiatra de su equipo] abajo*”. Al minuto, tercer intento. Allí, mi entrevistada se para y abre la puerta: “*Estoy muy ocupada, Amalia está abajo, Amalia está abajo. Dale, buscala donde está. Buscala donde está, estoy ocupada*”. Pocos segundos separan un nuevo llamado de otro, hasta que en la sexta oportunidad, vuelve a pararse: “*en una hora, que estoy ocupada. En una hora, en una hora. Estoy ocupada. En una hora. En una hora, en una hora*”. Entonces pregunto:

-*¿querés atenderla? Yo puedo volver otro día.*

- No no, está bien, *tiene que saber esperar (PSC).*

De modo que en la administración de la espera vuelve a ponerse de manifiesto esa tarea propia del hospital psiquiátrico que es *ordenar*: hacerle saber al paciente que su equipo no está disponible todo el tiempo ni en todo momento en que éste lo requiere. *Enseñar a esperar* es parte de la función ordenadora; la incorporación de una idea *real* o *normal* de cómo funciona el tiempo queda expresa en esa interacción. De nuevo, el intento moralizante de una idea de cómo “funcionan las cosas afuera”, de los códigos que rigen la vida cotidiana toman lugar.

Antonio es un paciente cuya estadía en el Hospital se estructura a partir de la(s) espera(s); prácticamente todas las notas en que he documentado su vida cotidiana tienen que ver con ellas. Debe ser, además, uno de los pocos pacientes que usa reloj en su muñeca. En

primer lugar, hay que señalar que se trata de una persona con dificultades para construir una cronología de los hechos que componen su vida, mezclando todo el tiempo en sus relatos el pasado y el presente, y en un sentido más general, una idea del tiempo:

- Yo la verdad los años que tengo, creo que tengo 47. No sé si tengo más o tengo menos. Porque yo soy incapaz de la realidad (...) En el Agudo Ávila hace 3 años que estoy, dicen que son 7, no sé, yo lo que recuerdo es que son 3 (Antonio).

Los martes y jueves, Antonio acude a un centro cultural donde realiza un curso de Gastronomía. Para llegar, tiene que tomarse un colectivo, pero como no puede memorizar el recorrido, va en compañía de su AT, Ramiro. Si bien el curso comienza a las tres de la tarde, desde las 9 de la mañana es usual encontrar a Antonio esos días sentado en una de las mesas del patio esperando a Ramiro, porque tiene que ir al curso. Antonio espera para ir a una de las actividades que más disfruta, porque cuando era joven trabajó en gastronomía y conoce el rubro, y porque también lo ayuda ocupar el tiempo haciendo cosas, acortando así el resto de sus esperas. Estando en el curso, suspende por un rato su rol de paciente, y habita otro lugar con otra función. Las esperas de Antonio escenifican una temporalidad suspendida, en las que poco importa si el tiempo cronológico que pasa entre que se sienta a esperar por Ramiro y hasta que se concreta su salida con él es de una hora o de cinco; en general las lleva mostrándose impávido. De vez en cuando, y a lo largo de esas horas, chequea su reloj para corroborar que el acompañante no se olvidó de ir a buscarlo.

Después de cobrar –algo que en general, no es objeto de su espera, pues hace uso casi nulo del dinero que cobra de su pensión mensual-, Antonio se dedica a esperar a su hija. Sabe que en algún momento pasará por el Hospital a pedirle parte de lo depositado -un porcentaje que le corresponde por filiación-. Nunca se sabe cuándo pasará, así que Antonio espera, siempre con los billetes ya separados y preparados.

La madre de todas las esperas es para él –al igual que para varios otros pacientes- la del alta. Promediando 4 años de internación, aparece en su historia clínica el primer registro de posibilidad de externación evaluado por el equipo tratante. En el mismo documento, se consignan sus crisis de angustia por no poder irse: “*Refiere querer irse, que no aguanta el hospital, que le hace mal, que no puede descansar*” (HC); “*Episodios de llanto y angustia por querer irse del hospital. Lo nombra como “la jaula”*” (HC). En nuestras charlas en el patio, que son casi diarias, es recurrente el comentario sobre las ganas que tiene de irse y lo podrido que está de estar en el Hospital. Que si no lo dejan irse “*le va a agarrar la locura*” (DC).

- Y me siento mal, porque a mí los años se me van, se me van y no hacen nada. Ya me gustaría irme. Ya no se hace cuánto verdaderamente que estoy acá.

- Reniego porque no me dan el alta, no saben dónde llevarme... Yo me quiero ir con mis hijos.

[Silencio]

Yo creo que ya estoy para el alta. Y hacer las cosas como se debe, que se yo.

Volviendo a la meditación pascaliana sobre el mundo social y el tiempo, Bourdieu señala que cuando no hay posibilidades de desarrollar una *illusio*, un interés, algo que movilice y otorgue sentido a la existencia en tanto se interviene en un juego –de la vida-, no hay posibilidades de constituir un porvenir. Esa referencia práctica de la que se hace el tiempo, que es el tiempo según nuestro autor, se manifiesta atada a la espera, al tedio, a la nostalgia, a la impaciencia, el descontento, cuyo resultado es la falta de una idea de porvenir. La historia de Antonio remite a aquellos *hombres sin porvenir*, categoría que hace alusión a aquellas porciones de la población privadas de un universo objetivo que oriente la acción, la estimulen, propendan a la inclusión en el mundo social, den sentido a la existencia.

(...) la pérdida de las posibilidades asociada a las situaciones de crisis implica el hundimiento de las defensas psicológicas, y (...) ello se traduce en una especie de desorganización generalizada y duradera del comportamiento y el pensamiento vinculada al desmoronamiento de cualquier objetivo coherente relacionado con el porvenir. (...) de este lado de cierto umbral de posibilidades objetivas, la disposición estratégica, que supone la referencia práctica a un porvenir, a veces muy alejado (...) no puede constituirse (Bourdieu, 1999: 293).

El tiempo suspendido, la sensación desesperada y a la vez resignada de que allí *se pasa la vida sin que nada suceda*, obliga a revisar la experiencia subjetiva de cómo se atraviesa y se vivencia esa temporalidad porque, más que pasar inadvertida, la experiencia subjetiva frente al tiempo en el hospital psiquiátrico es re-codificada en una clave clínica, o directamente patologizante. Tanto si el paciente toma una actitud pasiva frente a la espera, o si es “querellante” y “no sabe esperar” –modismos hospitalarios utilizados para el registro de la experiencia de la espera-, ambas cosas son explicadas en base a su cuadro psicopatológico. Para el caso de Antonio, según su equipo, el principal obstáculo para que logre la externación es él mismo. La actitud resignada y paciente ante la espera del alta que no llega es leída clínicamente:

- Antonio no puede terminar de salir porque fantasea con volver a su vida pasada, algo imposible porque su ex mujer ya no va a recibirlo en su casa (AT-DC).

- Para intentar la externación, Antonio tiene construida una buena red de dispositivos alternativos, participa activamente en muchos lugares. Pero en cuanto a lo familiar, no tiene nada. El problema es que él no lo acepta (AT-DC).

En las ocasiones en que rompió la monotonía y agotó su paciencia ante la espera, hizo carne su advertencia amenazante y *le agarró la locura*, protagonizando episodios de violencia de los que salió a fuerza de medicación compulsiva, o con una mano fracturada:

Rompe a golpes la puerta del dos-dieciséis (HC).

Queriendo escaparse agarra a PSQ del cuello y la aprieta contra la pared (HC)

El paciente habría tenido un episodio de heteroagresividad en la entrada del hospital que motivó intervención policial (HC).

Enfermería pide a guardia que revise al paciente. Presenta mano izquierda con edema, dolor e impotencia funcional. Refiere con discurso delirante que fue agredido en el día de ayer. Se pide RX en la mano izquierda (HC).

Luego se constata que tiene una fractura que le hizo un enfermero intentando ponerle medicación intramuscular, a la que él se resistía (DC).

Someterse a una espera prolongada sin tiempo de finalización aparente, sin *porvenir*, termina siendo su única posibilidad. Mientras tanto, hace tres años que, durante algunas de las salidas que comparte con Ramiro, ocupa el tiempo en recorrer pensiones y hoteles, sosteniendo la expectativa en conseguir una habitación y que pueda lograr el alta definitiva para, por fin, irse del Hospital. El efecto paradójico de la dinámica institucional es ser *a la vez* la que corroe la posibilidad de una articulación virtuosa entre las esperanzas (como disposición subjetiva) y las posibilidades (en tanto condiciones objetivas), y la que intenta restituirla.

2. La circulación por el espacio.

Desde la perspectiva disciplinaria del poder, la organización del espacio hospitalario atiende a necesidades variadas: vigilancia, utilidad, sanción o cura, todas son posibles al mismo tiempo en la medida en que la distribución se ajuste a determinadas características arquitectónicas, garantice el ejercicio del registro y regule la disposición física de sus miembros, es decir, *ordene*. Se expresa en una doble función de establecimiento de espacios fijos para cada quien así como de las circulaciones (Foucault, 2014a). Si en el capítulo 4 mencioné las formas

en que se organiza la distribución espacial, aquí me interesa enfocarme en la circulación y el movimiento.

Es que, así como existen una serie de mecanismos de regulación del tiempo, con el establecimiento de rutinas y la administración de las esperas, la circulación por el espacio no se limita a una cuestión de fronteras visibles que impone el Hospital –la reja que rodea el perímetro, la puerta con porteros-; más bien se sirve de una serie de técnicas que regulan el movimiento, y que implican la organización de actividades y comportamientos: la gestión y uso de los permisos de salida, la recurrencia a la fuga, la falta de picaportes en las puertas, así como los modos de sortear los obstáculos para la circulación, entre otras.

De la misma manera en que existe una rutina con objetivo normalizador y ordenador, los principios que rigen la circulación por el espacio también cuentan con una serie de normas que buscan reglar y dar fisonomía al hospital: hay circulaciones permitidas y las hay prohibidas; hay encierros y hay puertas abiertas. De la mano de esas dos dicotomías se ordena a continuación una descripción y análisis de las técnicas enumeradas.

Una primera cuestión a tener en cuenta es que el hospital es mencionado por las autoridades y los trabajadores como una *institución de puertas abiertas* en la que rige el principio de libertad ambulatoria. Esto puede encontrar al menos tres razones o fundamentos: una, porque antes existía un muro que cerraba su perímetro, sobre la calle Santa Fe. Como parte de las reformas edilicias que se hicieron a partir del año 2000, ese muro fue reemplazado por una reja que se extiende desde los extremos de un edificio al otro, y hace posible que desde el hospital se vea la calle. La segunda es que, considerando la normativa vigente que regula las internaciones, un paciente puede pedir el alta voluntaria y retirarse de la institución.⁴ La tercera es que el hospital ha ido incorporando de modo progresivo la gestión cotidiana de permisos de salida que habilitan la entrada y salida de pacientes, con un objetivo fundamentalmente terapéutico. De modo que los permisos son ya una práctica habitual.

Sin embargo, saltar la reja, irse sin permiso, o irse con permiso y no regresar en el horario o día acordado son acciones recurrentes que constan en la casi totalidad de las historias clínicas de los pacientes internados.

- La fuga es posible porque es un hospital de puertas abiertas, entonces bueno, más allá de una custodia o de un cuidado especial, digamos...

⁴ Ejercer ese derecho no es así de sencillo como solicitarlo, sobre todo si no se tiene otro lugar a donde ir. Si la situación lo amerita, también puede recurrirse a la evaluación de riesgo a través de la cual poner en marcha el mecanismo de las internaciones involuntarias (art. 20, Ley 26.657).

- pero para pasar del otro lado te tienen que abrir.
- y pero saltan la reja.
- entonces no es que la puerta esté abierta, sino que se quieren ir y saltan la reja.
- exactamente (PSC).

Puertas abiertas no es, estrictamente hablando, *que la puerta esté abierta*. De hecho, no lo está, ni el acceso a la calle es directo, ni cualquiera tiene permiso de salida, ni mucho menos abundan los pacientes que se retiran voluntariamente. Las circulaciones, como todo lo demás, están lejos de ser fruto del azar, o sujetas sólo al libre deseo de quien busca moverse. Al contrario, están reguladas, y hay múltiples mecanismos para su administración, así como ilegalismos, atajos, resistencias y rupturas de las fronteras, que también forman parte del paisaje cotidiano de la Internación.

Circulaciones permitidas y circulaciones prohibidas.

Los modos en que se habilita o limita el movimiento pueden ser imperceptibles o bien explícitos. Entre los primeros, es preciso mencionar la falta de picaportes en las puertas de la institución cuyo fin es impedir que cualquiera las abra y cierre salvo que cuente con un objeto creado para ello —el “llavín”—, el perímetro físico con rejas y alambrado que cerca el área de internación marcando así la superficie habilitada para la circulación de quienes no salen -- porque no pueden, porque no les es permitido, o porque no quieren-. Entre los segundos se hallan aquellos modos más cercanos al cariz coactivo que habita todo ejercicio disciplinario del poder, que buscan custodiar o impedir el movimiento, como lo son la contención física —mecánica o química- de un paciente o la vigilancia ejercida cuerpo a cuerpo —la penitenciaria de los pacientes penales, aunque también la de seguridad privada y del personal administrativo de la institución-.

Las puertas sin picaporte implican que sin un llavín no hay cómo circular por el hospital. Las argumentaciones acerca de por qué las puertas no pueden abrirse y cerrarse sin más combinan criterios de seguridad con criterios clínicos/de cuidado: porque el trabajo con *el límite, la prohibición*, el decir “no” tiene, otra vez, un propósito *ordenador*. El paciente necesita ser “enmarcado”, trabajar la idea del límite, poder diferenciar lo que se puede hacer y lo que no. Otras razones son que hay que evitar el ingreso a habitaciones donde se guarda dinero o medicación, evitar robos, evitar interrupciones en el trabajo en consultorio, evitar que los pacientes irruman en espacios que están reservados para el personal, o evitar accidentes.

La falta de picaporte es señal de una prohibición pero, sobre todo, lo que dice es que para circular o acceder a ciertos lugares se necesita de la autorización de alguien más. El llavín permite un ordenamiento jerarquizado del movimiento por el espacio; hay quienes lo habilitan o no lo habilitan en la medida en que cuentan con el artefacto y deciden cómo usarlo. Es el ejercicio de un poder que regula el movimiento, y que, además, se aparece como algo totalmente lógico. ¿Cómo no van a cerrarse las puertas? ¿Cómo no se va a impedir que los pacientes puedan acceder a los lugares en cualquier momento, sin acompañamiento, sin supervisión?

- no tener picaporte no le impacta a cualquiera eh. Hay gente que no le importa, que nunca se va a poner a pensar "¿cómo se hace para circular por el hospital?". Mi compañero, el psicólogo que era parte del equipo con el que yo trabajé durante 10 años, hasta el día de hoy no tiene llavín. Resistió al llavín hasta el día de hoy. Ahora, *siempre dependió de otro para circular* (TS).

Durante los primeros meses de trabajo de campo en el hospital, para acceder al dos-diecisiete tocaba la puerta, pidiendo permiso entre los pacientes que esperaban ahí, y cuando decía mi nombre, alguien del otro lado abría con su llavín y yo era la única en pasar. Si nadie atendía, me quedaba en la puerta hasta que alguien apareciera y me dejara entrar. Algunos meses después, y habiendo ganado confianza y dado cuenta de mi “buena conducta” entre los autorizados a abrir puertas, me dieron mi llavín. Fue como una especie de bautismo.

La noticia del día es que estando en la mesa tomando mates con algunos pacientes, vino la médica y me dejó un llavín que mandó a hacer para la gente nueva del hospital. Estoy autorizada para circular por mis propios medios. Antonio estaba contento por mí. Me dijo, como felicitándome, “*ahora podés abrir todas las puertas*” (DC).

El llavín se usa en la institución desde siempre. Una crónica de una enfermera en la revista *Registros* (2012), narra cómo a la edad de 5 años [50 años atrás] su madre, enfermera empírica del viejo pabellón de mujeres, a veces la llevaba al hospital y recuerda cómo recorría un caminito alambrado a ambos costados, finalizando en una puerta que se abría con llavín. Todas las puertas se abren con llavín, y “*es todo un tema el asunto del llavín*” (ENF), porque si no hay otra manera de circular, “eso da lugar a las más variadas búsquedas de alternativas: “*¿los usuarios cómo te crees que circulan?*” (TS). Fernando por ejemplo se fabricó uno con un cepillo de dientes; con eso podía escaparse por la noche y volver a la madrugada, abría la puerta sin tener que pedir ayuda a otra persona, y así lograba que nadie tomara cuenta de su ausencia, salvo que Enfermería lo advirtiera en el *report* de la noche.

Cuando no hay llavín, ni otras posibilidades de franquear la frontera de Internación, la única alternativa posible es limitarse al terreno de este sector. Los pacientes “deambulan” por donde pueden. Rosita, por ejemplo, camina “todo alrededor”. Uno de los pacientes penales corre por el perímetro haciendo ejercicio, incluyendo las rampas y escaleras que están al ingreso de los pabellones. El recorrido completo no debe superar los 200 metros. Si bien las dimensiones de los espacios de recreación no son amplias porque, en los papeles, la institución atiende casos de crisis y brega por internaciones breves, ya se ha señalado que ese no es el caso; en cambio, la estadía de los pacientes se prolonga en el tiempo por varios años en un lugar cuyas instalaciones son verdaderamente pequeñas y poco propicias para favorecer la circulación y el movimiento para el ejercicio o para pasar los momentos el ocio.

Además de ser una superficie pequeña, se tiende a que los espacios de los pabellones queden reservados a los pacientes de ese único pabellón. Es decir, se trabaja con el criterio de que los internos del 2 no “deambulen” por el 3 y viceversa, y si bien es un principio que suele respetarse, como durante el día y hasta las 19hs las puertas de ingreso a ambos permanecen abiertas, en tanto se advierte la presencia de un intruso, es “devuelto” al patio para evitar enfrentamientos, robos u otros hechos de violencia. Estos conflictos, sin embargo, se multiplican por doquier.

Hay lugares puntuales que tienen *porteros* que regulan el ingreso, el movimiento y la salida. Los custodios del sistema penitenciario ocupan el espacio común de la planta alta del pabellón 3, y si se asoma alguien por el descanso de la escalera, enseguida se arriman para preguntar a quién están buscando o si se necesita algo. Un día sentada en ese hall, en silencio y con la compañía de dos custodios algo incomodados por mi presencia allí, vi asomarse a uno de los pacientes que estaban custodiando.

Se lo nota muy medicado. Se paró enfrente del custodio y éste se paró, se ve que quiere salir al patio, o ir al baño. Vino a buscar al custodio para moverse (DC).

Junto a la custodia, empleados de la empresa de seguridad privada contratada por el hospital es apostado con función de vigilancia en algunos sectores –la guardia, la mesa de entrada, el comedor de internación en los momentos en que se sirven las cuatro comidas, entre otros escenarios potencialmente “conflictivos”, pues algún paciente podría “tornarse agresivo”,

según una convención ya institucionalizada⁵, y son convocados a intervenir para regular las circulaciones permitidas, e impedir y sancionar las prohibidas. Asimismo, personal de Resguardo Patrimonial de la Universidad, un sector que aglutina trabajadores no-docentes dispuestos para ejercer tareas de seguridad y cuidado de las instalaciones edilicias que pertenecen a la UNR, cuidan el perímetro de la manzana, específicamente los ingresos desde la calle Suipacha, linderos con Paidopsiquiatría y Medicina Legal, hoy pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas. Si alguien circula por allí haciendo un uso indebido⁶ del edificio, el personal interviene.

Durante la semana, a partir de las 19hs ya no quedan empleados administrativos en la mesa de entradas; a esa hora, los pacientes que salieron con permiso durante el día tienen que haber regresado para poder ingresar por esa puerta. Si no lo hacen, deberán realizarlo por el edificio de la Guardia. Los fines de semana, el ingreso está cerrado con candado. Cualquier posibilidad de salir –y luego de volver a entrar- debe ser acordada con el personal de la Guardia. Es lo que sucede con los pacientes que acuden a la proyección de cine de los domingos a la tarde que se realiza en el Centro Cultural, un ciclo denominado “Derribando Muros”, que tiene como principal objetivo proponer actividades los fines de semana, cuando el Hospital es *tierra de nadie* (DC).

El mecanismo que más explícitamente impone la prohibición de la circulación es la sujeción física. La sujeción, que cuando es requerida siempre debe estar fundamentada clínicamente, es un recurso utilizado para pacientes en momentos de urgencia o crisis en que moverse podría implicar un riesgo para ellos o para otros. El paciente puede ser sujetado a la cama (sujeción mecánica), o encerrado en su box o medicado para provocar un sueño profundo y descanso prolongado (sujeción química) que garantice la inmovilidad.

Le pega una patada a la enfermera cuando le lleva la medicación. A la tarde está con un cinto en el patio. Cuando se le retira se torna agresivo físicamente con el personal, se indica sujeción física. (HC-PSQ).

En tanto mecanismo explícitamente restrictivo de la libertad personal de los individuos, la medida de contención requiere de una sólida argumentación clínica para su utilización. No

⁵ Durante el desarrollo del trabajo de campo no he presenciado nunca una situación que ameritara una intervención para dirimir sobre un conflicto que pudiera manifestarse de modo verbal o físico y alterar el “orden” del lugar.

⁶ Se trata de situaciones donde una persona está orinando una pared o árbol del edificio, o ha instalado allí sus pertenencias para dormir en el piso o pasar el rato acomodado allí.

es casual que, en la literatura que aborda el tema, el debate se cifre en términos de si se trata de una medida de cuidados o de una práctica inhumana que atenta contra los derechos de las personas internadas (González Durán, 2018; Del Giudice, 2017). Eso explica además que existan herramientas legales que protocolizan los procedimientos adecuados para la implementación de sujeciones mecánicas: los “Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental” elaborado por la Dirección Nacional de Salud Mental (DNSMyA, 2013), y el Protocolo de Contención Mecánica por razones de salud mental de la provincia de Santa Fe (RES Ministerio de Salud de Santa Fe N° 2958/2019) son ejemplos de ello. Sirve también como referencia la muy reciente “Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos” elaborada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSAL PBA, 2022).

Junto al abordaje psicosocial y el abordaje psicofarmacológico, el documento de la DNSMyA menciona a la sujeción mecánica como una estrategia terapéutica inmediata a la que recurrir en casos de urgencias en salud mental. La define como una modalidad a utilizar siempre que las otras dos mencionadas no puedan por sí mismas resolver la crisis, y persista el riesgo cierto e inminente. Su objetivo es limitar el movimiento de la persona para evitar posibles daños, debe estar argumentada en el cuidado de la salud, y ser una vía que facilite otras intervenciones menos restrictivas de la libertad de movimiento y circulación. Detalla asimismo una serie de pasos y recomendaciones a seguir para aplicar una sujeción: contar con un espacio físico adecuado, que haya la suficiente cantidad de personas para controlar el movimiento de extremidades y cabeza de modo de evitar lesiones físicas, cuidar que la cabeza esté inclinada para evitar posibles aspiraciones y, lo más importante, garantizar que la persona no quede sola, y cuente con el cuidado y compañía de personal de salud de forma permanente. Hacia el final, una recomendación resalta en un recuadro:

Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Considerar que se retirará, en forma gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación. (DNSMyA, 2013: 22).

El Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe creó su Protocolo de Contención Mecánica por razones de salud mental para su aplicación en los servicios de salud con

internación del territorio provincial recién en el año 2019,⁷ a propuesta de un equipo del Hospital Mira y López. En sus definiciones generales, el documento se remite a lo establecido por la DNSM en los “Lineamientos...”. Detalla además los elementos permitidos para llevarlas a cabo: “Se utilizarán muñequeras, tobilleras, pechera, almohadas y tiras para sujetar a la cama. Muñequeras y tobilleras deben ser realizadas en lienzo y relleno de goma espuma con abrojos. Cama con Posición Morral (ortopédica)” (RES 2958/2019). El documento contiene también una ficha estandarizada que debe completar el equipo a cargo del procedimiento. Consta allí si es posible el consentimiento de la persona o un familiar o referente, si intervino la policía, el criterio en que se basó la decisión, el tipo de contención aplicada, las medidas terapéuticas que fracasaron previo a la sujeción mecánica, si se registraron lesiones en la aplicación del procedimiento, además de los criterios de evaluación clínica desde el comienzo hasta el final de la medida, entre otra información relevante. La modalidad del registro busca garantizar la generación de documentos que sirvan de soporte legal para los equipos interdisciplinarios que intervienen en estas situaciones, así como protectivos de los derechos de la persona a la que será aplicada la intervención.

Más reciente aún es la Guía elaborada por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, que comparte con los dos documentos ya mencionados las definiciones generales respecto de un mecanismo que debe estar limitado a situaciones críticas en tanto restringe la libertad personal. A diferencia de los anteriores, reconoce y advierte sobre la posibilidad de que las medidas de sujeción se utilicen en instituciones de internación *por fuera* de las situaciones definidas en los protocolos. Con respecto a esto, señala que tal manera de proceder es contraria “a un acto de salud, vulnerador de derechos y sancionable”. En la enumeración de situaciones que presentan mal uso de esta técnica menciona en primer lugar la del “castigo, o en caso de transgresiones por parte de la persona usuaria”.⁸

En la revisión documental de historias clínicas, así como en algunas conversaciones informales, se constata este mal uso de la técnica. Situaciones en las que, sin desconocer el

⁷ Esto es en fecha posterior al período en que tuvo lugar el trabajo de campo de esta Tesis. De todos modos, se ha considerado y decidido mencionar la existencia del documento como analizador de las prácticas y sus regulaciones institucionales.

⁸ Las demás son: “Que no esté indicada; siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos; como respuesta al rechazo del tratamiento en personas conscientes y lúcidas; como sustitución de un tratamiento en curso; por dificultades de convivencia con otras personas; si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa (por ej. paciente armado); si la agresión tiene intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas de seguridad); por simple conveniencia del equipo; por una reacción a la hostilidad profesional, de terceros o institucional; en casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial; desconocimiento del estado general de salud de la persona usuaria” (MSAL PBA, 2022: 25).

riesgo suscitado, la sujeción es más cercana a la aplicación de una sanción por una acción potencialmente dañina pero lejana a ser una medida excepcional o recurso de última instancia. En otras revela la falta de personal para atender a las demandas de cuidado o acompañamiento que ameritan algunas escenas de atención en salud.

Se registra incendio porque estaba fumando. Se indica sujeción. (HC-MED).

Internación en el Centenario con sujeción a la cama porque se levanta para fumar en el pasillo. (HC-MED).

Para el caso de los *pacientes penales*, y en el marco de sucesivas conflictivas alrededor de las condiciones en que se sucede su detención/atención en el hospital, desde el año 2016 existe una disposición que señala que los pacientes no deben estar esposados a la cama, y que “de ser necesaria una contención física, se *prefiere* realizar la misma a través de las tiras de contención habilitadas para tal fin en las instituciones sanitarias, con indicación médica” (extraído de un Documento interno, 2016). La misma fue pensada como herramienta que respalde las decisiones de los equipos de salud por encima del accionar de la custodia penitenciaria a cargo de la vigilancia de esta población en el Hospital.

Además, el *Agudo Ávila* cuenta con un documento interno donde reglamenta la administración compulsiva de medicación –la sujeción química-, elaborado también en el 2016 a instancias de sus trabajadores. Comienza señalando la existencia del *conflicto ético* que supone la administración compulsiva de medicación en tanto confronta el principio de autonomía del paciente con el principio de beneficencia, es decir, el “deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad este comprometida”. La define como una medida excepcional de administración de psicofármacos, que también puede conllevar el uso de la fuerza física por parte del personal. Luego desarrolla las pautas para su correcta aplicación.

El hecho de que los trabajadores inicien este documento señalando el dilema ético que supone decidir intervenciones de este tipo ante casos críticos y urgencias por la inminencia de la violencia y daño potencial es argumento suficiente para explicar la necesidad de protocolizar ciertas prácticas institucionales en términos de regulación y modulación del ejercicio del poder. Estos documentos se analizan aquí en tanto cristalización de consensos –dejan asentado qué es no solo lo legal, sino también lo éticamente correcto y tolerable, y lo que no-. En una lectura entre líneas es posible advertir otros dilemas no explicitados, o diferencias que se manifiestan en tensiones cotidianas a la hora de acordar decisiones que hacen a los tratamientos, pero donde

se juegan posturas profesionales, disciplinarias o terapéuticas, pero también morales, o juicios de valor que resultan igual de decisivos a la hora de resolver sobre la libertad de movimiento y circulación de las personas internadas.

Por ejemplo, resulta llamativo como en todo el documento la referencia a éstas es “paciente/sujeto” como si entre los mismos trabajadores no hubiese acuerdo sobre el estatuto que se otorga a quién es finalmente blanco de sus intervenciones. Un desacuerdo que no es precisamente secundario si se consideran todas las advertencias mencionadas sobre estas prácticas coercitivas. Pero también otras situaciones documentadas, como la disconformidad entre el personal ante una medicación indicada con el fin de “*poner a dormir*” a alguien, o el cambio de turno de un enfermero que “*se excedió*” en el uso de la fuerza física al aplicar una medicación de urgencia (DC), muestran que estas formas de intervención con fines de protección al mismo tiempo pueden ponerse en prácticas con fines de sanción, castigo, o directamente ser justificativos de la violencia.

Como corolario, en la definición y administración de las circulaciones permitidas y las prohibidas vuelven a articularse modalidades y fines institucionales –un ordenamiento del movimiento y el espacio que haga gobernable al conjunto de la población internada- con intervenciones clínicas o terapéuticas que evalúan, argumentan, y deciden sobre las condiciones para el ejercicio de la libertad de circulación de acuerdo a criterios clínicos o médicos. En el medio, las técnicas para el registro de todo ello conforman la vía del diálogo entre una y otra.

Permisos de salida y salidas sin permiso.

Por otra parte, aunque también argumentado en clave terapéutica, se encuentra la regulación del permiso de salida. El paciente que viene desde Internación sólo logra pasar la puerta de ingreso/salida de este sector si tiene en su mano el permiso de salida firmado por un integrante del equipo tratante. Un pequeño papel en el que constan: apellido y nombre del paciente, el horario en que tiene autorizada la salida y la hora a la que debe volver, la fecha, si sale con acompañante, y los datos de quien otorga el permiso. Si el permiso no está vigente en horario y fecha, o si se indica que sólo se autoriza la salida en compañía de otra persona pero ésta no se encuentra, la salida no es autorizada.

- El permiso *es terapéutico*, es una manera de trabajar con el paciente cómo va, cómo se siente al volver a su casa, el barrio, la familia. Por lo general cuando ya se empieza con un trabajo de permisos es un trabajo ya de pensar en la externación. Entonces se piensa la estrategia, se contacta al centro de

salud, o se contacta al efector que le quede más cercano para trabajar que continúe con el tratamiento, porque en general se trata de casos que llegan con una crisis, y en caso de mejoría se debe continuar con tratamiento psicológico y psiquiátrico. Entonces nosotros hacemos toda esa conexión: que vamos al centro de salud, al barrio, y ya una vez que empezamos con los permisos es porque hay una mejoría. No es en lo inmediato, porque por ahí el paciente no lo puede sostener (PSC).

En clave terapéutica, el permiso no es estar autorizado a “salir de la institución” sin más, sino la posibilidad y capacidad de que tanto el equipo como el paciente puedan armar la estrategia que se requiere para habitar otros lugares, para circular por la ciudad, ya sea un taller con perspectiva clínica o un café en el bar de la esquina. Eso no resuelve situaciones en las que, por ejemplo, hay pacientes sin criterio de internación, con múltiples recursos para circular por la ciudad, aunque sin recursos para lograr la externación, a quienes se les extiende un permiso de salida durante el día como mecanismo de desentendimiento, que más que un trabajo terapéutico reflejan la falta de alternativas o la mera imposibilidad del alta.

El permiso es algo muy valorado y preciado para los pacientes porque significa ni más ni menos *salir* de la institución, romper con la monotonía del espacio hospitalario, hacer otras cosas, estar con sus familias, habitar otros paisajes. Al ser autorizado por el equipo, hay que gestionarlo por las mañanas cuando los profesionales están presentes. Las escenas de pedido del permiso se multiplican por doquier: en el patio, en el dos-diecisiete, en los consultorios, en el hall de ingreso al pabellón. Desde temprano, se recortan los pequeños papelitos que garantizan que la salida sea posible sin necesidad de arriesgarse a saltar la reja.

Vine para la planta alta del Pabellón 2. Está limpio y fresco, casi sin olor a pucho. Poca circulación, está cada una en su habitación. Sólo una señora, Ignacia, mira la tele. En realidad lo hace para mirar la hora, está esperando que alguien le traiga su permiso. Cuando me siento al lado me dice “¿vos sos la de los permisos?” (DC).

De modo que en el permiso de salida confluyen los objetivos de los pacientes con los de la institución: hay un permiso de libertad, aunque registrada, administrada y conducida; es decir, *ordenada*. Al mismo tiempo y a través de la misma herramienta –el permiso– en las salidas terapéuticas se corporiza la idea de gobierno en tanto conducción y auto-conducción de las conductas. Es decir, corporiza de manera clara la definición de gobierno que no se limita al análisis de una relación de poder que sólo recorre la dirección de arriba-abajo, sino que también es necesario dar cuenta de los movimientos que simultáneamente operan desde abajo. El permiso de salida regulado “desde arriba” –salir con AT, volver a una hora determinada, ir a un

taller protegido o tomar un café en el mismo bar de siempre todas las mañanas- “*podría ser leído como otra pesadilla del control orwelliano*” (Valverde y Levi, óp. cit.: 12). Pero en la dinámica que suscita “desde abajo”, desde la autogestión del paciente de sus horas con permiso de salida, en cierto modo reorganiza, dentro de márgenes de autonomía que pueden ser más amplios o más estrechos, una experiencia del “afuera”, la posibilidad de un activo involucramiento en su proceso de externación. Y si eso no fuera posible, al menos garantizar la habitabilidad de espacios no-médicos, con otros paisajes y en los que es posible otro uso del tiempo.

Por eso también en la gestión del permiso se halla la ambivalencia entre la incorporación de los mecanismos del *buen uso* del permiso, así como de formas alternativas –algunas toleradas-, o resistencias a los controles impuestos desde la institución: salir con permiso pero no volver, o directamente salir sin permiso.

La categoría de *fuga* para nombrar las salidas no autorizadas es tomada del ámbito penitenciario y adaptada al manicomio. El paciente no está detenido -salvo aquellos institucionalmente clasificados como *penales*- como para considerar que su salida sin autorización sea una fuga.

Revisando la Historia Clínica de Antonio, me encuentro con algo que no había visto en otras HC, entre las carátulas de “evolución”, “enfermería” “prescripciones médicas” “oficios”, una que dice “fugas”, adornada con firuletes (DC).

Paciente reingresa de su fuga. (HC).

- (...) esta cuestión de que el paciente de salud mental “se escapa”, nosotros decimos “no se escapa, en realidad se va...” “Se fugan”, dicen. En realidad no se fuga; una persona que está internada en un lugar y no quiere estar ahí, se va. Lo que uno tiene que ver es qué implementa ahí para que no se vaya... Pero no es la cárcel para que la gente se esté fugando (Funcionaria DPSM).

- *¿cómo es cuando se fuga un paciente?*

- cuando los pacientes que están internados... Yo le llamaría que el paciente se va de la institución sin permiso, digamos, no hablemos de fuga, sino que se van de la institución. Saltan la reja, y salen a la calle (TS).

En los hechos, el protocolo que se activa ante la falta de un paciente de la institución, involucra la denuncia a la policía. La denuncia es realizada por personal de internación en la Comisaría, consta la fecha y horario de ausencia de la persona, se describen sus rasgos físicos, y se declara la posibilidad de existencia de riesgo. En los casos en que media una causa judicial

–penal o civil- que rige la internación, también se da aviso e interviene el poder judicial. Para ello, se libra una orden de intervención en la que la Policía tiene permiso para actuar compulsivamente y llevar al paciente a la institución de nuevo por la fuerza. El hospital no es una cárcel, pero hay casos en los que cumple la función de detención.

Sea como fuere, “*estos pacientes son muy hábiles saltando la reja, parecen gatos*” (MED), y las salidas sin permiso se multiplican de a varias, todo el tiempo. A veces los pacientes vuelven solos –entonces se habla de la “*contención loca* que da el Hospital, que primero te querés ir, y una vez que estás afuera querés volver” (PSC). En otras oportunidades en que el paciente se resiste a toda costa a volver a la internación, se negocia que siga concurriendo al Hospital en busca de la medicación y sosteniendo controles semanales con su equipo tratante. Y en otras, como ya se dijo, hay que ir a buscarlos con la policía. Las razones para escapar también son variadas. Algunos profesionales y miembros del personal lo asocian a actividades ilícitas: se dice que los pacientes salen para vender cosas que robaron en el hospital y así tener algo de dinero; otros que salen para consumir drogas, o para comprarlas y luego venderlas entre los pacientes. La regulación de los ilegalismos cuenta con múltiples técnicas para su administración, que combinan propósitos de cuidado, vigilancia y castigo:

Se le llama la atención porque sale de la institución sin permisos. El paciente dice que no hay problemas porque él vuelve (HC).

El paciente se retira de la institución fugándose por el Centro Cultural. Es traído por la policía luego de que lo halla en la vía pública con conductas inapropiadas (HC).

Por fugas reiteradas y consumo de sustancias ilegales, se prohíbe al paciente concurrir a los talleres del Centro Cultural por un mes (HC).

Se presenta su madre a retirar sus pertenencias. Dice que la paciente se niega a volver al hospital.

[Una semana después] Viene a consulta. Dice que se fugó del hospital porque se cansó de estar encerrada y porque no tenía nada para hacer.

[Un mes después] Reingresa por guardia acompañada de patrulla urbana porque estaba trepando techos (HC).

Personal de seguridad *atrapa [sic]* a un paciente saltando la reja con marihuana y alita de mosca. La mercadería es retenida. Minutos más tarde, dos pacientes van a reclamar que “les devuelvan la mercadería”. Amenazan que si no le devuelven las cosas “van a quemar el hospital” (HC).

Entre permisos, fugas y detenciones, las herramientas para poner y ponerse a circular por el espacio son variadas. En su articulación, van dando fisonomía a los lugares y los tiempos

que son permitidos para la locura, los modos en que se gestionan y registran. Las experiencias de vida de las personas que atraviesan internaciones en un hospital psiquiátrico son heterogéneas; los modos de regulación y administración de esas experiencias son, por eso mismo, variados. Su objetivo es generar orden en clave normalizadora, con una fuerte tendencia a homogeneizar la experiencia vital, y en su despliegue, se encuentran con lo que cada sujeto puede, quiere o necesita hacer con ello. Resultan, en fin, de esa combinación entre lo que se dispone institucionalmente, lo que se argumenta terapéuticamente, y la autogestión o creación de mecanismos propios de resistencia y autonomía para ocupar el tiempo, tolerar la espera, circular por el espacio del hospital o, con algo de suerte, por otros espacios o por la ciudad.

3. Recapitulando.

He descrito las técnicas de administración del tiempo en dos grandes conjuntos –las rutinas y las esperas-, y las de gestión de las circulaciones por el espacio a partir de dos oposiciones –una, entre lo permitido/lo prohibido; la otra entre institución de encierro/institución de puertas abiertas- como modalidades en las que se expresa una problematización de la locura más que como enfermedad, como *desorden*. Un desorden que es posible gobernar, conducir o encauzar restituyendo un orden estipulado para la vida diaria: horarios en que hay que hacer determinadas actividades, momentos en que hay que esperar para que determinadas cosas sucedan, modos en los que conviene moverse por la ciudad, situaciones en las que no es posible moverse en absoluto.

En *Vigilar y Castigar*, Michel Foucault señalaba como una característica de las instituciones de secuestro propias de las sociedades disciplinarias –entre ellas, por supuesto, el hospital psiquiátrico- el control exhaustivo del tiempo disponible de los individuos, combinado con el de sus cuerpos y los espacios por donde es lícito desplazarlo. A lo largo del capítulo me he ocupado de describir las dinámicas que adquieren estas dimensiones en el Hospital en la actualidad, con el propósito de mostrar que, más que minuciosidad y criterio de utilidad en el uso del tiempo y la circulación de los cuerpos por el espacio, la gestión que se hace de ello es más bien resultado de la combinación heterogénea de técnicas que revelan la multiplicidad y alcance de estos mecanismos de gobierno: sirven tanto para alcanzar y reforzar el ordenamiento jerárquico de la institución, para garantizar una función de vigilancia permanente, para aplicar coacciones, pero también para administrar cierta permisividad, motivar un buen uso de las

libertades, facilitar una distribución tolerable de los ilegalismos o de las conductas que se tienen por prohibidas.

Respecto de la dimensión del tiempo en el hospital, he señalado que ante la heterogeneidad y pluralidad de los tiempos de la internación, se ponen en marcha mecanismos cuyo efecto buscado es homogeneizar esa experiencia todo lo posible. En la medida en que la locura se manifiesta como desorden en la vida de la población particular que habita el hospital, esos mecanismos buscarán restablecer un orden. El establecimiento de rutinas y la regulación de las esperas responden a esa necesidad. En tanto organizan, estandarizan y jerarquizan, ordenan un modo de pasar el día y vivir la vida, generando así subjetividades regladas, pacientes, aunque no faltan momentos de ruptura.

En cuanto al movimiento por el espacio, las técnicas utilizadas sirven para atender a necesidades diferentes, ya sea para vigilar, para lograr una buena utilización del espacio, para orientar un tratamiento, o para evitar riesgos. Los modos de regular los espacios fijos y del movimiento se ponen en funcionamiento en la medida en que se permite o se prohíbe, se abre o se cierra. En tanto hay voces autorizadas para determinar qué está permitido y qué no, que puede abrirse y qué no, también estas funciones jerarquizan el espacio y modulan de modos específicos las relaciones de poder que tienen lugar.

CAPÍTULO 7

Peligro. Prácticas jurídico-asistenciales.

En los capítulos precedentes describí y analicé una batería de prácticas y técnicas que se despliegan en el contexto hospitalario, a través de las cuales tiene lugar el gobierno de la locura conforme los modos en que ésta se problematiza. En la medida en que la locura confiere un riesgo alto, el hospital es el espacio propicio para el desenvolvimiento de prácticas de cuidado, de control y vigilancia sobre esa porción específica de la población que lo habita (capítulo 4); a la problematización de la locura como enfermedad o padecimiento mental le son correlativas prácticas clasificatorias y diagnósticas (capítulo 5); aquellas desplegadas para la administración del uso del tiempo y de las circulaciones por el espacio habilitan una aproximación a la locura configurada como desorden o desviación (capítulo 6). Su análisis permite dilucidar los problemas diversos a los que el hospital viene a dar respuesta, así como construir una idea acerca de la cotidianeidad hospitalaria en el que las prácticas calculadas conviven con las contingencias, las interrupciones y resistencias, dando por resultado determinados procesos de subjetivación.

En este último capítulo el objetivo es abordar la problematización de la locura como peligro a través del análisis de las prácticas judicial-asistenciales de los pacientes penales, es decir, aquel conjunto de técnicas, acciones, modalidades en que se expresa la presencia de una lógica, un discurso, o un encuadre del tipo jurídico penal¹ en el gobierno de la vida cotidiana de las personas internadas en un hospital psiquiátrico que cometieron o habrían cometido un delito, y a través de las cuales estudiar la intersección entre la locura y el delito, y entre dos de los dispositivos creados para gobernarlos, el hospital y la cárcel.

En esta intersección entre el dispositivo asistencial y el penal se constituyen espacios de encierro que moldean parte importante de las particularidades contemporáneas del vínculo entre los padecimientos mentales y los delitos, y entre la cárcel y el hospital (Sozzo, 2015). Un

¹ Este recorte supone excluir deliberadamente en el análisis las prácticas judiciales civiles, es decir, aquellas que implican medidas de protección de personas, o en las que interviene un Juzgado de Familia u otra instancia judicial civil.

vínculo temprano y que ha ido sufriendo desplazamientos, aunque nunca han dejado de girar en torno a una idea: la de la peligrosidad (Foucault, 1991c, 2007b, 2007c, 2008a; Castel, 2009).

En *La verdad y las formas jurídicas*, Foucault define las prácticas judiciales como un modo de arbitrar entre daños y responsabilidades; es decir, las formas a partir de las cuales juzgar los errores cometidos por las personas, y los modos en que es posible administrar su reparación o castigo por ellos (Foucault, 1991c: 17). Aquí me refiero a prácticas judiciales en las que ese arbitraje, esa administración está mediada por una condición particular de quienes cometen delitos y presentan además padecimientos mentales, sin distinguir aún si esos padecimientos son previos o posteriores a la comisión del acto, o si les eximen o no de la responsabilidad de haberlo cometido. En estas intervenciones se articulan al mismo tiempo el cometido de custodiar, castigar, proteger y asistir, de allí su denominación aquí como prácticas judicial-asistenciales.

El estudio de estas prácticas en el hospital permite explorar las condiciones actuales de la articulación de ambos campos, y los modos en que se cifra en la actualidad la locura como peligrosidad. Para ello, este capítulo inicia reponiendo la normativa vigente, las políticas públicas que enmarcan las prácticas judiciales penales en salud mental y los dispositivos de abordaje existentes, comparando el circuito que han seguido esas políticas a nivel federal con el que ha tenido lugar en la provincia de Santa Fe.

Considerando que estas prácticas configuran modos de subjetivación particulares, en segundo lugar se puntualizan las dos figuras existentes en el Hospital, que se erigen en sujetos-objeto de las intervenciones judiciales: el loco-delincuente, es decir el declarado inimputable (art. 34 Código Penal), y el delincuente-loco, o lo que en el *Agudo* se conoce como *paciente penal*, y que como mencionamos ya en el capítulo 5, se trata de aquel que, acusado de haber cometido un delito y aguardando o cumpliendo la condena por el mismo en alguna repartición del servicio penitenciario, requiere de asistencia en su salud mental (Sozzo, 1995 y 2015).

En tercer lugar, se describe y analiza la dinámica cotidiana de los locos-delinquentes y los delinquentes-locos en el *Agudo* a partir de las intervenciones que se estructuran en torno al diagnóstico de peligrosidad, el trabajo sobre la responsabilidad y la evaluación de simulación. Peligrosidad, responsabilidad y simulación son categorías que emergen tanto de los estudios que analizan la intersección entre locura y delito en clave histórica, explorando las condiciones de posibilidad de lo que llaman “un encuentro temprano” (Foucault, 2007b y 2007c; Lakoff, 2005a; Sozzo, 1999a, 1999b y 2015; Vezzetti, 1985; Von Stecher, 2010), así como de los

trabajos que la abordan a la luz de las condiciones jurídicas y asistenciales actuales (Faraone y Valero, 2013; Iglesias, 2018; Pitch, 1999; Pavarini y Betti, 1999; Selmini 1999; Zaffaroni, 2012). Los discursos, el corpus teórico y las leyes y códigos conformados desde mediados del siglo XIX en torno a la combinación conflictiva entre locura y delito dan cuenta de estos tres conceptos como nudos fundamentales para el estudio de las prácticas judiciales en el ámbito de la salud mental. Las tres nociones aparecen puestas en juego en el contexto del Hospital, florecen en entrevistas, charlas informales, registros de historias clínicas y notas judiciales, y permiten realizar una aproximación que dé cuenta de la zona gris que se ciñe en la intersección de las lógicas asistencial y custodial tal como conviven en el hospital psiquiátrico.

1. Políticas, dispositivos y normativa.

Si resulta desconocida la cantidad de personas que en Argentina atraviesa internaciones por su salud mental, ya sea en el ámbito público como privado, aún más difícil es tener un número aproximado que indique, sobre ese número total, cuántas de éstas presentan además una internación bajo los parámetros de la ley penal. Por otro lado, las personas que, privadas de su libertad, cumplen una pena o aguardan una condena en las instituciones del sistema penitenciario y además presentan padecimiento mental, conforman un universo paralelo del que no se tienen relevamientos estadísticos sólidos. El Sistema Nacional de Estadísticas de Ejecución Penal-SNEEP del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación contabiliza las personas declaradas inimputables que permanecen en sedes penitenciarias, pero no las que residen en hospitales psiquiátricos u otros dispositivos que son competencia de las autoridades de Salud/Salud Mental (Sozzo, 2015). Por otro lado, en los informes públicos del SNEEP se dispone de información referida a dimensiones como educación o situación laboral de las personas privadas de su libertad, pero no las referidas a su salud/salud mental (MinJus, 2017). Pero además, si se considera que el dispositivo carcelario se caracteriza por ser un circuito en el que las personas están en permanente movimiento por diversas dependencias – cárceles, comisarías, instituto de menores, entre otras-, las herramientas estadísticas disponibles para contabilizar la población y que arrojan cifras sobre diversas dimensiones, permite obtener una foto de momentos determinados, pero no necesariamente captan esas circulaciones y trazan esas trayectorias. Ello limita el alcance de las conclusiones a las que se puede arribar si sólo se analizan las cifras disponibles (Rodríguez, 2015).

Por lo tanto, la importancia del problema de gobierno de esta población, más que por su impacto medido a partir de las estadísticas disponibles, se expresa aquí en tanto se conforma en una zona gris o nebulosa que obliga a la negociación y ajustes constantes de las reglas de juego institucionales –ya sea en la cárcel o en el hospital-. En esta población se delinea una superposición de dos lógicas de intervención –la custodial y la asistencial- que es prácticamente imposible separar: cárcel y hospital están siempre de la mano cuando se trata de locos delincuentes o de delincuentes locos.

Asimismo, es posible afirmar que la articulación entre locura y delito se ha tornado el nudo gordiano de las políticas contemporáneas del campo por una cuestión sencilla de exponer: desde la sanción de la Ley 26.657 la decisión de internación por motivos de salud mental ha dejado de ser potestad del poder judicial para pasar a las instituciones de salud y sus equipos interdisciplinarios *salvo* en los casos de internación por una orden emanada del sistema judicial penal. El cruce de dos lógicas distintas y la confrontación entre voces de autoridad también diferentes se constituyen así en el configurador de tecnologías de gobierno híbridas; asistencial-penales, y penal-asistenciales.

El marco normativo que encuadra los abordajes en salud para estas personas en conflicto con la ley penal está conformado por el artículo 34 del Código Penal, la Ley Nacional 24.660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad y la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

El art. 34 CP refiere a los casos en que se considera la inimputabilidad de quien comete un delito. En el inciso 1° abarca los casos referidos a la locura, y señala que no serán punibles aquellas personas que, en el momento de cometer el hecho, no tengan capacidad de comprender la criminalidad de éste, “ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia”. Establece que en el caso de comprobarse dichas condiciones, la persona debe ser *recluida* en un manicomio, *del que no saldrá salvo que se compruebe la desaparición del peligro*.

De esta definición se desprenden dos cuestiones. En primer lugar, que en el derecho penal argentino rige una concepción de inimputabilidad referida al hecho, no a la persona.² Una

² Se trata de lo que en la teoría penal contrapone el Derecho Penal de Hecho con el Derecho Penal de Autor. El principio del derecho penal de acto que rige en el sistema jurídico argentino está establecido en la Constitución Nacional mediante los artículos 18 “Ningún habitante de la Nación puede ser penado sin juicio previo fundado en ley anterior al hecho del proceso, ni juzgado por comisiones especiales, o sacado de los jueces designados por la ley antes del hecho de la causa...”, y 19: “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”.

persona es declarada punible o punible respecto de un hecho, y si esa misma persona volviese a cometer un delito, ello implicaría que vuelvan a evaluarse las condiciones en que fue cometido para concluir si es responsable o no. Sin embargo, ello no exime de evaluaciones de la responsabilidad sobre hechos que en primera instancia hacen referencia a las características – sociales, familiares, mentales- de quien los realiza, por lo que en los casos en que se evalúa la imputabilidad, la tarea de evaluación se desplaza del hecho hacia la persona que lo ha cometido.

El rol de la pericia psiquiátrica y la noción de peligrosidad que orienta su intervención son centrales en ese desplazamiento. Cuando se trata de casos en los que delito y locura se mezclan, lo que está en el centro es la persona que comete un delito, por qué lo hizo –pregunta que implica considerar los rasgos de su personalidad- cómo se lo castiga con una pena o cómo se lo protege con una medida de seguridad curativa o de protección de persona.

En segundo lugar, que si de la evaluación se desprende que no hay responsabilidad penal y la persona es inimputable, sin embargo *sí hay sentencia*, si se considera que la definición de reclusión en una institución psiquiátrica es una resolución posible en este tipo de casos. Aún más, a diferencia de una condena con un tiempo establecido, esta reclusión no tiene tiempo pre-establecido de finalización. En su carácter de indefinición, y por estar sujeta a la evaluación del juez a cargo, las internaciones pueden incluso llegar a prolongarse por un período que supere al de los años que podría establecer un tribunal para la ejecución efectiva de una pena; o no terminar nunca. El final de la reclusión es dictado por el Juez a cargo de la causa, y no por el equipo de salud que esté llevando adelante el tratamiento. Por eso, el art. 23 de la Ley Nacional de Salud Mental establece que si bien “el alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que *no requiere autorización del juez*”, quedan exceptuadas de esta disposición las internaciones que suceden en el marco de lo previsto por el artículo 34 del Código Penal.

Por su parte, la Ley 24.660 de Ejecución Penal del año 1996 que regula las condiciones de cumplimiento de las penas con privación de la libertad, establece en el capítulo IX el derecho a la asistencia médica y regula la atención en salud para las personas y establecimientos que abarca la ley. Señala que los internos de las dependencias penitenciarias tienen derecho a la salud y a la asistencia médica integral sin costos (art. 143). En lo referido a salud mental, estipula el derecho al traslado a un establecimiento especializado para su atención en caso de que se requiera, ya sea del ámbito penitenciario o del medio libre, con previa autorización del Juez (art. 147). Más adelante, cuando puntualiza los tipos de establecimientos que deben existir en cada provincia para la correcta aplicación de la Ley, se mencionan a los “establecimientos especiales de carácter asistencial médico y psiquiátrico” (art. 176). Además, estos institutos

psiquiátricos deben ser dirigidos por personal médico, no penitenciario (art. 183). Por último, en el art. 186 establece que si durante el cumplimiento de la pena, el interno *se vuelve loco*,³ mientras subsista el cuadro psiquiátrico o se presentara un cuadro de enfermedad mental crónica, debe producirse el traslado a instituciones especializadas.

Entre las dos normativas de naturaleza penal, la Ley 26.657 de Salud Mental introduce la noción de riesgo cierto e inminente en reemplazo de la concepción de peligrosidad que regía, hasta su aprobación en 2010, las decisiones de internación. Orientada a la consolidación de un modelo de abordaje basado en la comunidad, establece la necesidad de creación de dispositivos comunitarios para la atención del padecimiento mental (art. 11), y en su decreto reglamentario puntualiza que, del conjunto de esos dispositivos, debe haber aquellos que “incluyan entre su población destinataria a las personas alcanzadas por el inciso 1° del artículo 34 del Código Penal [aquellas personas declaradas inimputables por causales de salud mental], y a la población privada de su libertad en el marco de procesos penales” (Decreto reglamentario 603/2013).

Por lo tanto, a partir del encuadre jurídico-normativo, los establecimientos autorizados para brindar asistencia de salud mental a personas en conflicto con la ley penal pueden estar tanto en la órbita del sistema penitenciario –instituciones psiquiátrico-penitenciarias o segmentos dentro de instituciones penitenciarias-, como de la de salud -instituciones sanitarias o segmentos dentro de instituciones sanitarias, así como nuevos dispositivos comunitarios-. En cualquiera de los casos, se suscita el conflicto que genera la convivencia de lógicas y objetivos diferentes, lo que obliga al ajuste y revisión de la política. En su desenvolvimiento, los problemas vuelven a configurarse y las soluciones también cobran sentidos distintos. Esto es posible de ser constatado cuando se tienen en cuenta las experiencias del servicio penitenciario federal, y la política que tiene lugar en la provincia de Santa Fe, que llevaron adelante de manera casi contemporánea dos recorridos en dirección opuesta: del hospital a la cárcel en el caso del sistema federal, y de la cárcel al hospital en la órbita provincial.

Del hospital a la cárcel.

El inicio de este circuito que va –no sin sobresaltos- del manicomio a la cárcel data de finales del siglo XIX con el proyecto de Lucio Meléndez al frente del Hospicio de las Mercedes, que tenía como uno de sus pilares la organización de la población internada en la institución de

³ Esta es la expresión utilizada en el art. 25 del Código Penal argentino, que señala: “Si durante la condena el penado se volviere loco, el tiempo de la locura se computará para el cumplimiento de la pena (...).”

acuerdo a una clasificación con arreglo a criterios científicos propios de la época, que incluían a los alienados delincuentes o locos criminales. Su propuesta de destinar un pabellón para esta población particular se concretó bajo la dirección de su sucesor Domingo Cabred, quien en 1899 inauguró este sector bautizándolo, justamente, con el nombre de Meléndez (Ingenieros, 1920). Se afirmaba así la idea que ambos alienistas argentinos pioneros en el campo tenían con respecto a la población de locos criminales: que éstos debían ser atendidos en asilos comunes y no en las cárceles.

Así fue así hasta 1968, año en que, a raíz de un convenio celebrado entre las autoridades nacionales de salud y las del servicio penitenciario federal, se decidió el traslado de las instalaciones de este Pabellón y otros sectores del edificio en que se alojaban locos delincuentes a la órbita del Servicio Penitenciario Federal (SPF). Unos años más tarde, en 1979, se amplió el alcance de este acuerdo incorporando otros pabellones, y se creó allí el Servicio Psiquiátrico de Varones Unidad N°20 en el edificio del Hospital Borda pero bajo autoridad penitenciaria, destinado al alojamiento de internos-pacientes con enfermedades mentales crónicas o de larga duración (Lombrana, 2015: 129).

Por su parte, puede decirse que en los orígenes del Hospital de Mujeres Dementes el problema de las internas criminales había sido motivo de disputas entre el gobierno central y las mujeres de la Sociedad de Beneficencia a cargo de la administración del hospicio desde los inicios mismos de la Convalecencia. Aunque las damas a cargo del destino de “las pobres que solicitaban su auxilio” tenían discrepancias respecto del lugar más propicio para alojar esa población particular, ya para 1870 inauguraban –con financiamiento del gobierno central- el Asilo de la Pobreza y el Trabajo, donde eran enviadas las mujeres que habían transgredido la ley y cumplían sus condenas en el Hospital (Pita, 2012).

El caso de las detenidas locas mujeres sin embargo está menos documentado y la información disponible es escasa (Lombrana, op. cit.); según los datos disponibles, sí es posible afirmar que el Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres Unidad N°27 se crea en 1980 en un sector del Hospital Moyano ya destinado a esta población. En ese año se concreta la concesión de uno de los pabellones al Servicio Penitenciario Federal.

Estas unidades psiquiátricas localizadas dentro del Hospital Borda (varones) y del Hospital Braulio Moyano (mujeres), fueron las únicas con carácter federal destinadas a la población detenida y con problemáticas de salud mental, dependientes del SPF. Hasta el año 2011, se alojaban allí personas declaradas inimputables y personas condenadas. En ese año, la

Unidad Psiquiátrica del Borda sufre un incendio en el sector de las celdas de aislamiento, provocando la muerte de dos pacientes⁴, lo que acelera el proceso de cierre –una vieja demanda de organismos de DDHH que no había encontrado asidero hasta entonces-⁵. Pero además, este hecho trágico confluía con la reciente aprobación de la Ley de Salud Mental que imponía la necesidad de adecuar estos dispositivos a la nueva normativa, y con la decisión política de que así fuera. Todo ello produjo el traslado de esta población a segmentos especializados del Penal de Ezeiza –tanto para varones como para mujeres-. Con esa decisión se consolida el trayecto de los servicios federales que va del manicomio a la cárcel.

Los dispositivos que dan sustento a estos espacios psiquiátricos en la cárcel son el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino –PRISMA- (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Salud, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011), y el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral –PROTIN-, creado por el Servicio Penitenciario Federal para admitir a las personas que no cumplían los requisitos de admisión del PRISMA⁶ (Dirección Nacional del SPF, Resolución 467/2012). Ambos programas se caracterizan por conformar entramados de disputa entre el personal penitenciario, el personal de salud del SPF y el personal civil perteneciente al Ministerio de Salud y al Ministerio de Justicia y DDHH pero que trabaja en territorio del SPF.⁷

Al pasar a convertirse en módulos dentro de complejos penitenciarios de máxima seguridad, los servicios psiquiátricos sufrieron el agravamiento de las condiciones ya deplorables en las que funcionaban dentro de los edificios hospitalarios. En su estudio sobre este caso, Lombráña (2014) menciona por ejemplo la pérdida de autonomía administrativa de las áreas que componen el servicio, las dificultades de las familias para concretar visitas –ya

⁴ Ambos permanecían en las celdas de aislamiento de la Unidad 20, un sector de salas individuales sin luz natural, sin ventanas y con paredes acolchadas. Uno de ellos, de 23 años, estaba allí por falta de camas en el resto de la Unidad. El otro, de 19, había sido trasladado esa misma noche, como medida transitoria hasta que le tomaran declaración en la causa por la que estaba detenido hacía tres días. Lo habían internado allí porque traía certificado de discapacidad entre sus papeles; ningún perito forense aún lo había evaluado (CELS, 2012).

⁵ Al respecto, pueden consultarse la investigación realizada por el equipo de salud mental del Centro de Estudios Legales y Sociales- CELS (Amendolaro *et. al.*, 2005) así como el informe *Vidas arrasadas* (MDRI y CELS, 2007).

⁶ Estos requisitos están estipulados en el Anexo de la Resolución ministerial mencionada, y se encuadran en los criterios del CIE-10 para diagnosticar trastornos mentales y del comportamiento. Se señala allí que las personas admitidas al PRISMA son aquellas que presentan trastornos mentales agudos y severos, y se excluyen deliberadamente aquellos diagnosticados como “ideación suicida o de muerte” (salvo aquellos que efectivamente hayan tenido intentos de suicidio), y las problemáticas vinculadas a consumo de sustancias psicotrópicas, que tienen sus programas específicos. Una hipótesis posible sobre los criterios de admisión es el intento de evitar traslados e internaciones en el dispositivo vinculados a la administración de los castigos y las lógicas penitenciarias de circulación interna por los penales, que obedece a criterios específicos del funcionamiento carcelario, por fuera de criterios asistenciales clínicos (Andersen, 2014; CELS, 2012; Rodríguez, 2015).

⁷ Para un estudio en detalle de estos Programas VER Lombráña (2014) y Rojas Machado (2019, 2020).

sea porque se alargan las distancias y el costo del viaje, como por la práctica de requisas y control de ingresos propia de los establecimientos carcelarios-, la pérdida de espacios comunes y de recreación así como del derecho a recibir llamadas telefónicas, la falta de mobiliario adecuado, entre otras. Más grave aún resultaron el agravamiento de las condiciones de encierro, la mala alimentación, las requisas invasivas y violatoria de derechos, o las restricciones para el acceso a actividades laborales, educativas y lúdicas.

Además, las investigaciones destinadas al monitoreo de las prácticas y derivaciones del PRISMA y el PROTIN señalan, entre otras cosas: la convivencia entre pacientes y guardias que desvirtúa la función asistencial del dispositivo, a la vez que refuerza la función de vigilancia y castigo; la circulación desregulada de psicofármacos; la falta de otro tipo de abordajes y terapias diferentes a la medicamentosa; el uso de traslados como medidas de castigo encubiertas bajo diagnósticos generales (“ataque de nervios” en mujeres, “excitación psicomotriz” en varones), entre otros puntos (Andersen, 2014; CELS, 2012; Procuración Penitenciaria de la Nación, 2017).

De la cárcel al hospital.

Mientras tanto en Santa Fe, unos años antes de que se firmara el Convenio entre autoridades sanitarias y penitenciarias que cedía los servicios psiquiátricos de los Hospitales Borda y Moyano al SPF, el director de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros bregaba por la inaplazable habilitación de pabellones especiales en cada uno de los establecimientos carcelarios de la provincia más no en los psiquiátricos, que tenían colmada su capacidad y carecían además de medidas de seguridad necesarias para alojar a esa particular población (Salvadó Baldrich, 1963). Sostenía enfáticamente que los establecimientos psiquiátricos

tienen por primerísima y fundamental finalidad la recuperación, por medios laborerápicos, del alienado. Su población manicomial está integrada por pacientes cuya potencial peligrosidad no ha motivado intervención judicial y es permanente preocupación de la Dirección, no se modifique su cometido específico, transformándola en un depósito de alienados inimputables sobreseídos o de dementes procesados; la internación de esos enfermos significa que el establecimiento no puede hacerse responsable de la tenencia, seguridad y vigilancia de los mismos (Salvadó Baldrich, 1963: 84).

Sin embargo, fueron los monovalentes públicos provinciales quienes albergaron a esta población hasta al menos 1985, año en que se creó la Unidad Psiquiátrica Penitenciaria en la

cárcel de Coronda, bautizada más tarde como “El Corralito”. También fue una situación contingente la que resolvió la construcción del Corralito: un conflicto que tuvo como protagonistas a pacientes penales internados en el Hospital Mira y López de Santa Fe obligó a la intervención violenta de personal de la institución que luego se negó a que estas personas permanecieran allí. Desarrollaron una campaña con el slogan “enfermos sí, presos no” (Sozzo, 1999a: 169), y en poco tiempo lograron el convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Gobierno de creación del *Corralito*, un segmento con capacidad para 20 personas, aunque hubo oportunidades en que llegó a duplicar esa cifra.

La Sala Psiquiátrica es un experimento institucional. No respondió a un programa de política penitenciario ni de política de salud mental coherente con un código teórico con respecto a estos objetos. Es el resultado de una decisión política con respecto a una problemática contingente. Pero tras esta decisión política se instala una racionalidad que es constitutiva de este espacio institucional, que hace a su existencia y funcionamiento. (Sozzo, *ibidem*: 196).

De la misma manera que se expresaron las confrontaciones entre diversos sectores – civiles, penitenciarios, asistenciales, custodiales- en las experiencias de los servicios penitenciarios federales, la Unidad Psiquiátrica Penitenciaria de Coronda también fue blanco de un reclamo doble de paternidad (Sozzo, *ibidem*: 171): a mitad de camino entre dispositivo asistencial y dispositivo penal, albergó en su interior delincuentes locos y locos delincuentes desde los inicios, razón por la cual hay que afirmar que esa ambivalencia le es constitutiva.

Entre los años 1993 y 1994 se suscitó un conflicto institucional fuerte en el área de salud mental provincial a raíz de un proyecto de instalación de una cárcel en el predio de la Colonia psiquiátrica provincial.⁸ La disputa no tardó en escalar y comprometer a la población de las comunidades aledañas de Oliveros y Maciel que se oponían con fuerza a la apertura de una cárcel en la zona. La movilización política generó la intervención administrativa de la Colonia, y el cierre definitivo de la propuesta de la cárcel.

Para los años 2000, en el contexto de refundación de la Dirección Provincial de Salud Mental se abre un nuevo capítulo en la conflictividad manicomio-cárcel en Santa Fe. Hacia 2005 comenzaron a trabajar en el pabellón psiquiátrico de Coronda los equipos interdisciplinarios de aquella Dirección en respuesta a denuncias que venían efectuando

⁸ Se intentaba seguir con ello lo ya implementado en la ciudad capital donde en terrenos cercanos al Hospital Mira y López se construyó el Complejo Penitenciario Las Flores. También se asemeja al caso de la localidad de Melchor Romero de la provincia de Buenos Aires, donde la Colonia Psiquiátrica y la Cárcel están frente a frente, separadas por la ruta.

diversos organismos de Derechos Humanos sobre las condiciones violatorias de derechos de las personas alojadas/detenidas allí (Faraone y Valero, 2013). Además, otra vez, un hecho no previsto aceleró y facilitó el acuerdo para ese trabajo: la denominada “Masacre de Coronda” del año 2005, fruto de un enfrentamiento entre bandas de internos que terminó con catorce presos brutalmente asesinados, e incendios en uno de los pabellones.⁹ Por la localización del *Corralito* –en un ala separada del edificio central a la que sólo se accede atravesando varias zonas y postas de control- se advirtió que, ante hechos de ese estilo, los internos allí alojados y el personal destinado al área quedaban literalmente acorralados sin vías de evacuación. El horizonte de la intervención de la Dirección de Salud Mental fue el cierre de ese segmento dentro de la cárcel.

La clausura definitiva se logró casi cuatro años después, hacia fines del año 2008, momento en el cuál había 22 personas reclusas allí, 14 de las cuales habían sido declaradas inimputables (Faraone y Valero, 2013: 116). La introducción progresiva de personal y profesionales del área sanitaria durante todo el período implicó, entre otras cosas, la rotación constante, arreglos, “regalos” al personal penitenciario a modo de “pagos de peaje” a cambio de permisos para ingresar y trabajar. La externación del último paciente que permanecía en el *Corralito* se hizo en el contexto de un operativo montado en plena madrugada, en la que estuvo presente la viceministra de Salud (ibídem: 127).¹⁰ La mayor parte de los pacientes fueron trasladados a las instituciones de salud mental de la provincia, trazando así el circuito que va de la cárcel al manicomio.

⁹ Inmediatamente después de los hechos, la principal hipótesis de las razones que desataron la Masacre fue la del enfrentamiento entre presos santafesinos y presos rosarinos. La investigación y el juicio por los crímenes sucedidos determinó que se trató de un plan diseñado para vengar “las actitudes de los internos que atacaban a las visitas” y que con ello rompían un “código carcelario”. Producto del juicio, además, hubo varios funcionarios separados de su cargo, y personal penitenciario condenado por complicidad con los crímenes cometidos. Al respecto VER “Una venganza originó la masacre en la cárcel de Coronda”, Diario Clarín 12/04/2005; “La masacre de Coronda se desató para vengar la ruptura de códigos”, Diario La Capital 1/07/2008.

¹⁰ En la reconstrucción de este proceso en el escenario provincial, queda un vacío en las investigaciones disponibles mencionadas respecto de la población femenina: no hay datos sobre qué pasó con las mujeres declaradas inimputables, -si las hubo- así como con aquellas presas en las unidades penitenciarias provinciales que requiriesen atención de su salud mental.

Año	Servicio	Órbita
<i>Dispositivos nacional- federales. Trayecto del manicomio a la cárcel.</i>		
Hasta 1968	Pabellones especiales en el Hospital Borda (varones)	Salud
1968	Pabellones especiales en el Hospital Borda (varones)	Servicio Penitenciario Federal
1979	Servicio Psiquiátrico de Varones Unidad N°20 en el Hospital Borda	Servicio Penitenciario Federal
Hasta 1980	Pabellones especiales en el Hospital Braulio Moyano (mujeres)	Salud
1980	Servicio Psiquiátrico de Mujeres Unidad N°27 en el Hospital Braulio Moyano	Servicio Penitenciario Federal
2011	Mudanza de las Unidades N°20 y N° 27 al Complejo Penitenciario Federal de Ezeiza.	Servicio Penitenciario Federal
<i>Dispositivos provinciales Santa Fe. Trayecto de la cárcel al manicomio.</i>		
Hasta 1985	Internación en los hospitales monovalentes públicos provinciales.	Salud
1985	Unidad Psiquiátrica Penitenciaria “El Corralito” en la Cárcel de Coronda.	Servicio penitenciario provincial.
2008	Cierre de “El Corralito” y derivación a los hospitales monovalente públicos provinciales.	Salud

Tabla 1. Trayectos de los dispositivos de atención en salud mental para locos delincuentes y delincuentes locos. (Producción propia).

Resulta pertinente señalar que el contexto de cierre del Corralito además fue aprovechado para poner en marcha dos dispositivos que ya habían sido incluidos en la Ley santafesina 10.772 de 1992: los equipos interdisciplinarios de asistencia en salud mental en cárceles, y las Juntas Especiales de Salud Mental, ambos creados en la órbita de salud pero con intervenciones en el punto exacto de la intersección con la órbita penitenciaria: por actuar directamente en “su territorio” –la cárcel- y en diálogo con sus “voces de autoridad” –la justicia penal-.

Con respecto a los equipos interdisciplinarios de asistencia en salud mental en cárceles, el art. 23 de la normativa insta a la creación de Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, “para la asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal (...)” (Ley 10.772/1992). Recién doce años después de aprobada, en el año 2004 se creó el Programa de Salud Mental para

ciudadanos detenidos o bajo medidas de seguridad, pero al contrario de como indicaba la ley, fue inscripto en el ámbito penitenciario de la provincia. “Este dispositivo tenía entre sus funciones la asistencia en salud mental a ciudadanos detenidos en alcaidías, seccionales, comisarias y otros lugares de detención dependientes de la policía de la provincia” (Faraone y Valero, *ibídem*: 148).

En la actualidad, la provincia cuenta con diez unidades penales¹¹ dentro de las cuales pueden identificarse diferentes dispositivos dedicados a la atención en salud/salud mental, algunos en la órbita del Ministerio de Salud, y otros en la del Servicio Penitenciario provincial. De los primeros, se deben mencionar los Dispositivos Interdisciplinarios en Salud-DIS de la Dirección Provincial de Salud Mental, creados en el proceso posterior al cierre del Corralito. Funcionan en todas las cárceles con excepción de la Unidad Penal 10. Tienen una composición más bien desigual; hay penales en que el DIS sólo se compone de psicólogos, en otros también hay enfermeros, trabajadores sociales, y psiquiatras. Para dimensionar en su justa medida el nivel de incidencia de este dispositivo, a modo de ejemplo vale señalar que para el año 2018 el DIS del penal de Piñero se componía de dos psicólogos¹² en una población carcelaria que entonces alcanzaba los 1700 internos. Ello permite inferir que el personal del DIS alcanza a cubrir un segmento más bien acotado de la demanda y que, en los casos agudos o crisis subjetivas graves, se requiere la atención de equipos de salud interdisciplinarios presentes, precisamente, en las instituciones sanitarias especializadas.

Por su parte, el Servicio Penitenciario cuenta en cada unidad con un servicio de atención médica que funciona de modo similar a una guardia. Se compone de médicos, enfermeros y un psiquiatra. Por último, existen los Equipos de Acompañamiento para la Reinserción Social-EARS, que se conforman con trabajadores sociales, psicólogos y terapeutas ocupacionales. La relación entre los espacios fluctúa y depende del clima político que marca el pulso de la relación entre el Ministerio de Salud y el de Seguridad. Los abordajes de cada dispositivo también varían; algunos se proponen un trabajo de tipo clínico-terapéutico, otros de tipo medicamentoso

¹¹ De ese total, la mayoría están ubicadas en Rosario, y el resto repartidas en territorio santafesino hacia el norte, centro y sur: Unidad Penal 1 (Coronda), Unidades Penales 2 y 4 (Santa Fe), Unidades Penales 3, 5, 6 y 16 (Rosario), Unidad Penal 9 (Recreo), Unidad Penal 10 (Vera), y Unidad Penal 11 (Piñero). Considerado el recorte de esta investigación, y las características del trabajo de campo realizado, el análisis que aquí se presenta se circunscribe a la situación de los hospitales, y en particular la del Hospital Agudo Ávila, y se excluye deliberadamente la situación que se presenta en las cárceles provinciales bajo la órbita del Servicio Penitenciario de la provincia de Santa Fe.

¹² EL DIS de Piñero fue conformado en el año 2010, y estaba compuesto por trece profesionales. Si bien la política de traslados de recursos humanos de una repartición del gobierno provincial a otra implica el enroque con otra persona que ocupe la vacante, está claro que esto no sucedió ni sucede en los DIS.

o farmacológico, y con supervisión cercana de los juzgados de ejecución de la pena, con cierta propensión a la judicialización de los procesos de atención en salud.

En cuanto a las Juntas Especiales, el art. 22 de la ley provincial las define como las instancias que, dependientes de la Dirección de Salud Mental, tienen como funciones “Recibir los Oficios y pedidos judiciales; Dictaminar sobre el lugar más adecuado y aconsejable para el desarrollo del tratamiento, teniendo en cuenta las condiciones del sujeto afectado; Dictaminar acerca de la presunta inimputabilidad e incapacidad para actuar en procesos penales; Dictaminar acerca de la cesación de medidas de seguridad.” (Ley 10.772/1992). La provincia cuenta con dos Juntas interdisciplinarias compuestas por profesionales de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y el derecho, una con sede en la ciudad capital, la otra en Rosario.

De conjunto, las diversas instancias y dispositivos provinciales existentes sobre las que se sostiene la política de abordaje de los casos que presentan una yuxtaposición entre los ámbitos penal y de salud mental son diversas y heterogéneas. Las tensiones y dilemas que conllevan y que le son constitutivos se actualizan todo el tiempo. El trayecto de la política provincial ha tomado la dirección “de la cárcel al hospital”; como analizo a continuación, ello no ha sido sin consecuencias para los hospitales monovalentes de la provincia. En el proceso de trazado de ese circuito se ha resistido la creación de pabellones separados para los pacientes penales en la Colonia de Oliveros (entre los años 2005 y 2008, es decir, durante el proceso de cierre del Corralito), y también en el Agudo Ávila, durante el año 2016.

2. Locos-delincuentes y delincuentes-locos en el *Agudo*.

En el área de salud mental de la provincia, la Colonia de Oliveros, el Hospital Mira y López de la ciudad de Santa Fe, la sala penitenciaria del Hospital General Cullen de la misma ciudad y el Hospital Agudo Ávila de Rosario son las instituciones públicas estatales¹³ no-penitenciarias en las que se admiten internaciones de personas en conflicto con la ley penal, ya se trate de aquellas que se encuadran bajo el art. 34 del Código Penal, como aquellas detenidas, procesadas o condenadas y que aguardan o cumplen una pena privativa de la libertad en alguna dependencia del servicio penitenciario.

¹³ A ellas se suman una serie de comunidades terapéuticas, dispositivos de tipo privado-religiosos que mediante convenios con el estado provincial recibe a estas personas.

El hospital Agudo Ávila cuenta entre su población internada con pacientes que han sido declarados inimputables a quienes se les ha dictado una medida de seguridad curativa, que implica su internación en una institución de salud. Sobre la muestra construida, de un total de 54 casos relevados, son tres las personas que están en estas condiciones; uno de ellos es de los pacientes que fueron derivados del *Corralito* cuando éste cerró definitivamente en el año 2008. Estos pacientes se diferencian del resto de las personas internadas sólo en los puntos atinentes a la administración de sus permisos de salida y derivación o externación: como ya se mencionó, la ley indica que estas cuestiones no están a cargo de los equipos sino de los jueces que instruyen en sus causas (art. 23 Ley 26.657).

Asimismo, también partiendo del total de esa muestra, son 7 los pacientes con una causa penal o condena efectiva. La diferencia entre unos y otros dentro del hospital es que los segundos permanecen, durante el período que dure la internación, a cargo de dos custodios penitenciarios asignados a la tarea de seguridad y vigilancia las 24hs del día.¹⁴ El sector asignado a estos pacientes es el ala oeste de la planta alta del pabellón 3. Los conflictos que giran alrededor de su presencia en la institución son constantes; ha sido una de las primeras tensiones relevadas durante el trabajo de campo, y se sostuvo durante todo el período.

De hecho, mi primera asistencia a un pase de sala con el conjunto de los equipos de internación tuvo la particularidad de contar con la presencia del entonces Director de la institución, abocado personalmente a los casos de los pacientes penales internados en ese momento –eran 5- a razón de un conflicto que tenía a los trabajadores del hospital haciendo paro. Una bandera en la reja de la fachada de la institución decía en letras negras y amarillas “*No al pabellón penal en el Agudo Ávila*”. La intención era resolver lo antes posible cada situación para lograr la derivación o externación inmediata, y “calmar las aguas” en el Hospital.

Por entonces, uno de los pacientes con custodia del servicio penitenciario había sido esposado a su cama, medida prohibida dentro del hospital, donde –como señalé en el capítulo anterior- rige el principio de libertad ambulatoria. Un pedido de habeas corpus correctivo por parte del Servicio Público Provincial de la Defensa Penal (SPPDP)¹⁵ motivó una intervención de un Juez provincial, quien determinó que el Hospital no tenía las condiciones edilicias y de

¹⁴ Como ya adelanté en el capítulo 5, la presencia de 14 custodios supera la cantidad de profesionales que están en la institución durante el turno mañana.

¹⁵ Es la oficina perteneciente al Poder Judicial de la provincia de Santa Fe que tiene a cargo la defensa pública gratuita de toda persona acusada de un delito, o que se encuentra cumpliendo una pena.

seguridad que garantizara la estadía de estos pacientes. En una resolución de julio de 2016 se indicaba entonces la construcción de una sala específica destinada a esta población.

Como anexo a la resolución judicial mencionada, una serie de informes del estado actual del pabellón y del hospital, planos del edificio y un listado de sugerencias de reforma y construcción a cargo del servicio penitenciario argumentaba e indicaba las reformas necesarias para la creación de lo que en esos documentos se menciona como Sala de Cuidados Especiales (SACUES).¹⁶ Luego de constatar una situación de *riesgo extremo a la seguridad pública*, los documentos pasaban a indicar, entre otras cosas, la colocación de una puerta de hierro para dividir a la mitad la planta alta del pabellón 3, cámaras de seguridad para monitorear todo el perímetro, la escalera, el ingreso, los pasillos y las ventanas, puertas de hierro macizo para las habitaciones, con una mirilla central y un pasa plato, y se establecía un cupo de capacidad para diez internos admitidos en el nuevo dispositivo. Además, definía que la SACUES debía estar a cargo del Servicio Penitenciario de la provincia, en la órbita de su Dirección de Sanidad, y se le debían asignar un médico psiquiatra y tres enfermeros exclusivamente para el área.

Las reformas fueron resistidas por los trabajadores y profesionales, la Dirección del Hospital se expidió en contra de la resolución, y las autoridades políticas –del área Salud así como la Gobernación- hicieron caso omiso a la resolución judicial. En un intento por recobrar la voz autorizada para definir las condiciones en las cuales se llevan adelante las internaciones de estos pacientes, las autoridades del Agudo Ávila publicaron unas semanas después una resolución que podía leerse en los pizarrones informativos y la puerta del *office* de enfermería así como el dos-diecisiete que decía:

Por medio de la presente, informamos respecto a las condiciones de permanencia de las personas detenidas e internadas y sus custodios respectivos:

- los pacientes detenidos e internados **NO DEBEN ESTAR ESPOSADOS.** De ser necesaria una contención física, se prefiere realizar la misma a través de las tiras de contención habilitadas para tal fin en las instituciones sanitarias, con indicación médica.
- los custodios (personal policial o penitenciario) deben permanecer **SIN ARMAS Y CON ROPA DE CIVIL.**

Se considera que el contacto visual podría ser suficiente como custodia dentro de la Institución, en este sentido, es importante que el personal asignado se encuentre en el sector del paciente custodiado.

¹⁶ Se trata de un informe pericial sobre el edificio elaborado por la Dirección de Seguridad del Servicio Penitenciario provincial así como del Informe Técnico N° 543 de la Dirección de Construcciones Penitenciarias de la misma repartición.

Si bien el proyecto de reforma quedó en la nada, da cuenta de que, lejos de ser una cuestión resuelta, la conflictiva en los abordajes de la población penal se reactualiza en contextos particulares. Aun existiendo una variedad de dispositivos para encuadrar la política provincial, las contingencias que se suceden en instituciones sanitarias o carcelarias –motines, hechos de violencia, abusos de autoridad o violación de derechos- motivan soluciones variadas que intentan recobrar cierto equilibrio en las respuestas posibles. El drama irresoluble de una doble identidad (loco/delincuente), una doble explicación de los problemas (locura/delito), una doble inscripción de las respuestas (clínico-asistencial/punitiva), es explicativa de esos vaivenes.

Lo cierto es que en las noticias de cada día, que circulan como chisme de pasillo, o las situaciones de “chispazos” entre trabajadores y Dirección de la institución está presente la tensión que provoca la atención de estos pacientes. Los motivos pueden ser variados: la resistencia de los custodios a encuadrarse en las normas de la institución, diferentes a las penitenciarias; la fuga de un paciente; la alteración que, según los trabajadores, provoca en el resto de las personas internadas la presencia de personal policial; la obligación de admitir internaciones judiciales cuando desde la institución se evalúa que no existe criterio clínico que las justifique; la negativa por parte del personal de asistir a pacientes penales agresivos porque no están dadas las condiciones de seguridad, entre otras. El asunto de los presos en el Hospital es en general *la papa caliente* de toda Dirección que asume la conducción de la institución.

Los pacientes penales.

Terminando de subir las escaleras a la planta alta del pabellón tres, uno se topa con un policía que pregunta qué se necesita, aunque en tono poco amable, casi invitando a la retirada. El paisaje de este lugar del hospital es una mezcla de hospital y cárcel: algún colchón tirado en el pasillo que espera ser recogido por mantenimiento, la radio no muy fuerte que ameniza el ambiente con un poco de cumbia, ropa y toallas que cuelgan desde las puertas de mampostería de las habitaciones. Es cierto, no hay rejas ni portones, pero los custodios se ubican en el punto

en que los pacientes no podrían desplazarse más allá sin ser escoltados por uno de ellos. Salvo que salte por la ventana de la habitación, que no tiene rejas. Ha pasado.¹⁷

En el hall, una mesa con una pava eléctrica, cargadores de celulares y dos libros de actas. Alrededor custodios sin uniforme sentados en las pocas sillas de plástico miran a la nada con cara de aburrimiento. Los pacientes probablemente estén en la cama.

En general, las estadías de las personas que provienen de las instituciones del servicio penitenciario son breves. El trabajo clínico apunta a la estabilización de su cuadro para facilitar la vuelta al lugar de detención lo antes posible. Algunos se van de alta, otros consiguen el beneficio de la prisión domiciliaria; el pasaje por el hospital se supone que facilita esos pedidos de la defensa ante el Juez.

Se trata en todos los casos de varones jóvenes –rondan entre los 20 y los 35 años, salvo “el viejo”, que tiene 59- que en su mayoría no han terminado los estudios secundarios. Las causas penales son variadas: robo simple o calificado, homicidio, tentativa de homicidio, violencia de género. Los diagnósticos también: policonsumo de sustancias, depresión, psicosis, esquizofrenia. Uno de ellos ha sido diagnosticado con un cuadro de retraso madurativo, y está en proceso de evaluación de imputabilidad.

Las historias clínicas son más bien breves, y contienen algunos documentos que el resto de los registros de los pacientes no tiene: fundamentalmente, fotos del torso y rostro, de frente y perfil, con señalamiento de marcas, tatuajes o cicatrices. Es información que produce el Cuerpo Médico Forense de los Tribunales o el Departamento de Sanidad del Servicio Penitenciario y que se anexan a la historia clínica con que se trabaja en el Hospital.¹⁸ Además hay evaluaciones producidas por estos profesionales, médicos en todos los casos,¹⁹ que permite

¹⁷ En una de las entrevistas que tuve con un paciente en su habitación una mañana, nos interrumpió personal de Asuntos Internos de la Policía provincial que iban a sacar una foto a la ventana de la habitación porque uno de los pacientes penales se había fugado saltando desde allí.

¹⁸ Cuando el paciente es dado de alta, su historia clínica permanece en el Hospital, en la oficina de Archivo, como sucede con el resto de los pacientes.

¹⁹ En entrevista con un psicólogo perteneciente al Dispositivo Interdisciplinario de Salud de la cárcel de Piñero, refiere que quienes hacen atención psicológica de los internos del penal prefieren no elaborar informes escritos sobre el trabajo clínico que realizan con sus pacientes, salvo que el caso lo amerite. Consideran que el sistema de salud pública, y también la cárcel, tiende a la reproducción de historias clínicas infinitas que resultan siendo violatorias de la intimidad de las personas. Además, señala que a la hora de poner por escrito en un informe las apreciaciones del trabajo con un paciente hay que pensar quién lo va a leer; “no sé qué puede llegar a leer un juez en uno de nuestros informes, pero hay que problematizarse que podrían llegar a ser herramientas para terminar psicopatologizando la delincuencia” (PSC). Esta reflexión convoca a revisitar la tarea encomendada a todo dispositivo disciplinario en la producción de registros exhaustivos de lo que allí sucede y los efectos que ello genera (Foucault, 2014a). Por lo demás, abre también la hipótesis de que la utilización del lenguaje médico, valorado por su cientificidad en el ámbito jurídico, sea parte de una estrategia de legitimación de las evaluaciones de salud para orientar las causas de los pacientes en conflicto con la ley penal hacia una u otra dirección.

señalar una diferencia en el lenguaje del registro de las anotaciones de la evolución diaria. En casi todas las historias clínicas de estos pacientes hay notas judiciales, partes del expediente de su causa penal y registros de acontecimientos que tienen lugar en la cárcel y pueden ser explicativos del pasaje por el hospital: intentos de suicidio, enfrentamientos con otros internos, descompensación de un cuadro depresivo.

Así es la historia clínica de Pedro, con tres internaciones en el *Agudo* de las cuales siempre se fugó. El apartado de oficios judiciales tiene más fojas que el de la *Evolución* diaria; fotos a color, notas varias del juzgado, y sus huellas digitales. Está preso en una causa por robo simple, y tiene varios diagnósticos; el último indica “F 19.2”, el código con que el Manual CIE-10 identifica los “Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos, con síndrome de dependencia”. El equipo tratante del *Agudo* evalúa que no hay criterio clínico para la internación.

Cuando van al baño, cuando van al comedor, cuando permanecen en el patio, los pacientes son custodiados, más de cerca, más de lejos, por el policía que está a su cargo. El perímetro del área de Internación es todo el espacio en el que tienen permitido circular: no hay permiso de salida para participar de actividades de ningún tipo. Este criterio se aplica estrictamente luego de que en una ocasión uno de los pacientes penales se fugara desde el Centro Cultural Gomecito. Su custodia estaba vigilando la puerta que conecta el Centro Cultural con el patio de Internación, pero olvidaron que el Gomecito tiene una entrada independiente por calle San Lorenzo. El paciente se fue caminando, los custodios fueron sumariados, y el Centro Cultural cerró definitivamente la puerta que conectaba un patio con otro.²⁰

Asimismo, tampoco cuentan con acompañamiento terapéutico u otras alternativas o apoyos durante la internación, porque la intervención se limita a la estabilización. “*Son pacientes que están de paso, se compensa y vuelve de donde vino*” (PSC). A diferencia de la cárcel, sí cuentan con el beneficio de recibir visitas todos los días.

El grado de conflictividad que genera la presencia de estos pacientes en el hospital varía en función de la cantidad: no es lo mismo cuando hay dos, que cuando son siete u ocho. En

²⁰ La fuga implicó el desembarco de la Policía de Acción Táctica al espacio del Centro Cultural, con un despliegue de análisis de “la escena del crimen” que alteró el funcionamiento de las actividades que estaban teniendo lugar. Hacía un tiempo los trabajadores del Gomecito se problematizaban en torno a la función custodial que les era indirectamente asignada en tanto equipos y custodios se desentendían —desde su mirada— de los pacientes “mandándolos” a que pasaran el tiempo allí. El episodio marcó un punto de no retorno. La puerta se cerró y eso obligó al replanteo del uso de los permisos de salida con planificación, con horarios, con acompañamiento, etc. Los pacientes penales dejaron de acudir a las actividades.

estos momentos, afloran los malestares: no falta el “*paciente tumbero con intención de comandar el pabellón*” (TS) y alterar al resto de los pacientes, o los que son señalados como aquellos que organizan los pequeños actos delictivos cotidianos que tienen lugar.

En este momento hay 8 pacientes penales, es un descontrol Internación. Hay uno que limpia, lava y dirige al resto; “*bien como en la cárcel, hasta el Director quiere renunciar*” (TS) (DC).

Los pacientes penales estaban a los gritos, “comandando” el pabellón. Cuando me iba, en el hall de consultorios externos estaban sacándole las esposas a uno que volvía. 2 policías armados y con chalecos antibalas en la sala de espera de un hospital (DC).

Los custodios penitenciarios.

Los custodios son policías del Servicio Penitenciario provincial que cumplen turnos de 24hs, repartidas entre el Hospital Agudo Ávila y la cárcel de Piñero, al sur de la provincia. Como tienen su propio móvil, pueden moverse de una institución a otra con relativa facilidad. En general, se trata de personal que viaja desde otras localidades de la provincia, por eso no es extraño ver sus mochilas de viaje al costado del Hall del pabellón. Además, deben traer una muda de ropa ya que deben estar vestidos de civil conforme la resolución del Hospital que indica mínimas condiciones para su permanencia. Sin embargo, la mayoría de ellos viste, si no el uniforme, al menos ropa de entrenamiento o con insignias de la Policía o el Servicio Penitenciario. Los que hacen guardia nocturna se turnan con su dupla para poder dormir. Se tiran en el piso del hall del pabellón; no tienen camas o colchones. También por resolución institucional deben estar desarmados, y tienen prohibido esposar a los pacientes que tienen bajo custodia.

En cuanto a las modalidades de intervención habilitadas para los guardias, de sucederse un conflicto con otros pacientes ellos tienen permiso para intervenir. Si no, en el resto de los casos sólo cumplen la función de vigilancia, y el resto del trabajo deben hacerlo los enfermeros.

Hablando con los custodios me comentan que al viejo [el paciente que tiene bajo custodia] la semana pasada la mujer le trajo una torta, y trajo una cuchilla para cortarla, y después el viejo subió con la cuchilla y andaba amenazando a la gente en el pasillo, y que ellos intervinieron para reducirlo. En esos casos intervienen ellos, no los enfermeros. Pero luego me aclaran que *no le podemos pegar ni nada, por los derechos humanos* (DC).

Los conflictos que se suscitan entre guardias penitenciarios y el resto del personal del hospital tienen su base en la mirada antagónica respecto de los abordajes: entre la función de

asistencia y la función de vigilancia, se ubican una serie de técnicas y metodologías de trabajo sobre las que a veces es imposible concretar acuerdos mínimos. Si el hospital indica la no sujeción con esposas, los pacientes tienen muchas posibilidades de fugarse –como el caso de Pedro, que lo hizo cada una de las tres veces que fue internado en el *Agudo*-. Cuando eso sucede, los guardias son sumariados y se abre una investigación, que en general culmina con una sanción, lo que explica que haya casos de pacientes sujetados con esposas a sus camas. Así como también se explica que en los reingresos posteriores a la fuga, el paciente denuncia violencia policial; pues no es extraño el “pase de factura”. Otra vez, la historia clínica de Pedro sirve de ejemplo.

Por otro lado, la presencia policial es sentida por el resto de los trabajadores de la institución como la toma de un espacio que no les pertenece; es vivida como una “invasión”, que además provoca un efecto intimidante hacia el conjunto de los pacientes. El personal del Hospital siente cómo se les impone una autoridad que no reconocen como tal, mientras desde la Dirección de la institución sienten limitada su capacidad de intervención por no tener “poder de mando” (TS-DC) sobre los empleados del servicio penitenciario.

- A ver, si yo voy a la comisaría o a Piñero [el penal] y me meto en el sistema carcelario, y digo "a ver, traeme a fulanito que lo vamos a entrevistar". Me van a decir "¿y vos quién sos? Tomatela de acá. Te vamos a revisar, te vamos a meter el dedo..." ¿Me entendés? Ustedes tienen sus normas, nosotros tenemos las nuestras (TS).

- *¿qué relación tienen con los guardias del sistema penitenciario?*

- ¿éstos de acá arriba? Tienen instalado “el club de la cachiporra”. Ocupan el espacio como si el Hospital fuese de ellos (PSQ).

- Las cuestiones que han pasado más institucionales fueron por otros problemas: que han sido esposados los pacientes, que han sido maltratados por las mismas custodias. En varios casos nosotros en los pases de sala escuchamos que sí hubo situaciones en los fines de semana, o a la noche...

- *o sea, cuando está el equipo en general no...*

- yo he hablado muchas veces cuando le he preguntado al paciente en entrevistas si había sido esposado, como había sido tratado. Algunos me han contado que sí, otros que no. Pero si hay alguna situación así, al menos una tuve yo, traté de intervenir, decirle que no son las condiciones, que está haciendo un tratamiento por su salud, y no hubo problemas, se pudo charlar. No sé, he escuchado otras cosas, pero bueno, en el caso nuestro siempre lo hemos charlado y nos dirigimos a la abogada, y armamos los informes y nos dirigimos de esa manera (PSC).

- Yo la vez pasada tuve que llamarles la atención a dos o tres, porque por ahí ellos no respetan, charlan, eran muchos, por eso hicimos paro. Porque no queremos pacientes judiciales así, con tanta custodia. Porque se habían unido como 10 custodias arriba, y desplazan: están ocupando un lugar que es de los pacientes. Aparte atemorizan a los otros pacientes. Entonces, por ejemplo a la

noche, está bien, no es un lugar para que ellos estén, pero están ocupando un lugar que no les corresponde, ahí en el hall de arriba. Está bien ellos tienen que estar 12 horas, y no vas a estar cruzados de brazos todo el día. Pero escuchan radio, habían traído la *play*, se ponen a jugar, conversan, se ríen. A la hora de la noche, no respetaban el horario. Los pacientes nos decían que no podían dormir (ENF).

Los rasgos conflictivos de la convivencia cotidiana de pacientes penales, custodios policiales, y el resto de los pacientes y trabajadores del hospital se tejen en la superposición entre lógica penal y lógica asistencial, cruce que luego en las acciones reflejan que una de las dos prima, y la otra puede serle subsidiaria, o bien representar un límite, o sólo dejar sentado un desacuerdo. El vínculo oscila entre esas características y es posible señalar, por ejemplo, que hay modalidades del registro del comportamiento y de las manifestaciones del padecimiento de estas personas que imitan en cierto modo el lenguaje propiamente forense, algo que luego no se presenta en el resto de los pacientes internados que no tienen causas penales. En otros casos, las argumentaciones terapéuticas o la orientación de la intervención clínica opera como límite a la lógica penal que tiende a querer reproducirse tal cual en el espacio hospitalario, lo que explica una reglamentación que prohíbe el uso de esposas, uniforme policial o la portación del arma reglamentaria. A veces sólo se limita a dejar asentado el desacuerdo, algo que sucede cuando los equipos interdisciplinarios evalúan la ausencia de criterios clínicos que fundamenten internaciones ordenadas por la justicia penal, pero en las que no tiene potestad para resolver el fin de la medida, más allá de emitir un informe, un dictamen; ello no confiere más que un posicionamiento que puede ser tenido en cuenta o no por las autoridades del poder judicial.

A continuación, me interesa detenerme en el análisis de las tecnologías que tienen lugar en el gobierno de esta población en particular: el trabajo sobre la responsabilidad, el diagnóstico de peligrosidad y la evaluación de simulación.

3. Prácticas judicial-asistenciales.

En el medio de los conflictos cotidianos de convivencia, los equipos asisten a estas personas en su salud. Lo hacen entre mandatos legales, procedimientos institucionales y orientaciones clínicas. Las lógicas terapéutica y judicial se tejen en un entramado a partir del cual moldean las tecnologías características en el gobierno de una porción específica de la población hospitalaria en la Internación, los delincuentes-locos y los locos-delincuentes. Allí es posible identificar tres categorías que emergen de la información construida en el campo y que

resuena en la literatura que teoriza alrededor de esta particular problematización de la locura como peligro: la peligrosidad –valga la redundancia-la responsabilidad y la simulación.

La criminología positivista en el campo del pensamiento penal, y el alienismo o medicina mental en el campo de la psiquiatría propiciaron ambas, desde la segunda mitad del siglo XIX, encuentros particulares entre locura y crimen dando por resultado un corpus teórico que tiene esos conceptos entre sus pilares. Tal es así que ordenan parte de los debates hasta nuestros días. Aquí se propone estudiar las formas en que toman lugar el trabajo sobre la responsabilidad, el diagnóstico de peligrosidad y la evaluación de simulación como tecnologías de gobierno en el hospital psiquiátrico en la actualidad.

Trabajo sobre la responsabilidad

El vínculo histórico que une pensamiento penal y psiquiatría tiene en el concepto de responsabilidad un primer eje articulador. De hecho, los motivos por los cuáles los médicos comienzan a ser convocados por la justicia para la realización de las pericias psiquiátricas desde las primeras décadas del siglo XIX giran alrededor de un primer interrogante central: *¿por qué se comete un crimen?* El vehículo del acto que lleva a romper la ley está en el centro de la investigación judicial penal, pero ¿qué pasa cuando no hay motivos aparentes? El saber psiquiátrico se va a arrojar el poder de proveer las respuestas.

La categoría de responsabilidad refiere tanto a una cualidad, como a una obligación, como a la circunstancia de ser culpable de algo. En el pensamiento penal se la plantea en relación al presupuesto de libertad y razón que guía la acción de las personas: en tanto sujeto libre y dotado de inteligencia, cada uno es *responsable* de sus actos. Si desaparece alguna de esas dos condiciones –libertad y razón- cesa la responsabilidad. Bajo ese parámetro general, los primeros códigos y legislaciones modernas sobre delitos y penas van a tomar en consideración el principio de responsabilidad así como las justificaciones, excusas y atenuaciones que puedan existir en su cumplimiento (Sozzo, 2015). La locura es una de ellas y, por tanto, la recurrencia al saber psiquiátrico se hace fundamental para deliberar en torno a las causas que despiertan la comisión de un crimen y determinar los derechos y los deberes de los ciudadanos que los protagonizan (Vezzetti, 1985).

La pericia para determinar la responsabilidad penal se erige como tecnología de gobierno tempranamente, y coloca al médico psiquiatra en el centro de la escena con una función que es casi la del juez: en tanto tiene el poder de determinar el estado mental de una

persona a la hora de cometer un delito, recorta los límites sobre los cuáles ésta comparece ante la ley. No es exagerado afirmar entonces que “toda la historia de la intersección entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico puede interrogarse a partir del prisma de las cuestiones de responsabilidad” (Sozzo, 1999b: 163), pues es el problema central que domina este cruce desde sus inicios (Vezzetti, 1985).

Al calor de ese vínculo temprano se acuñaron conceptos como los de locura moral, monomanía y degeneración,²¹ categorías diagnósticas para expresar una coincidencia plena entre alienación y conducta que se desvía de la ley, y que representan diferentes capítulos en el desarrollo del saber psiquiátrico con función judicial en su intento por explicar crímenes caracterizados como “hechos monstruosos” (Foucault, 2008a) que “sacuden por su desmesura o su carácter absurdo” (Vezzetti, 1985: 131) y que por eso confieren “casos difíciles” para la Justicia (Sozzo, 1999b).

El art 34 del Código Penal argentino estipula que la locura es justificación para la desresponsabilización subjetiva ante un delito cometido: no es punible aquel que no comprende la criminalidad de su acto. Al mismo tiempo, su formulación contiene una responsabilización objetiva en tanto y en cuanto la persona es recluida en una institución por tiempo indeterminado (Sozzo, 1999b). Se es y no se es responsable a la vez, en la medida en que se exime del delito, pero igual hay sentencia y lugares especialmente destinados para cumplirla.

Por otro lado, desde la perspectiva clínica -fundamentalmente la clínica psicoanalítica-, el concepto de responsabilidad hace alusión a un posicionamiento del paciente respecto de su propio padecimiento, de aquello que le pasa. La responsabilización subjetiva es pensada aquí como “el propio proceso terapéutico, una salida de la situación de victimización, de destitución del lugar de sujeto que le cabe al usuario, de falta de compromiso con su tratamiento” (Braga Batista e Silva, 2005: 315). A diferencia del discurso del derecho que desresponsabiliza vía la inimputabilidad, pero también del discurso de la medicina, que desresponsabiliza en la medida en que hace de los pacientes un objeto de intervención, el discurso psicoanalítico busca a través de la responsabilidad restituir el protagonismo del propio sujeto en el proceso de cura.

²¹ El concepto de *monomía* explica una perturbación parcial, ya sea en la función intelectual, afectiva o instintiva, que deja intacta las demás facultades, y pasa a explicar el padecimiento de los grandes transgresores a las normas (Foucault, 2008a, 2007c; Vezzetti, 1985). La *degeneración* reemplaza estas categorías y representa una superación en el campo nosográfico; explica la locura a partir de la combinación entre caracteres heredados y los ambientales que provocan una dificultad para adaptarse a la norma y acatar la prohibición. Este concepto fue abandonado recién en el primer cuarto del siglo XX, reemplazado por la noción de demencia precoz, y lo que luego –ya con otras características- se clasificó como esquizofrenia (Zaffaroni, 2012).

Por lo tanto, los efectos de la dinámica que se establece entre responsabilización-desresponsabilización respecto de los propios actos o decisiones no se limitan a una forma de dirimir el curso de la causa penal de una persona que ha cometido un delito, sino que produce también efectos de subjetivación que orientan el trabajo clínico-terapéutico. Se confirma otra vez el carácter híbrido de las tecnologías de gobierno para esta población.

Existe entonces una forma específica de articulación entre responsabilidad-inimputabilidad-subjetivación, posible de ser observada en el hospital psiquiátrico en los casos de locos-delincuentes. El caso de Fernando, paciente del *Agudo Ávila*, sirve para ilustrarla. Preso por robo calificado, internado en el Hospital Mira y López, en la sala penitenciaria del Hospital Cullen, en la enfermería de la cárcel de Las Flores (todas instituciones de la ciudad de Santa Fe), fue luego declarado inimputable por homicidio, detenido-internado en el *Corralito* de la cárcel de Coronda hasta su traslado definitivo al Hospital Agudo Ávila a comienzos de 2009. De la lectura de su historia clínica puede decirse que, entre la doble identidad de loco y de delincuente, por momentos iguala su condición de inimputable a una declaración de inocencia, y por momentos iguala su internación a una condena de tipo penal que debe cumplir, en vez de en la cárcel, en el Hospital. Eso fija el modo en que lo habita: fugas casi diarias, robos, venta y consumo de sustancias psicoactivas. Además, los enfrentamientos con otros pacientes, con enfermeros, con los profesionales que lo atienden componen las hojas de su historia clínica.

Fernando sigue como en la cárcel. Toma el hospital como un “alojamiento residencial”, no hace lugar a un tratamiento posible (HC).

No hay responsabilidad ni conciencia del marco judicial del caso de Fernando por su parte (HC).

Según el equipo a cargo, el problema de la ausencia de “conciencia” de su situación judicial es la imposibilidad del desarrollo de un proceso de responsabilización subjetiva. El equipo interviniente entiende entonces que para hacer posible un abordaje terapéutico que permita el alta y evite una internación indefinida, se debe poner el foco en un trabajo de responsabilización subjetiva (clínica) que desplace la desresponsabilización subjetiva (penal) que resolvió la Justicia. La estrategia tomada con Fernando es buscar que la Jueza que instruye en su causa levante la medida de seguridad curativa que resolvió cuando lo declaró inimputable, de modo que ello habilite un movimiento, un trabajo de responsabilización sobre sus actos.

Fernando me dice en entrevista que “hace 6 años y 2 meses la jueza me niega la condicional por buena conducta”. Plantea que quisiera cumplir la condena y pagar por lo que hizo, así quedaría en libertad (PSC. HC).

El proceso de reformas democratizantes de la práctica en salud mental que tuvo lugar desde la segunda mitad del siglo XX, propició que la idea misma de la pericia para evaluar la responsabilidad fuera puesta en duda, y la declaración de inimputabilidad cuestionada en sus efectos desresponsabilizantes. Como afirma Tamar Pitch, que mira de cerca la experiencia de la Psiquiatría Democrática italiana, la psiquiatría contemporánea abre paso a dos ideas: “una, que es casi imposible verificar la incapacidad de entender y querer para evaluar los actos de las personas; y otra que, al contrario, tiene efectos terapéuticos importantes trabajar inscribiendo un proceso de imputación de responsabilidad” (1999: 114). La responsabilidad es más el producto de un proceso de interacción que un atributo de la persona, y además un elemento clave del proceso terapéutico.

- (...) es complicado porque se trata de definir si hay algo de un problema de salud mental y si lo hubiere, o habiéndolo, definir cómo responsabilizar a un sujeto, como implicarlo en un trabajo subjetivo que dé un movimiento y permita otro tipo de lazo con la vida, no es nada sencillo. Y en algunos casos te diría que tampoco... lleva tiempo. No te voy a decir que es imposible, pero va a llevar tiempo (PSC).

La asunción de responsabilidad por parte de la persona implicada puede cambiar diametralmente el abordaje clínico posible con los pacientes en conflicto con la ley penal. Cuando, a criterio del equipo, existe responsabilización subjetiva, para los profesionales de la salud destrabar el problema en clave terapéutica es efectivamente posible, y el abordaje no queda empantanado en el terreno gris de quién debe hacerse cargo -en otras palabras, *responsabilizarse*- de cada caso; es decir, si se trata de una cuestión de salud, o si se inscribe en el universo penitenciario.

[Conversando sobre la situación de un paciente que viene de una Comisaría con custodia policial]

- Se apeló desde la Defensoría que el paciente no tenía que estar acá. Se informó, y bueno, ahora cuando se levante la feria, y empiecen a trabajar, calculamos que se va a ir en unos días. Muy consciente él, en realidad fue una situación donde él había consumido alcohol. Sí reconoce que consumió varias veces alcohol con pastillas, pero *está consciente de su situación, pidió disculpas, se laburó desde ese discurso, se informó que el paciente se hace responsable de eso...* Porque, a ver, también en estas situaciones así, hay que evaluar que acá hay pacientes complicados desde la psicosis, desde situaciones más estructurales, entonces es más iatrogénico que esté alguien que está bien compartiendo el espacio con alguien que no está bien (PSC. El destacado es mío).

Desde el ámbito del derecho, y contemporánea a las transformaciones experimentadas en la práctica psiquiátrica que tienen lugar a partir de los años 50, avanza y se consolida una corriente de criminología crítica que busca hacerle frente al punitivismo, con el objetivo de disminuir el dolor que produce el crimen, y que sea respetuosa de los derechos humanos (Zaffaroni, 2012). En ese contexto de fortalecimiento del paradigma de derechos y de marcos jurídicos que regulan el debido proceso en perspectiva garantista, el discurso judicial también se interroga sobre las implicancias de la responsabilidad/des-responsabilidad jurídica en los casos de personas con discapacidad o problemáticas en su salud mental (Iglesias, 2018). Se desprenden de allí una serie de herramientas –tratados con rango constitucional, acuerdos, convenciones, sistema internacional de protección de derechos- que ponen la capacidad por encima de la dificultad (Monasterolo, 2016).

En este sentido, por ejemplo, a contramano de lo señalado en el art. 34 del Código Penal, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad CDPD, prescribe la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, es decir, el derecho a ser considerados *personas* ante la ley (CDPD y Protocolo Facultativo, Asamblea General de la ONU, 2006). Desde esta perspectiva, la declaración de inimputabilidad, lejos de ser una garantía de derechos para los sujetos eximidos de cumplir una condena por un crimen, estaría al contrario enajenándolos del pleno ejercicio de sus derechos, además de patologizando su conducta. Así, responsabilidad terapéutica y responsabilidad jurídica se refuerzan o se anulan mutuamente.

- si el paciente tuviera un problema de salud mental, si aun teniéndolo, cómo implicarlo en las consecuencias de su acto, bueno, depende de la gravedad de su problema, depende de las circunstancias que atraviesa en ese problema, pero sí, es difícil, es complejo, y no hay una norma, no hay una norma. Sí hay principios, y cuando digo principios: se implica en el trabajo de cura, se responsabiliza, hay deseo. Pero si esas cosas están ausentes, tiene que haber otro tipo de intervención, *porque si no es terapeutizar lo que no se puede terapeutizar*. No hay transferencia, no hay deseos... Tiene derechos (PSC).

Según este paradigma, la responsabilidad subjetiva como resultado de un trabajo clínico es posible en la medida en que el derecho habilite un encuadre jurídico que acompañe esa elaboración. En este sentido, la inimputabilidad y su efecto de eximir responsabilidad penal atenta contra dicho objetivo (Monasterolo, 2016). Para que la responsabilidad jurídica sea acorde al delito, y no se recorte a una perspectiva represiva punitiva, debe estar basada en una

reconsideración del estatus del sujeto hoy considerado enfermo mental, por lo tanto incapaz de ejercer sus derechos y obligaciones (Selmini, 1999).

Desde la perspectiva de la gubernamentalidad, es posible afirmar que el imperativo de responsabilidad subjetiva de raíz psicoanalítica es coherente con la lógica propia de la racionalidad neoliberal de gobierno de responsabilización individual por el destino propio que pesa sobre cada persona, que tiene como efecto la individualización, pero fundamentalmente la culpabilización cuando ese destino no marcha como debería según esa misma lógica (Mantilla, 2010c). Hace regir el principio de autoreconocimiento como sujetos que “tienen la responsabilidad de ser libres” (Foucault, 2012b) sobre un conjunto de personas a las que tal “virtud” les es negada por otras vías.

Volviendo al caso de Fernando, cuando ya llevaba casi cinco años de internación, y durante más de dos años, el equipo habilitó permisos de salida diarios con horario restringido y previa autorización del Juez. Fueron más de dos años de envío de notas judiciales casi diarias, audiencias e informes detallados sobre su evolución hasta que finalmente se logró que el Juzgado a cargo levantara la medida de seguridad curativa. A partir de allí, los permisos fueron extendidos desde la mañana temprano hasta la noche en el horario en que se cierra la puerta de Internación, para luego pasar a alquilar una habitación de hotel –que paga el hospital- y continuar el proceso de externación definitiva. Discutiendo su caso con su psicóloga, me señalaba que “hace un tiempo, la libertad para Fernando era impensable” (DC), y las modificaciones y desplazamientos en el propio proceso de responsabilización se potenciaron cuando la intervención judicial cedió ante la terapéutica. En sus palabras, Fernando expresa que finalmente pudo “*hacer conducta*”; “busco salir, buscar una casa, hacer una vida nueva, trabajar”. Se dedica a hacer todos los cursos y capacitaciones en oficio disponibles, se inscribe en la bolsa de trabajo del Municipio, intenta revincularse con su familia y amigos. Y si bien el proceso de externación avanza, aparecen trabas, obstáculos, límites que lo ponen en peligro, que no tienen que ver precisamente con la falta de responsabilización subjetiva, sino más bien con la desresponsabilización gubernamental-estatal por el destino individual de las personas: persiste la imposibilidad de acceder a una vivienda, de tener empleo para costear el alquiler y el resto de sus gastos, de ser alojado en una red de cuidados familiares y comunitarios que sostenga la externación. Ante ello, la respuesta disponible sigue siendo la misma: el hospital psiquiátrico.

Como corolario, puede decirse que en las prácticas de gobierno que articulan responsabilización-inimputabilidad-subjetivación se advierte cierta modulación de la noción de

responsabilidad que en sus orígenes vinculó a la medicina mental moderna y al pensamiento penal desde la segunda mitad del Siglo XIX. En esa modulación debe señalarse el papel del pensamiento clínico psicoanalítico con su propia definición de la responsabilidad subjetiva que compete a todo proceso terapéutico, y la forma en que esta noción entra en relación con la lógica de gobierno neoliberal y su imperativo de responsabilidad de los individuos frente a las decisiones que hacen a su vida. Como resultado, las intervenciones posibles combinan elementos de lo penal y lo terapéutico con distintos efectos conforme el marco que las haga posibles o que les ponga límites, de modo que los abordajes acaban definiéndose –como siempre- en el caso por caso (Pitch, 1999): la gravedad del delito cometido, la historia personal-familiar del imputado, su diagnóstico, el comportamiento y el grado de apego/desapego con las normas de la institución en que se aloja, la existencia o no de otros dispositivos para llevar adelante un abordaje, la posibilidad de contar o no con redes de cuidado u otras políticas que sostengan el trabajo de responsabilización subjetiva en términos de capacidad de autonomía y autoconducción. La pregunta por la responsabilidad de quién y sobre qué puede obtener así respuestas variadas. Al mismo tiempo, queda a la vista que la función del hospital no es sólo la del trabajo clínico terapéutico en la medida en que las respuestas que ofrece van más allá de eso si su lugar es el de responder –hacerse responsable- ante la carencia de otros elementos necesarios para el “éxito” de un tratamiento.

Diagnóstico de peligrosidad

Si el rol de la psiquiatría en el campo penal fue en primer lugar definir la responsabilidad ante un delito cometido, progresivamente avanzó acentuando un papel ocupado en atender a la personalidad del criminal. Dejó de esperar a ser convocada por la justicia para llevar adelante la tarea pericial y pasó a sostenerse por sus propios medios y con sus propios instrumentos en esa función (Vezzetti, 1985). La noción de peligrosidad es la llave que le habilitó este papel.

En esta conjunción alienismo/pensamiento penal, la psiquiatría desarrolla y consolida su capacidad de efectuar una doble codificación de la locura, como enfermedad pero también como peligro. Tiene el poder de advertir una amenaza, y puede hacerlo en la medida en que es un *conocimiento médico* (Foucault, 2007c: 118). En efecto, si durante el siglo XVIII el principal trabajo de la psiquiatría naciente –el alienismo- fue distinguir a la locura de otros modos de la desviación reunidos bajo “el gran encierro” (Foucault, 2010a: 75), el siglo XIX pareciera volver

a juntar eso que había sido separado: locura y crimen se unen en esta nueva tarea de la psiquiatría criminológica.

El concepto de peligrosidad instala el criterio por el cual los individuos pasan a ser juzgados, más que por lo que hicieron, por lo que *podrían llegar a hacer*. Esa capacidad de previsión sobre los actos y conductas la aporta especialmente el saber médico psiquiátrico. Estudiando los rasgos de la personalidad, puede advertir la potencialidad del peligro que se aloja en un conjunto de personas al reunir una serie de características o comportarse de cierta manera.

Toda la penalidad del siglo XIX pasa a ser un control, no tanto sobre si lo que hacen los individuos está de acuerdo o no con la ley sino más bien al nivel de lo que pueden hacer, están dispuestos a hacer, o están a punto de hacer.
(...) La noción de peligrosidad significa que el individuo debe ser considerado por la sociedad al nivel de *sus virtualidades y no de sus actos*; no al nivel de las infracciones efectivas a una ley también efectiva sino de las virtualidades de comportamiento que ellas representan (Foucault, 1991c: 92. El destacado es mío).

[Se abre] la posibilidad de una nueva modalidad de la caza del loco que se podría llamar, si se quiere, prevención. Va a desembocar en una intervención basada en una amenaza *virtual* que representa el enfermo, sin inscripción objetiva en los comportamientos reales.

Al abandonar la referencia a los comportamientos reales por unas imputaciones referidas al futuro, la psiquiatría comienza a arrogarse un margen de interpretación (y por tanto de intervención) cuyos límites no se vislumbran (Castel, 2009: 142. Destacado en el original).

Efectivamente, la noción de peligrosidad se guarda para sí el misterio y la paradoja de representar al mismo tiempo la afirmación de una verdad sobre un sujeto –es peligroso–, y la probabilidad de un acto del que no sabremos nada sino hasta que sea cometido, si es que llega a ser así finalmente. En ella se une lo que existe actualmente y lo que podría existir o suceder en un futuro evaluado como probable (Castel, 1986: 222).

Como principio penal, la peligrosidad ha permeado toda la práctica de la medicina mental, y está presente en los mecanismos de castigo ideados así como en el sentido conferido a cada uno de ellos (Foucault, 2008a: 166). Rápidamente la aplicación del criterio de peligrosidad pasó del objetivo de demostrar que un criminal puede estar loco, a plantear el hecho de que todo loco es un potencial criminal, haciendo de la tarea de protección a la sociedad el nuevo cometido de la psiquiatría, pues “en el corazón de toda locura, está inscripta la posibilidad de un crimen” (Foucault, 2007b: 297). El individuo peligroso no es ni exactamente

un criminal ni exactamente un enfermo (Foucault, 2007c: 41), sino la conjunción particular de ambos. He ahí la operación de fundación de lo que Foucault llamó el poder psiquiátrico.

La escuela del positivismo jurídico y sus corrientes ocupadas en estudiar la personalidad del delincuente y determinar su grado de temibilidad, adquirieron una fuerza gravitante en el campo del pensamiento penal desde finales del siglo XIX (Sozzo, 2015; Vezzetti, 1985) con efectos duraderos sobre el campo de las enfermedades mentales. Ello vale para Europa occidental en general, y también para la Argentina en particular, donde la corriente de la criminología positivista de Cesare Lombroso, promotora del giro del foco en el delito al foco en el delincuente, generó una influencia gravitante. Tal es así que el criterio de peligrosidad ha sido el principio médico-legal por el cual se decidieron las internaciones psiquiátricas hasta la aprobación en el año 2010 de la Ley 26.657 de Salud Mental, impulsora de un paradigma que pretende desterrarlo en consonancia con instrumentos internacionales que bregan por la reestructuración de los principios que rigen la atención psiquiátrica.²²

Antes de la 26.657, la Ley 22.914 de 1983 de regulación de las internaciones de personas en establecimientos de salud mental señalaba en uno de sus artículos que en la historia clínica de los internados debía constar el “*índice de peligrosidad que se le atribuya*” (art. 7). En esta normativa, la peligrosidad era definida a través del criterio de riesgo para sí o para terceros, es decir la evaluación de las probabilidades – allí la *virtualidad* señalada por Foucault y Castel - de dañarse a sí mismo o a otras personas. Estudios previos a la aprobación de la legislación actual (Mantilla, 2010a y 2010b) señalan que esa evaluación tomaba como elementos: el tiempo que se llevara trabajando con el paciente y cuánto se conocía de su historia personal, el papel que jugara la familia, la disponibilidad de camas en la institución, entre otras. De ello resultaba una gran variabilidad en las evaluaciones, que iban desde las consideraciones de subestimación a la sobreestimación del riesgo, resaltando la carencia en el criterio científico certero o debidamente fundado para determinar si una persona era peligrosa, ni obtener de allí un “índice” tal como estaba indicado por ley.

La legislación actual, al adjetivar el riesgo a evaluar como *cierto e inminente*, intenta circunscribir los factores de evaluación a la proximidad certera de un daño “que ya es conocido

²² Me refiero aquí a instrumentos ya mencionados en la introducción como la Declaración de Caracas (1990), o los Principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental (1991). En la jurisprudencia nacional, vale mencionar el Fallo Gramajo emitido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el año 2006, que establece la inconstitucionalidad de la peligrosidad como criterio para la aplicación de una pena: “(...) la peligrosidad, tal como se la menciona corrientemente en el derecho penal, ni siquiera tiene base científica, o sea que es un juicio subjetivo de valor de carácter arbitrario” (CSJN, 2006: 17).

como *verdadero, seguro e indubitable* que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (art. 20, Decreto Reglamentario 603/2013). Una definición que busca reducir todo lo posible la probabilidad del peligro en tanto amenaza virtual, resaltando la inminencia e indubitabilidad de hechos que puedan provocar un daño sobre sí mismo o sobre otros.²³

En el mismo sentido, la misma Ley propone una modificación al art. 482 del Código Civil sobre las personas declaradas incapaces, que si antes señalaba que “El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que *sea de temer* que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros”; ahora ha sido reemplazado por el criterio de riesgo cierto e inminente, a tono con las disposiciones de la mencionada ley:

No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial” (art. 43, Ley 26.657; art. 482, Código Civil).

A partir de estas transformaciones, las internaciones ya no se resuelven producto de una evaluación de peligrosidad así formulada. Ello sin embargo no da por tierra con la concepción de la locura como peligro, asociada a contextos o a diagnósticos particulares, y que es posible de identificar en algunas normas de funcionamiento institucionales o disposiciones e intervenciones que buscan la disminución de riesgos que no necesariamente se asocian a la inminencia e indubitabilidad, sino simplemente a la imprevisibilidad amenazante adjudicada a la locura en algunas situaciones. Entrevistas que se hacen con la puerta abierta o en presencia de personal de seguridad, cierto cuidado en evitar circulaciones por algunas zonas de la Internación en determinados horarios, “desaconsejar” la interacción con algunos pacientes, en conjunto con otras intervenciones guardan la latencia de la temibilidad.

El caso de locos-delincuentes y delincuentes-locos internados en el *Agudo Ávila* presenta además algunas características específicas respecto de las prácticas vinculadas a la peligrosidad y el riesgo. La noción de peligrosidad sigue siendo la utilizada en el lenguaje jurídico al expedirse sobre locos-delincuentes y delincuentes-locos, así como la caracterización del paciente como peligroso aparece como el criterio gravitante en la evaluación forense, es decir, del personal médico bajo la órbita de la Justicia. Pero también en el Hospital se la toma

²³ Cf. Capítulo 4.

como referencia a la hora de tomar definiciones sobre el abordaje correspondiente en las instancias judiciales: si hay traslado, en qué condiciones, cómo debe trabajar la custodia, entre otras cuestiones. Se refuerza el carácter de virtualidad del peligro, cobra centralidad como paraguas legal en el endurecimiento de las intervenciones, así como en la premura por lograr la derivación/externación.

Vuelvo otra vez al caso de Fernando, puntualmente al momento en que, fruto de la evolución de su tratamiento y conforme las evaluaciones frecuentes de su equipo de salud, la Jueza a cargo de su causa decidió poner fin a la medida de seguridad curativa mediante la cual se había definido su internación. En el Oficio que comunica la resolución al equipo interdisciplinario del Hospital se lee “*Desaparece la peligrosidad*, aun cuando no media la curación de la enfermedad” (HC, 2017. El destacado es mío). La Jueza ha determinado que Fernando ya no es más una persona peligrosa, y separa peligro de padecimiento.

En el caso de los pacientes que tienen causas penales en curso, y que están detenidos en la cárcel o en una comisaría, la derivación al hospital se hace por resolución del Juez que, para dictaminarlo, solicita primero la pericia psiquiátrica al cuerpo de Medicina Forense.

Urgente Evaluación Psiquiátrica.

Sr. Médico Forense en turno:

(...) el Juez de Urgencias [nombre del magistrado a cargo], respecto del Sr. [nombre del paciente] ha dispuesto su urgente traslado para su evaluación psiquiátrica, a fin de que se evalúe el estado médico psiquiátrico del imputado, si comprende la criminalidad de sus actos y si puede estar presente en un proceso penal, *si es peligroso para sí mismo o para terceros* (...). (Nota Judicial anexada a la HC. El destacado es mío).

En todas las historias clínicas relevadas de estos casos (siete en total), cuatro tenían anexado el informe de esta evaluación. Los cuatro afirman sin eufemismos: “*es peligroso*”, determinación necesaria para que se dictamine el traslado y la internación.

Sr. Juez:

A vuestra solicitud, evaluamos al Sr [nombre del paciente].

(...)

Los presentes hallazgos orientan claramente hacia una psicosis descompensada, alteración mental severa que le impide comprender la criminalidad de sus actos. *Es peligroso*, y debe ser internado en el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila, o la Colonia de Oliveros.

Hay casos en los que, mientras el informe pericial señala que hay peligro y se requiere internación, el equipo interdisciplinario del Hospital evalúa que no existe criterio –en términos de riesgo cierto e inminente. Como ya señalé anteriormente, ese es el caso de Pedro. Sin embargo, se evalúa “elevado monto de ansiedad”, “excitación psicomotriz”, y se toma nota de sus antecedentes en tratamientos de salud mental en la infancia: motivos que solicitan un esquema farmacológico destinado a reducir el riesgo. Dos días después, el paciente está tranquilo, disminuye la ansiedad, ya no presenta alteración psicomotriz.

Asimismo, si bien no se trabaja con el criterio de evaluación de peligrosidad, sí pueden encontrarse en cambio sesgos biologicistas-cognitivistas en la información de la que se toma nota en las entrevistas con el paciente o sus familiares, que no son usuales en historias clínicas del resto de los pacientes no penales:

[Entrevista con la madre del paciente] Antecedentes: embarazo normal, nacido a término. 4,350kg. Desarrollo acorde a su edad. Secundario incompleto (HC-PSQ).

Por último, las internaciones de los pacientes penales acarrearán además una carga moral, y cierto contenido estigmatizante. “El paciente detenido genera resistencia en todos los lugares, es así. Más allá del trabajo de los compañeros, etc., etc., etc., siempre genera rispideces” (PSC). En general, la asociación lineal entre delito-drogas-peligro suele ser el registro en el que se habla y se piensa en torno a estas personas, construyendo un discurso institucional que bordea la psicopatologización de la delincuencia y su vínculo con el consumo. Como reverso, en la cárcel sucede lo mismo, pero al revés: es el padecimiento subjetivo lo que aparece con contenido de peligrosidad y que, dependiendo de los modos en que se evalúe, puede impactar en la negativa al acceso de beneficios para las personas que cumplen una pena, como las salidas transitorias, o la libertad condicional.

Con todo, es posible afirmar que la peligrosidad como atributo sigue siendo gravitante ya sea en la decisión de internación o en la resolución de causas penales. El paso de la peligrosidad al riesgo característica de las políticas del campo (Castel, 1986; Rose, 2017), paso que ha tomado cuerpo en el marco legal vigente, se reconfigura del riesgo a la peligrosidad cuando se trata de pacientes penales en la medida en que el peligro potencial que representa la

locura sigue siendo el eje alrededor del cual gira el lenguaje jurídico, que impregna luego las prácticas institucionales en el Hospital.

Evaluación de simulación

Por último, es pertinente reseñar los contextos de emergencia de una problemática teorizada entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, y que aparece en las prácticas clínico-judiciales actuales más bien asociada a representaciones y mitos en torno al vínculo crimen-enfermedad mental. Me refiero a la simulación de la locura.

Es José Ingenieros, exponente del higienismo argentino, quien le dedica un estudio extenso al problema de la simulación de los estados patológicos, elaborando una clasificación que fue leída por sus colegas contemporáneos en Europa, y tomada como crítica y aporte al desarrollo de los discursos sobre el problema del progreso social y la administración de las desviaciones (Lakoff, 2005a). En esas páginas, define al problema de la simulación de la locura como parte de la lucha que libra todo individuo por su existencia, como un medio para lograr una mejor adaptación que le permita sobrevivir (Ingenieros, 2003), una fórmula de inocultable herencia darwinista.²⁴

Como parte de la clasificación que elabora, distingue la simulación de la locura como modo de mejor adaptación a las condiciones de lucha contra el ambiente jurídico: es la simulación llevada a cabo por los delincuentes.

[Los delincuentes], en general, figuran entre los individuos más simuladores. La razón es sencilla: los delincuentes no son sujetos "indiferentes" en la sociedad, sino "característicos", es decir, cuentan entre aquellos individuos en quienes la lucha por la vida es intensa; y según nuestro principio general, quien más lucha intensifica más sus medios de lucha, figurando la simulación entre los medios fraudulentos (Ingenieros, 2003: 37).

Este tipo de engaño se presenta en tanto y en cuanto la legislación penal, tal como se señaló más arriba, exime de responsabilidad de los actos delictivos a quienes son declarados locos. La psiquiatría gana su lugar exclusivo en el terreno de la criminología al evaluar la responsabilidad; con la clasificación y descripción de casos de simulación amplía el terreno en

²⁴ Como señala Von Stecher en su estudio: "Si bien en *El origen de las especies* Darwin no utilizó los términos simulación o simulador, como recuerda Ramos Mejía, sí demostró que el mimetismo es la forma más eficaz de adaptación del animal a las condiciones de la lucha por la vida, en tanto que al adecuar su forma y color a los objetos del ambiente logra esconderse de las especies enemigas, ya sea para defenderse o para atacar sin ser visto" (1983: 20).

que se despliega su saber específico en el ámbito de la administración de justicia: el médico psiquiatra es aquel que cuenta con las herramientas para no ser engañado. En su figura “se aúnan la ciencia y la astucia” (Vezzetti, 1985: 139). Por eso Ingenieros reúne una serie de casos en que describe y relata situaciones de simulación de personas que han montado un engaño para eludir la pena, intentando arribar a descripciones, incidencias y estadísticas como herramientas para el entrenamiento de la astucia de los nuevos médicos destinados a darle solución a este problema.

Más de cien años atrás, Ingenieros apuntaba que

(...) muchos autores han señalado cuán frecuente es la simulación del suicidio en la cárcel: en ciertos casos se pretende apiadar, con ese recurso, a los encargados de ejercer sobre los delincuentes su severa custodia; otras veces preténdese demostrar que un profundo arrepentimiento ha invadido su mente, enmudecida a los dictados de todo sentimiento moral. En ambos casos el delincuente emplea un medio astuto para atenuar la reacción defensiva de su ambiente jurídico-penal. El hecho es común” (2003: 37).

Y hace tan sólo diez años, el Decreto de creación de PRISMA, el Programa de atención de salud mental de la cárcel de Ezeiza, establece una serie de criterios por los cuales deben rechazarse las admisiones de internos en este dispositivo, y puntualiza:

No deben ser ingresados:

I- Las personas con el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio. En caso de duda se *deberá aplicar una batería diagnóstica que evalúe potencial simulación* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Salud, Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011. El destacado es mío).

La preocupación por fijar los parámetros a partir de los cuales resolver si un paciente debe estar en la cárcel o debe ser ingresado al dispositivo asistencial en salud mental llevó a los profesionales de PRISMA a construir una herramienta de medición y detección de la simulación en las pruebas y entrevistas de admisión; el Protocolo de Evaluación de Simulación (Rojas Machado, 2019). Los resultados en su aplicación han sido positivamente valorados por sus creadores, que lo consideraron una técnica útil “para el diagnóstico clínico de simulación en el ámbito penal” (Bertone et. al., 2012: 109). Según sus hallazgos, el éxito en la implementación permitiría alcanzar el doble objetivo de que las personas que han cometido un delito sean correctamente juzgadas, y que las personas detenidas por motivos penales que requieran asistencia en salud mental puedan recibirla oportunamente y en condiciones adecuadas.

En el *Agudo Ávila* no hay tal protocolo; más bien el problema de la simulación se expresa de manera particular, directamente ligado a los pacientes *penales* y lo que su presencia genera. Si a principios de siglo simular locura era estudiado como vía para eludir la responsabilidad penal, en el contexto actual se interpreta como una forma de eludir -“zafar”-²⁵ de la cárcel, aunque sea por un período de tiempo. Simulando un estado de crisis, el preso podría conseguir una derivación al hospital, donde las condiciones de internamiento serían menos hostiles que las de la cárcel, e incluso ofrecería posibilidades de intentar una fuga.

- las personas detenidas también han vislumbrado una forma de ablandar su reclusión... Es un tema del Siglo XIX, que es la simulación. La simulación del loco, del delincuente loco, del loco delincuente. Han encontrado una forma de morigerar las condiciones que son muy duras de detención, en un hospital, que son muchísimo más blandas y más llevaderas. Entonces vos escuchas, por parte de estas personas detenidas, que han armado una escena donde han logrado que el sistema judicial los alojara acá.

- ¿entonces los casos de simulación serían estos que vienen sin criterio de “salud” para la internación?

- Claro, en general, coinciden con los que no tienen criterio. Porque vos tenés los jueces, los peritos judiciales tienen una visión bastante superficial de la patología, y tampoco se interesan mucho. Pero cuando vos a ese caso se lo presentás a un equipo interdisciplinario, que trabaja específicamente en el tema desde hace muchísimos años, ahí el criterio cambia. Entonces ahí, además porque los muchachos te dicen “*si, mirá, yo quería zafar*”. Eso no quiere decir que no tengan algún tipo de padecimiento, pero no lo tienen en el grado de requerir una internación, ¿sí? se podría haber solucionado con un esquema de medicación, la posibilidad de poder conversar con alguien más sistemáticamente... (PSC).

La simulación suele ser asociada a los casos de internación en las que el equipo interdisciplinario del Hospital evalúa que no existe criterio para la internación. Sin embargo, es útil distinguir que no se trata de lo mismo: la consideración del criterio *no es una evaluación de si hay padecimiento*, sino de si hay *necesidad de internación* (por existencia de riesgo cierto e inminente). La simulación recrea una situación ficticia, inventada, donde no hay padecimiento, o se exageran los síntomas, o se expresan síntomas que no se correlacionan con el diagnóstico, donde las consideraciones sobre la manifestación del sufrimiento son puestas a prueba en un sentido de *veracidad*, casi como una prueba criminológico-pericial más que clínico-terapéutica. Puede haber sufrimiento; el caso es si ello requiere un traslado al Hospital para ser abordado por un equipo especializado.

²⁵ Expresión coloquial argentina utilizada para expresar la acción de liberarse de algo desagradable o molesto.

Esa distinción permite explicar el rechazo del uso de la categoría simulación por parte de algunos profesionales, en tanto, como sucede con la peligrosidad, no hay criterio clínico que garantice exactitud ni científicidad en la detección de los supuestos engaños para que eso cobre estatuto médico-legal e incida en la resolución de casos -si se deriva el paciente al hospital, si se lo traslada dentro de la cárcel, si se considera que un intento de suicidio fue genuino y hay que tomar medidas al respecto-.

Tampoco existe Protocolo ni procedimientos diagnósticos que evalúen posibles situaciones de simulación de enfermedad mental en el ámbito carcelario de la provincia de Santa Fe. El equipo que conforma el Dispositivos Interdisciplinarios en Salud-DIS que trabaja en contexto carcelario más bien toma distancia de la simulación como un problemática a la que prestarle atención.

- *¿ustedes tienen alguna especie de protocolo o procedimiento preestablecido para descartar casos de simulación?*

- [risas] es muy gracioso, muy gracioso y muy tumbero. Muy de película. Suponer que alguien se hace el loco, o para fugarse de un hospital de Salud Mental, es más de película. Opera ahí un desconocimiento muy grande de la población carcelaria, de las características socioculturales y socioeconómicas básicamente. Una cosa es que uno pueda determinar... primero no, no tenemos ningún protocolo obviamente [risas]. "*Está haciendo la caidita*" se dice. En términos tumberos es "*hago la caidita, me hago el loco, y me voy*". Primero, para que el servicio penitenciario considere que vos estás loco, tenés que estar loco. Y quien se haría el loco para, cumpliendo con los requisitos que el servicio penitenciario tiene para estos casos, si lo hace, realmente estaría loco: su simulación sería un acto de locura. Entonces, no, uno maneja los criterios clínicos de salud para ese tipo de cuestiones. Lo hemos hablado mucho, y uno se puede equivocar, y no tener razón, pero si entendemos que es necesaria una derivación a un efector monovalente de salud mental, es porque consideramos que el paciente está en crisis. Si no, no lo hacemos. Tratamos de establecer otras formas de atención -que son limitadísimas, por la estructura edilicia misma de la cárcel si querés-. Pero yo no he visto ningún simulador.

Hay distintas miradas, que son justamente lo que constituye la diferencia entre a quiénes están cuidando ellos, y a quiénes estamos atendiendo nosotros (PSC).

La evaluación de simulación no es entonces un procedimiento clínico aplicado como tal con el objetivo de descartar “padecimientos inventados”; sin embargo, se cuela en el imaginario, en las valoraciones, o aparece como respuesta simplificadora de la problemática que supone la presencia de población penal en el Hospital. La recurrencia a la sospecha de simulación es común entre el personal del Hospital como una duda que sobrevuela puesto que los pacientes penales son tomados por personas más bien propensas al engaño para obtener beneficios o aprovecharse de determinadas situaciones. En general se explica por el rechazo a

que el Hospital tenga la obligación de alojar a esta población; por lo que la demanda de “no queremos una cárcel en el hospital” más bien significa que lo que no se quiere es a los presos.

- los presos son atentos e inteligentes, ven a los otros pacientes y aprenden a imitarlos, a copiarlos en algunos comportamientos para simular síntomas. (DC-ENF).

Del otro lado, los mismos custodios del servicio penitenciario encargados de la vigilancia de los pacientes penales afirman que, si bien los presos están mejor en el hospital “porque la cárcel es jodida y acá están más tranquilos”, no creen que necesiten fingir nada, porque efectivamente la cárcel “los vuelve locos”, “los altera”. Que hay muchos que “estando ahí se enloquecen, los llevan al hospital, los tranquilizan, y cuando los vuelven a la cárcel, se vuelven a *flipar*” (DC).

He allí la paradoja que se expresa en la función ambigua entre custodia y cuidado de un conjunto de personas definidas por habitar la intersección entre dos lógicas que, en su convivencia, acaban siendo una relevo de la otra.

Con todo, es posible concluir que las prácticas judiciales penales analizadas, que se tejen entre la peligrosidad, la responsabilidad y la simulación dan fisonomía a la yuxtaposición entre las lógicas e intervenciones clínicas y las penales que no son siempre distinguibles unas de otras, sino que más bien están mutuamente permeándose y adoptando criterios una de la otra: funcionarios judiciales cumplen roles y tareas de diagnóstico y “cura”, resuelven traslados, internaciones y derivaciones; mientras que el personal asistencial lleva adelante la tarea custodial y acaban garantizando la efectiva aplicación de una pena o medida curativa, al tiempo que reproducen representaciones o estereotipos que ya han sufrido modificaciones en la legislación penal, frente a los cuales los funcionarios judiciales se han mostrado incluso más permeables. Se produce así la colonización del espacio del hospital con prácticas propias de la lógica carcelaria, lo que tiene por efecto la penitenciarización de la institución de salud.

4. Recapitulando.

La problematización de la locura como peligro toma forma en las prácticas judiciales asistenciales que tienen lugar en el contexto hospitalario; su estudio permite una aproximación a la intersección de los dispositivos penal y clínico asistencial en el gobierno de un conjunto

particular de la población que recibe asistencia en su salud mental en los hospitales monovalentes públicos de la provincia de Santa Fe.

Me he ocupado de dar cuenta del trayecto pendular de la política en esta dimensión, lo que se explica por tratarse de un asunto que desde sus inicios se configura con una doble explicación de los problemas (locura/delito), una doble identidad (loco/delincuente), y una doble inscripción institucional de las respuestas a estos problemas (clínico-asistencial/punitiva).

Santa Fe particularmente ha recorrido un trayecto que va de la cárcel al hospital, lo cual ha generado una serie de efectos en la configuración del espacio en tanto espacio terapéutico y en las prácticas que tienen lugar donde es posible identificar una tendencia a la penitenciarización, es decir, a la adopción de lógicas penales que pueden reconocerse tanto en la gestión de la vida cotidiana y las formas de interacción que tienen lugar entre los diferentes actores y voces de autoridad en juego, como en las tecnologías de gobierno que se definen en el cruce de dos dispositivos enlazados.

En cuanto a la primera, es posible afirmar en primer lugar que la demanda de atención en salud que se hace a la institución hospitalaria es también al mismo tiempo una demanda de su función custodial; la presencia de personal penitenciario no la salva de ello. El hospital garantiza la tarea de vigilancia de los pacientes penales a través de disposiciones institucionales distintas a las que toma con el resto de los pacientes internados. La penitenciarización se expresa así en una serie de medidas excepcionales o exclusivas para estos pacientes: prohibición de permisos de salida, prohibición de participación en actividades recreativas o de otro tipo, prohibición de circulación por el pabellón donde no está asignada su cama, prohibición de circulación sin dar aviso a su custodia. En algunos casos se suman medidas como entrevistas con el equipo asistencial en presencia de la custodia, o con la puerta abierta.

Asimismo, se despliega la lógica penitenciaria en las interacciones que tienen lugar, lo que se expresa en la imposición del “código” o los códigos carcelarios: pacientes penales que son identificados como “jefes” del pabellón, la recurrencia a la fuga o el intento de fuga, el código “tumbero” o “transa” reflejado en los pequeños actos delictivos cotidianos, la creación de circuitos de compra-venta de drogas ilegales, frente a las cuales las respuestas son punitivas, o propiamente carcelarias: uso de esposas, portación del arma reglamentaria, la “reducción” de pacientes que confieren un peligro, las golpizas a pacientes que son capturados luego de un intento de fuga, entre otras que fueron documentadas en el trabajo de campo.

En cuanto a las tecnologías de gobierno, también es posible señalar ese efecto de penitenciarización, en la medida en que las orientaciones clínico-asistenciales quedan subsumidas bajo el criterio custodial y la administración de las penas a aquellos que han cometido delitos. Esto es posible de analizarse a través de las formas en que tienen lugar el trabajo sobre la responsabilidad, el diagnóstico de peligrosidad y la evaluación de simulación. En las tres se combinan elementos de lo penal y lo terapéutico que encuentran entre sí una coherencia en su funcionamiento, lo que permite sospechar que el objetivo de control y el objetivo de cura de esta población en particular se parecen y están más cerca de lo que comúnmente se cree.

Lejos de perecer, la concepción de la locura desde el paradigma de la peligrosidad continúa presente configurando las prácticas; el diagnóstico de peligrosidad continúa en el centro de la evaluación forense, y ello no le es indiferente a la institución. Sesgos biologicistas en la construcción de información y el registro se cuelan en las historias clínicas de los pacientes penales, así como representaciones estereotipadas con una fuerte carga moral y estigmatizante.

Como resultado, la yuxtaposición entre dispositivo penal y dispositivo asistencial, lejos de constituirse en un antagonismo simplista -“la mirada clínica que busca la cura, y la penal que sólo quiere el castigo”- se articula de un modo tal en que la lógica punitiva prima.

CONCLUSIONES

Esta tesis se inscribe en el campo de estudios de gubernamentalidad interesados en analizar los modos de gobernar a los sujetos hoy a la luz de diversos temas o problemas. Su objeto de análisis son las prácticas discursivas y no discursivas a partir de las cuales se conduce la conducta de un conjunto de individuos que coinciden en un espacio y tiempo particular, el de la internación por motivos de salud mental en un hospital monovalente público-estatal. Para dar cuenta de estas prácticas se ha privilegiado la aproximación etnográfica, bajo el precepto de que es la presencia en el contexto mismo de su producción la que posibilitará una mirada situada, con capacidad de resaltar la importancia de la multiplicidad de tecnologías, de racionalidades y de relaciones de poder que allí se ponen en juego. El problema que recorre estas páginas es el de la correlación que se establece entre los modos múltiples de construcción de la problemática de la locura y las respuestas también múltiples –y por ello, heterogéneas– que ofrece el hospital psiquiátrico como dispositivo de gobierno.

He comenzado diciendo que en lo que respecta a los abordajes en salud mental, las modalidades de atención clásicas de internamiento en hospitales psiquiátricos han venido sufriendo fuertes modificaciones desde hace al menos 50 años. En este período ha ido ganando cierto consenso internacional una propuesta que privilegia la atención ambulatoria y con perspectiva comunitaria, impulsada fundamentalmente por diversos movimientos críticos a la psiquiatría clásica. La propia legislación argentina aboga por la implementación de este modelo, estableciendo como tarea la sustitución de los hospitales monovalentes, que deben ser reemplazados por dispositivos alternativos. A pesar de ello, estas instituciones siguen entre nosotros, dando respuesta a la problemática de los padecimientos mentales.

El enfoque de la gubernamentalidad me ha permitido indagar en torno al cómo del dispositivo psiquiátrico de modo de situarlo en su existencia absolutamente coherente y capaz de convivir con estrategias que se le oponen. A partir de esta mirada, en primer lugar he situado el hospital como una de las tecnologías de gobierno de la población que puede demandar atención por motivos de salud mental, que forma parte de un ensamblaje que combina diversos elementos heterogéneos y que se orienta a porciones específicas. El hospital permite la

articulación singular de una serie de problemas particulares que admiten respuestas diversas como la enfermedad, la pobreza, el consumo, el delito como parte de las manifestaciones del sufrimiento propias de poblaciones marginales, lesionadas en su capacidad de responder a un mandato de época: hacer uso de la responsabilidad de ser libres.

El movimiento que ocurre entre el tratamiento de la enfermedad mental en el asilo-manicomio, que cifra el origen de la problematización de la locura inscribiéndose en el universo de la medicina, y una problematización que gira en torno a la promoción de la salud mental en las comunidades resumen la transformación de la que será objeto el hospital psiquiátrico desde la segunda mitad del siglo XX. En el capítulo dos me ocupé extensamente de analizar esa modulación.

En primer lugar, ofrecí un recorrido por el aparato conceptual foucaultiano sobre el cual se sostiene el estudio del proceso de medicalización por el que atravesaron las sociedades modernas y di cuenta de cómo el saber y el discurso de la medicina canalizaron, sostuvieron e impulsaron las transformaciones en el ejercicio del poder en el momento de expansión del campo político que supuso la conformación de los estados nacionales, la consolidación del modo de producción capitalista y el crecimiento explosivo de una población que exigía ser gobernada. En el seno de ese proceso general, me enfoqué en la medicalización de la locura, inscrita en la torsión íntima que se dio entre medicina y hospital psiquiátrico. Di cuenta además del modo de expresión local de este proceso de surgimiento de una preocupación, un campo, un objeto y un dispositivo.

En segundo lugar, señalé una reconfiguración de ese encadenamiento de elementos que comenzó a tener lugar en la segunda posguerra, fruto de la confluencia de una serie de factores que hicieron que la enfermedad mental diera paso a la salud mental, y que la atención que privilegiaba la institución psiquiátrica pasara a hacer de la comunidad el espacio propicio para recibir atención. Un proceso que se acopló a una tendencia profundizada hacia los años 70 en cuanto una nueva racionalidad de gobierno experimentaba cierto “desbloqueo”, poniendo en marcha estrategias de gobierno propiamente neoliberales. En el estudio de las transformaciones que comenzaron a tener lugar en el campo de la salud mental constaté la paradoja de que ciertas pautas de gobierno de tinte neoliberal funcionaran como paraguas para políticas novedosas que incluyen el valor de la comunidad y lo comunitario en salud/salud mental. Como contrapartida, y resaltando también su condición paradójica, afirmé allí que los cambios que fueron introducidos replicando el lenguaje de lo comunitario, lo territorial, lo participativo fueron deseables y posibles en la medida en que no entraban en colisión con la lógica neoliberal si

podían ponerse a dialogar con su prédica sobre el rol que le cabía a la comunidad en el destino de sus miembros. De nuevo, me ocupé también de las expresiones locales de este desplazamiento.

En tercer lugar, esas transformaciones me llevaron a puntualizar sobre las características actuales del encadenamiento entre objetos y dispositivos en que se articula el gobierno de los padecimientos mentales. Allí me detuve en la distinción entre los procesos de medicalización, biomedicalización y políticas de la vida en función de los cuales se articulan hoy los procesos de optimización de lo biológico con un fuerte enlace entre tecnologías, investigación y economía de lo viviente, y una nueva moral de época en función de la cual el derecho a estar sano prima sobre el derecho a la salud.

Todo ese extenso trabajo de conceptualización me ha servido para dar cuenta del proceso mediante el cual la institución que nos ocupa fue rellenada estratégicamente, es decir, modificó su sentido y se reposicionó como tecnología de gobierno de la locura. Sin abandonar del todo la tarea que le fue encomendada desde el inicio, transformó sus sentidos y sumó otras.

Con esto quiero decir que entre la función social histórica del asilo psiquiátrico como institución de control que le fue originariamente asignada, la función asistencialista que efectivamente cumple en el marco de un sistema de salud en el cual las instituciones públicas quedan a cargo de brindar atención a las personas pobres y sin recursos, y las funciones de cuidado de la salud integral con perspectiva de derechos que la legislación vigente le otorga (hasta que sea sustituido), la demanda de gobierno que cubre el hospital psiquiátrico es tan diversa como divergente. Esta afirmación sin embargo, no pretende derivar de allí una búsqueda de “rupturas y continuidades” entre “lo viejo” y “lo nuevo” o de contradicciones entre diversas concepciones del problema a atender, sino dar cuenta de que existe una estrategia de gobierno múltiple, donde se suceden tanto encuentros como dislocaciones entre prácticas y discursos que no le quitan coherencia a la tarea de gobernar. Al contrario, el hospital es la garantía de esa coherencia interna.

En definitiva me he propuesto el desarrollo de un estudio más atento a las dinámicas heterogéneas que se despliegan al interior del hospital psiquiátrico que abra un debate con miradas que le otorgan casi exclusivamente la función de garantizar el orden y la reproducción social en nuestras sociedades de normalización; como si existiese una forma de ejercicio del poder que recorre una única dirección (dominantes-dominados). Y esto bajo la convicción de

que se puede decir *algo más* acerca de los modos en que se cifran las relaciones de poder características de estos dispositivos.

En este sentido, me ha guiado una doble intención. Primero, estudiar la multiplicidad de los discursos y prácticas alrededor de los cuales las personas internadas en estas instituciones son construidas como objetos de gobierno. Tal carácter múltiple se explica por un lado porque no siempre se trata del mismo problema u objeto: es el riesgo, la enfermedad, el desorden o el peligro, que no siempre van juntos y no siempre se combinan de igual modo. Por otro, porque cada uno de esos problemas acarrea a su vez un arco amplio de prácticas con diversas aplicaciones y efectos.

En segundo lugar, mi intención ha sido señalar que analizar el gobierno no se trata sólo del estudio de las formas en que se conduce la conducta de los otros, sino también detenerse en qué hacen esos otros con eso, y cómo se conducen a sí mismos. Por ello también he buscado analizar las posiciones que las personas internadas en esta institución toman frente a las prácticas que los tornan objetos de intervención. Qué hacen estas personas más allá y frente a las expectativas y ambiciones de quienes gobiernan, cómo viven en ese espacio-tiempo particular, cómo definen y qué hacen con todo eso que les sucede y que marca sus biografías.

La etnografía crítica y los métodos que le son característicos han sido una pieza clave en ello. He puesto en práctica el uso de técnicas de construcción de información –las entrevistas conversacionales, la revisión documental- y he construido casos y escenas en el texto etnográfico a través de los cuales fuese posible expresar los modos en que los sujetos/objeto de gobierno se posicionan con respecto al conjunto de prácticas que los constituyen como tales. Pues no habría otro modo de dar cuenta de los procesos de subjetivación que toman lugar en el seno mismo de las relaciones de poder sino atendiendo a las experiencias y voces de quienes son, justamente, blanco del poder.

A partir de estas coordenadas en cada capítulo fui avanzando sobre la delimitación de una problematización particular del objeto de gobierno y del abanico de prácticas a través de las cuales éste toma cuerpo. En el capítulo cuatro expuse que una de las formas de construir el problema lo provee la noción de riesgo. Administrarlo supone reducirlo, hacerlo manejable, y minimizar todo lo posible los daños a él asociados. Para ello se cuenta con prácticas netamente coactivas así como de prácticas cuyo objetivo es achicar esa coacción todo lo posible en función de un mandato de respeto a la libertad de la persona de decidir su propio destino, que delimita

la intervención a la provisión de herramientas que aminoren los posibles riesgos a los que se expone en el uso de esa facultad.

Esta ambivalencia de prácticas de abordaje del riesgo habita las tecnologías que se despliegan en el hospital, opuestas una de la otra: por ejemplo, la sujeción mecánica de una persona –esto es, sujetarla para impedir su movimiento y evitar así que se lastime o lastime a otros-, o la designación de una persona a cargo de hacer acompañamiento terapéutico que evite la sujeción y garantice otro modo de atravesar la situación de riesgo a través del cuidado y la protección. La decisión entre una u otra se juega en variables contextuales y disposiciones administrativas siempre diversas: la disponibilidad de recursos, la interpretación del encuadre jurídico que se haga de la situación, el juicio moral que pesa sobre la persona, dependiendo el paciente de que se trate.

Lo mismo vale para pensar las decisiones de internación, o su rechazo, así como los circuitos que se trazan en la gestión del riesgo. Cómo se llevan adelante las evaluaciones de riesgo para aceptar o rechazar el ingreso de una persona a la institución para recibir atención, decidir derivar o trasladar la demanda de atención a otra institución, dar el alta para luego en un corto período de tiempo volver a tener la misma demanda de la misma persona con el mismo problema, o directamente desatender en nombre del (la falta del) riesgo, son decisiones en las que convergen elementos contradictorios, que revelan la *incoherencia coherente* de la institución psiquiátrica.

El carácter múltiple de las prácticas de gobierno también aparece cuando se trata del objeto enfermedad mental. En el capítulo cinco analicé la recurrencia del cambio constante de diagnósticos así como a la expresión clínica de falta de conciencia sobre la enfermedad como prácticas que permiten inferir que la pretendida fortaleza de la mirada clínica para decidir sobre las terapéuticas a desarrollar con las personas que demandan atención en su salud no sólo no es sólida sino que tampoco es la más gravitante a la hora de llevar adelante las clasificaciones institucionales en función de las cuales se realizan los tratamientos.

Tanto en la evaluación del riesgo cierto e inminente, como en los estudios forenses periciales destinados a determinar la peligrosidad (objeto de análisis del capítulo 7), el carácter secundario y lábil de los diagnósticos psicopatológicos expone que la cientificidad que el saber psiquiátrico se arroga para sí en realidad está sostenida por tecnologías de gobierno cuya efectividad no radica precisamente en su valor científico objetivo y comprobado, sino en la articulación propiciada por el dispositivo asistencial entre discursos disciplinarios, juicios

morales, necesidades administrativas e institucionales que se articulan para la conducción cotidiana de las conductas de un conjunto de personas.

La heterogeneidad de prácticas de gobierno también se pone de manifiesto al analizar el uso del tiempo y del espacio hospitalario como tecnologías que vienen a dar respuesta al problema de la locura en tanto desorden. A lo largo del capítulo seis reconstruí esos circuitos cifrados a partir de opuestos que conviven sin mayor conflicto en el hospital: lo permitido y lo prohibido, lo abierto y lo cerrado, la saturación del tiempo por las mañanas y el tiempo muerto y vacío de la tarde.

Allí puntalicé que los modos en que se administran los modos de vivir el día hospitalario surten efectos variados: refuerzan el ordenamiento jerárquico propio de la institución, garantizan la vigilancia permanente, coaccionan y a la vez se mantienen permisivas respecto de algunas prácticas que podrían tornarse problemáticas o que limitan con lo permitido. Con ello hacen flexible los márgenes de lo que es tolerable dando lugar a una gestión blanda entre lo prohibido y lo permitido. Asimismo, he intentado dejar expuesto que hay modos de enseñar a usar el tiempo y de circular por la ciudad y sus espacios cuyo efecto buscado es el de impartir un buen uso de las libertades, como a quien se le muestra el mundo y todas sus posibilidades (las consideradas moralmente buenas).

Acto siguiente, el texto etnográfico vuelve a vacilar en ese movimiento pendular característico de la institución psiquiátrica que danza entre prácticas divergentes, a veces opuestas entre sí. Porque el capítulo siete problematiza a la locura como peligro, lo que obliga a detenerse en las prácticas cuyo tinte custodial y represivo aparece más transparente que en otras. Allí he intentado poner de relieve la articulación interna entre atención a la salud y custodia característica de las prácticas que se despliegan sobre un conjunto específico dentro de la población internada en el hospital psiquiátrico que, además de un padecimiento, tiene una causa penal porque cometió o podría haber cometido un delito.

Intenté una aproximación a esa articulación interna a través del análisis de tecnologías como el diagnóstico de peligrosidad, el trabajo sobre la responsabilidad y la evaluación de simulación para demostrar que lo penal y lo terapéutico van de la mano al punto tal que se vuelve difícil distinguir y separar una práctica de otra en los trayectos de internación de los clasificados *pacientes penales*.

En este último capítulo expuse cómo el hospital psiquiátrico atraviesa en la actualidad un proceso de penitenciarización cuyos alcances aún están por verse. Con ello no he querido

afirmar que la totalidad –probablemente no sea siquiera la mayoría- de las personas internadas por motivos de salud mental también tienen un vínculo conflictivo con la ley penal. Más bien se trata de que hay personas que –sin detenernos ahora en el número o la proporción que representen respecto del total- son internadas más allá de la evaluación clínica de un equipo interdisciplinario, cuya trayectoria asistencial está a cargo de un juzgado antes que de un equipo de salud, y que sus internaciones implican que en el hospital además tienen asignados custodios del servicio penitenciario o de la fuerza policial encargados de vigilarlos. Que en las interacciones cotidianas en este espacio que no es la cárcel pero del que no pueden salir y en el que tienen que cumplir una serie de horarios y rutinas se imprime algo de la lógica propia de los dispositivos de detención, también en su contenido moral. En este sentido, el paso de la peligrosidad al riesgo como movimiento característico en la construcción del problema de la locura que comenzó a tener lugar desde los años 70, en el último tiempo parece volver del riesgo a la peligrosidad.

Por ello es posible afirmar que existe una tendencia hacia el refuerzo de la tarea custodial punitiva que acarrea dos peligros que conviven: por un lado, la generalización de la función de vigilancia y coacción como componente de las prácticas cotidianas en toda la institución, que por ello alcanzan al conjunto de las personas que la habitan. Por el otro, cierto rango de excepcionalidad que se fija sobre un conjunto específico de personas tenidos por peligrosos, delincuentes, los más indeseables entre los indeseables. Por lo demás, basta pensar en los riesgos concomitantes a todo estado de excepción: suspensión de las reglas, los derechos, las garantías, donde todo se vuelve justificable y aceptable.

Llegado este punto urge señalar algunas cuestiones referidas a los sujetos de gobierno en los hospitales psiquiátricos. Desde el inicio he afirmado que el dispositivo se orienta a la regulación de una población que conforma la demanda de atención en salud mental en base a una estrategia de estratificación de las intervenciones. Se trata de aquella porción considerada de alto riesgo, vulnerada en sus derechos, excluida de su comunidad, atravesada por diferentes problemáticas que componen las dimensiones en que se expresa gran parte de la conflictividad social actual: la pobreza, el consumo de sustancias psicoactivas, la inseguridad y el delito.

El hospital monovalente de hoy no es el asilo manicomio de los inicios de la locura como enfermedad mental, y la enfermedad mental no es el único ni más importante objeto de preocupación y gestión. ¿Entonces por qué los sujetos de gobierno habrían de seguir siendo los mismos? En efecto, lo que he intentado mostrar a través del análisis de las prácticas cotidianas que cifran la vida diaria de las personas alojadas en un hospital monovalente es que las

representaciones tradicionales que se tienen de las personas con problemáticas de salud mental- “el enfermo psiquiátrico *puro*” me ha dicho una enfermera una vez- entra en tensión con nuevos objetos-sujetos de intervención que son efecto de las formas de gobierno contemporáneas, a la vez que las constituyen como tales.

En el marco de un modelo que privilegia la atención comunitaria y la prevención en salud mental, los sujetos que demandan atención son conducidos a través de un dominio de prácticas pensadas para gestionar la vida –que incluye el sufrir- en libertad, donde sea posible tomar decisiones convenientes, dirigirse responsablemente, formar parte activa de la vida de la comunidad. Entonces, todo el trabajo terapéutico orientado a la externación, acompañado de la creación de dispositivos alternativos que se erigen en espacios de promoción de la cultura, la recreación, la producción, la organización colectiva permiten afirmar que se modulan allí nuevas subjetividades objeto de gobierno.

Gestionar la libertad, trabajar para la libertad sin embargo adquiere características particulares en realidades atravesadas por la desigualdad y la precarización profunda de la vida. Como señalaba más arriba, analizar el tiempo y el lugar particular donde esas prácticas se desarrollan tiene la ventaja de evaluar las posibilidades de su realización más allá de las intenciones declaradas de los programas de gobierno. Resuenan aquí las palabras de la trabajadora social que me dijo en una entrevista “*se trabaja para el afuera, pero el afuera está complicado*”.

En este sentido, se produce una suerte de dislocación entre aquellas nuevas subjetividades de gobierno configuradas a la luz de prácticas en salud mental que pretenden sustituir la institución manicomial y las problemáticas actuales en que se configuran las expresiones contemporáneas del sufrimiento al que deben dar respuesta estas instituciones. Una población joven con hondos problemáticas de consumo desde edad temprana, en conflicto con la ley penal, cuyo gobierno demanda (y privilegia) prácticas no precisamente compatibles con la libertad, la responsabilidad y la autonomía.

Como corolario, la institución psiquiátrica pendula entre dos exigencias. Por un lado, denunciada en su esencia –el encierro, la segregación, el aislamiento, la iatrogenia -, es objeto de una crítica radical que busca su cierre y sustitución por otros dispositivos y modalidades de atención. Por ello, un conjunto de prácticas que se suceden en su interior están orientadas a lograr internaciones lo más breve posibles, poner fin a la cronificación, hacer efectivas las derivaciones, construir alternativas de vida en comunidad para las personas que demandan

atención en su salud mental. Por el otro, vive exigida en su capacidad de dar respuesta a nuevas demandas en las que se refuerzan su cariz custodial, de vigilancia y coacción. Para ello, pone en marcha tecnologías que construyen el problema y lo administran a través de prácticas que impiden la libre circulación, que niegan la capacidad de ejercicio de la autonomía y la responsabilidad por el destino propio.

El hospital psiquiátrico guarda para sí la capacidad de articular esas tendencias opuestas y hacerlas convivir en su interior como parte de un mismo ensamblaje.

*

En mi última visita al Hospital, di un cierre formal al trabajo de campo con la presentación de una nota dirigida a la Dirección en que notificaba la finalización de esa etapa de la investigación. El Director no estaba presente, y entonces me dirigí a la oficina de mi informante clave. Tomamos unos mates de despedida, y aproveché para preguntar por algunos pacientes con quienes había entablado una relación de cariño, y allí me entero que Mario había sido derivado a una institución en otra localidad de la provincia, dedicada al tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias. Mientras me lo cuenta, busca en su celular una foto de Mario abrazado a su nuevo equipo y cuando lo veo quedo realmente sorprendida: luce mucho más joven, las canas le brillan, y aunque todavía no le operaron la hernia enorme que tiene en la panza, sí se arregló la dentadura, que se deja ver blanca e impecable. Ya no tiene esa mueca y parte del labio caído de hace unos meses; es todo sonrisa, y crea el lector que no exagero.

- ¿viste lo que es? Yo tampoco lo podía creer cuando lo vi. Al otro día vine con la foto y la mostré acá, y les pregunté “¿por qué nosotros no podemos cuidar así?” (TS-DC).

El hospital puede ser el último reducto del cuidado, sí. También sucede que, aún en el marco de prácticas de acogida, viola derechos y ejerce violencia. Ofrece tratamientos, compensa, estabiliza, garantiza techo y comida y eso no es poca cosa. El hospital es todas esas cosas al mismo tiempo.

He intentado evitar que mi análisis de las prácticas que tienen lugar todos los días en este Hospital psiquiátrico favorecieran dos lecturas concluyentes de lo que he querido expresar:

una, que lo que aquí se relata tiene como objetivo la legitimación del hospital psiquiátrico como institución para la atención de la salud mental. La otra, casi en la vereda opuesta, que lo analizado y señalado pretende deslegitimar la tarea de profesionales y trabajadores que a diario atienden a personas con padecimiento subjetivo que atraviesan una internación en estas instituciones. Ni una ni la otra; más bien he querido mostrar que las tensiones diarias que tienen lugar allí se explican por tratarse de un dispositivo al que se le demandan funciones y prácticas absolutamente contradictorias y sin embargo coherentes en la medida en que responden al objetivo de gobernar a la población para la que está destinado.

La tecnología asilar representa un nodo sólido del ensamblaje tejido por los estados modernos para llevar adelante la tarea de gobernar la locura. Su transformación en otra cosa demanda pues desmenuzarlo en sus funciones, atender a la dinámica minuciosa de cada práctica que allí se sucede, hacer inteligible la lógica que sostiene un conjunto de intervenciones tan heterogéneas. Ojalá lo dicho sea un aporte en tal sentido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

AA.VV. (2012). Salud Mental. La polisemia de un concepto. Dossier *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría XXIII* (101), 16-81.

Abonizio, M. (2008). *Antropología y salud: drogas, políticas, servicios y prácticas en salud*. Rosario: Del Revés Ediciones.

Ackernelch, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Eudeba.

Acuña, C. y Bulti Goñi, L. (Comps.) (2010). *Políticas sobre la discapacidad en Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Aguilar, A. (2004). *A psiquiatría no divao. Entre as ciencias da vida e a medicalização da existencia*. Río de Janeiro: Relume Dumará.

Alberdi, J.M. (2003). *Reformas y contrarreformas. Políticas en Salud Mental en la Argentina*. Rosario: UNR Editora.

Alberdi, J.M. (2006). El estado pavoroso de la locura en la Argentina. *Revista Cátedra Paralela* (3), 37-47.

Alberdi, J.M. (2008). Entre la cronificación de los comportamientos bizarros y el elogio de la locura. *Revista Cátedra Paralela* (5), 16-35.

Alberdi, J.M. (1998). Salud mental, ¿una política de dos velocidades? *Revista Cátedra Paralela* (1), 63-76.

Alberdi, J.M., Coll, L., Mutazzi, E. y Vismara, E. (2005). La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de *revolving door* en pacientes usuarios del CRSM Agudo Ávila. *Revista Cátedra Paralela* (2), 85-96.

Allevi, J. (2012). *Cuando el estudio no es suficiente. Vínculos, instituciones y ciencia en la forja socio-política de la Psiquiatría en Rosario hacia el primer tercio del siglo XX*. IV Jornada de discusión de avances de investigación en Historia Argentina: fuentes, problemas y métodos. IDEHESI (UCA, Rosario) - CONICET, Rosario.

Allevi, J. (2016a) *Sociabilidades, redes y expertos. La emergencia de un espacio de ciencia y clínica psi en la ciudad de Rosario (1920-1943)*. [Tesis de Maestría]. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.1353/te.1353.pdf>

Allevi, J. (2016b). La profilaxis de la locura en la agenda política: saberes y técnicos de la Higiene Mental en la metamorfosis del Estado santafesino de entreguerras. *Revista Estudios sociales del Estado* 2 (3), 65-98.

Almeida, M.E. (2002). La presencia del otro, los silencios del nosotros. *Revista Desde el fondo* (27), 41-44.

Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Revista Saúde Pública* 11 (3), 491-494.

- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la Reforma Psiquiátrica en Brasil*. Bs As: Ed. Madres de Plaza de Mayo.
- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Amarante, P y Guimaraes Torres, E (2010). Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. En Passos Nogueira, R (Org.), *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária* (151-160). Rio de Janeiro: Cebes.
- Ameigeiras, A (2006). El abordaje etnográfico en la investigación social. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa* (107-152) Barcelona: Gedisa.
- Amendolaro, R (2012) *¿Existe la cronicidad en salud mental? Revisión desde la perspectiva de los Derechos Humanos?* Simposio Nacional “Del padecimiento a la agencia social en salud colectiva”. Bariloche, Río Negro.
- Amendolaro, R, Conte, L, Del Do, A, Guilis, G, González, L Gutman, R, Lenhardtson, E, Marmer, M, Peverelli, M, Sobredo, L y Wikinski, M. (2005). Violencia y abandono en la Unidad Psiquiátrica Penal nº 20 del Hospital Borda. En CELS *Derechos Humanos en Argentina: Informe Anual 2005*. (209-217). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Andersen, M.J. (2012). *El dispositivo psiquiátrico en el Servicio Penitenciario Federal*. Revista Cuadernos de estudio sobre el sistema penal y DDHH 3 (3-4), 162-172.
- Ardila Gómez, S. (2012). *La perspectiva de los usuarios en la evaluación de servicios de salud mental: Estudio de Caso de un Programa de Externación de Mujeres en la Provincia de Buenos Aires*. [Tesis de Doctorado]. Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Ardila Gómez, S. (2019). *En nombre propio. Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad*. Buenos Aires: Autor.
- Ardila Gómez, S. y Galende, E. (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad* 1 (1), 39-50.
- Ardila Gómez, S., Hartfiel, M.I., Fernández, M., Ares Lavalle, G., Borelli, M. y Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Revista Salud Colectiva* 12 (2), 265-278.
- Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Revista Asclepio* LIV (2), 41-60.
- Armus, D. (Comp.) (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ascolani, A. (1988). *Psicología en Rosario. Una crónica de recuerdos y olvidos*. Rosario: Editorial Fundación Ross.
- Augsburger, A. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Revista Cuadernos Médico Sociales* (81), 61-75.
- Augsburger, A. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Revista Psicología & Sociedad* 16 (2), 71-80.

- Augsburger, A. y Gerlero, S (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Revista Kairos*, año 9 (15), 0.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- Avellaneda, A. y Vega, G. (2019). Estudios en Gubernamentalidad. Panorama introductorio. En Avellaneda, A. y Vega, G. (Directores). *Conductas que importan. Variantes de análisis de los Estudios en Gubernamentalidad* (11-80). Corrientes: Editorial de la Universidad Nacional del Nordeste EUDENE.
- Bacchi, C (2019). ¿Por qué estudiar las problematizaciones? Haciendo visible la política. En Avellaneda, A. y Vega, G. (Directores). *Conductas que importan. Variantes de análisis de los Estudios en Gubernamentalidad*. (283-313). Corrientes: Editorial de la Universidad Nacional del Nordeste EUDENE.
- Balzano, S. (2007). Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: de “buenas y malas conductas y descompensaciones” en la Colonia Montes de Oca (provincia de Buenos Aires). *Revista Intersecciones en Antropología* (8), 339-353.
- Balzano, S. (2008). Si hay libertad, todo lo demás sobra. Reflexiones sobre la institucionalización en una colonia psiquiátrica argentina. *Revista Gazeta de Antropología* 24 (2) artículo 49.
- Ballesteros, M., Freidin, B y Wilner, A. (2017). Esperar para ser atendido. Barreras que impone el sistema sanitario y recursos que movilizan las mujeres de sectores populares para acelerar la resolución de necesidades de salud. En Pecheny, M y Palumbo, M. (Comps.). *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor* (63-98). Buenos Aires: Teseo.
- Bang, C. (2012). *Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina*. Madrid: Editorial Académica Española.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas* 13 (2), 109-120.
- Bang, C. (2016), *Creatividad y salud mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bang, C. y Stolkiner, A. (2013) Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología* 24 (46), 123-143.
- Barnes, C (2007). Disability Activism and the Price of success: A British Experience. *Intersticios Revista Sociológica de pensamiento crítico* 1 (2), 15-29.
- Barrios, M. (2007). Comité de Admisión de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, ¿puerta de admisión a un circuito de salud o puerta de recepción al manicomio? *Revista Cátedra Paralela* (4), 69-82.
- Barrios, M. (2010). Delimitación de funciones terapéuticas y funciones asilares en la problematización de los criterios de admisión a las instituciones psiquiátricas. El caso de la Colonia de Oliveros luego de la última crisis argentina de 2001. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Barthes, R. (2014). *Fragmentos de un discurso amoroso*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Bartlett, J y Chao, L (2019). Introducción. En Avellaneda, A. [et. al.] Bartlett, J y Chao, L (Comps). *El gobierno como problema: objetos y abordajes en clave de gubernamentalidad* (9-37). Buenos Aires: Teseo.
- Basaglia, F (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral Editores.
- Basaglia, F. y Ongaro Basaglia, F. (1974). *La institución en la picota*. Buenos Aires: Editorial Encuadre.
- Basaglia, F. y Ongaro Basaglia, F. (Comps.) (1987). *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. México DF: Siglo XXI Editores.
- Becker, H. (2014). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Benavides, M. y Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV* (1), 118-124.
- Bertone, M., Ortiz Lugo, M., Marquez, E., Muniello, J., López, P. (2012). Detección de la simulación de enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES). *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 12 (2), 109-128.
- Bianchi, E. (2012). El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. *Revista Espacios nueva serie* (7), 84-97.
- Bianchi, E. (2014). Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea. *Revista Astrolabio* (13), 218-251.
- Bianchi, E. (2015). *Gobernar a través del diagnóstico. Tipificaciones psiquiátricas infantiles y discursos profesionales acerca de los futuros posibles en niños con diagnóstico de TDAH en la Ciudad de Buenos Aires*. VI Jornadas Debates Actuales de la Teoría Política Contemporánea, Bs.As.
- Bianchi, E. y Rodriguez Zoya, P (2019). (Bio)medicalización en los “extremos” de la vida. Tecnologías de gobierno de la infancia y el envejecimiento. *Revista Athenea Digital* 19 (2), e2309.
- Bianco, P. (2019). Internaciones en salud mental: tensiones entre el juicio clínico y la ley. *Revista Clepios XXV* (1), 4-6.
- Biset, E. (Comp.) (2015) *Sujeto, una categoría en disputa*. Adrogué: Ediciones La Cebra.
- Boccalari, P. (2013). Salud mental y adicciones. Estrategias – *Revista Psicoanálisis y Salud Mental* 00 (1), 45-47.
- Bonet, O. (2004). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bosch, G. (1931). La locura en la República Argentina. *Boletín del Instituto Psiquiátrico Facultad de Ciencias Médicas de Rosario* (8), 1-22.

- Bosch, R. (1966). *Historia de la Facultad de Medicina*. Rosario: Ediciones UNL.
- Bottinelli, M. (2022). Evaluación, logros y desafíos pendientes en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. En Bottinelli M., Garzón, A y Nagerboi, M (Comps.). *Tramas en la formación de profesionales en salud: investigaciones y experiencias a diez años de la Ley Nacional de Salud Mental* (25-55). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Brady, M (2014). Ethnographies of Neoliberal Governmentalities: from the neoliberal apparatus to neoliberalism and governmental assemblages. *Revista Foucault Studies* (18), 11-33.
- Brady, M (2016). Neoliberalism, Governmental Assemblages, and the Ethnographic Imaginary. En Brady, M y Lippert, R. (Eds.) *Governing practices: neoliberalism, governmentality, and the ethnographic imaginary*. (3-34). Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press.
- Braga Batista e Silva, M (2005). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental VIII* (2), 303-321.
- Braga Batista e Silva, M. (2007). Reflexividade e implicação de un “Pesquisador-nativo” no campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar o próprios “colegas de trabalho”. *Revista Campos* 8 (2), 99-115.
- Braunstein, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI Editores.
- Burchel, G, Gordon, C y Miller, P (Eds.) (1991). *The Foucault effect: studies in governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Busto, C. y Mantilla, M. J. (2002). La pata que no habla. Acerca de lo Social en Salud Mental. *Revista Margen* (26), 0.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana* 4 (3), 321-336.
- Campana, M (2010). La asistencialización de la salud pública. La atención primaria de la salud en el municipio de Rosario. [Tesis de Doctorado] Facultad de Ciencia Política y RRH, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Mimeo.
- Campana, M. y Giavedoni, J. (Comps.) (2014). *Debates sobre Estado, Gobierno y cuestión social: gobernando las desigualdades*. Rosario: Ediciones PEGUES.
- Campana, M. y Giavedoni, J. (comps.) (2016). *Debates sobre Estado, gobierno y control social. Neoliberalismo y luchas sociales en Nuestra América*. Rosario: Ediciones PEGUES.
- Campana, M. y Giavedoni, J. (comps.) (2018). *Estado, gobierno y gubernamentalidad. Neoliberalismo y Estado de excepción en Nuestramérica*. Rosario: Ediciones PEGUES.
- Canavese, M. (2015). *Los usos de Foucault en la Argentina: recepción y circulación desde los años cincuenta hasta nuestros días*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Cannellotto, A., luchtenberg, E. (coords.) (2008); *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. (S/D de edición).

Cadahia, L. (2011). Dos caras de una misma moneda: Libertad y Poder en los escritos foucaultianos. *Revista Logos, Anales del Seminario de Metafísica* (44), 165-188.

Cadahia, L. (enero-junio 2014). Michel Foucault y la gramática del poder y la libertad. *Revista Estudios de Filosofía* (49), 33-48.

Caldas de Almeida, J. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 71 (2), 111-116.

Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.

Canguilhem, G. (2009). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.

Canguilhem, G. (2009b). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu.

Cappiello, M.A. (2013). *La construcción de un sistema de salud para la Argentina: la experiencia Rosario y los cambios en la Provincia de Santa Fe*. International Workshop for Latin-America Leaders: Quality improvement in Health Service Organizations, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

Carrasco, J. (2010). Intervención Social en Salud Mental y Psiquiatría en Chile: una aproximación desde las interfases de la gubernamentalidad. [Tesis de Doctorado] Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.

<https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=wCeV1evlHLg%3D>

Carrasco, J. (2015). Una historia de la Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en Chile a partir de las transformaciones neoliberales en el periodo 1980 a 2010. En A. Arruda Leal Ferreira, A. Molas y J. Carrasco (Org.), *Tecnología, Psicología e Sociedade* (171-192). Río de Janeiro, Brasil: NUA.

Carrasco, J., Vega, C. y Manzano, Y (2021). De las cartas de los presos a los Facebook de los infractores: una propuesta de acercamiento a las técnicas de sí. En Bernasconi, O., Fardella C. y Rojas Navarro, S (Eds.). *Sujetos y subjetividades contemporáneas. Aproximaciones empíricas*. (183-205). Chile: Universidad Alberto Hurtado Ediciones.

Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al post-análisis*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Castel, R (1986). De la peligrosidad al riesgo. En AAVV *Materiales de Sociología Crítica* (219-243). Madrid: La Piqueta.

Castel, R. (2009). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Castro, E. (2011a). *Lecturas foucaultianas. Una historia conceptual de la biopolítica*. La Plata: UNIPE.

Castro, E. (2013). Gobierno y veridicción, en Foucault M *La inquietud por la verdad: escritos sobre la sexualidad y el sujeto* (13-28). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Castro, E. (2018). *Diccionario Foucault: temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Castro-Gómez, S (2010). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Medellín: Siglo del Hombre Editores.
- Castro Orellana, R (enero-junio 2009) Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Revista Ciencia Política* (7), 7-25.
- Ceballos, F (2011). *El manicomio: crónicas de una lógica que coloniza subjetividades*. Villa María: Edivim.
- CELS (2012). *Derechos Humanos en Argentina: informe 2012*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CELS (2013). *Derechos Humanos en Argentina: informe 2013*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CELS (2015b). *Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Buenos Aires: Autor.
- CELS (2021). Tres puntos para cambiar la política de salud mental. En AAVV *Post. Como luchamos (y veces perdimos) por nuestros derechos en pandemia* (69-80). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Ceriani, L., Obiols, J., y Stolkiner, A. (2010). *Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: Las organizaciones de usuarios*. Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología Facultad de Psicología - UBA, Buenos Aires: pp. 71-73.
- Chao, L (2019a). El gobierno a través de las problematizaciones. Una lectura sobre Carol Bacchi. En Avellaneda, A. [et. al.] Bartlet, J y Chao, L (compiladores). *El gobierno como problema: objetos y abordajes en clave de gubernamentalidad*. (123-152). Buenos Aires: Teseo.
- Chao, L (2019b). Problematizaciones, problemas representados y gubernamentalidad. Una propuesta analítica para el estudio de las políticas y el estado. *Revista De Prácticas y Discursos, Universidad Nacional del Nordeste* 11 (8), 123-152.
- Chamberlin, J. (1990). The expatients' movement. Where we've been and where we're going. *Journal of Mind and Behaviour* 11 (3-4), 323-336.
- Chernobilsky, L. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa* (239-274). Barcelona: Gedisa.
- Chudnovsky, M y Potenza del Masetto, F (2010). Luces y sombras de las organizaciones sociales y su relación con el Estado. En Acuña, C y Bulit Goñi, L (Comps.). *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos* (255-308). Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Ciampi, L. (1963). Antecedentes de la Colonia. Recuerdos personales. En *XX° Aniversario de la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire. 1943-Junio-1963* (43-46). Santa Fe: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Clarke, A., Mamo, L., Fosket, J., Fishman, J., Shim, J. (Eds.) (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the US*. EUA: Duke University Press.

- Cohen, H. (1994). El proceso de desmanicomialización en Río Negro. En Saidon y Troianovsky (Comps.) *Políticas en salud Mental* (87-103). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Collado Mazzeo, P. (2014). Algunas reflexiones para analizar la gubernamentalidad neoliberal y a quienes la impugnan. *Revista chilena de Derecho y Ciencia Política* 5 (1), 83-107.
- Colombo, S. (2019). ¿Más allá de los muros? Recorridos vitales y experiencias asistenciales en salud mental. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Conde Gutierrez, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Revista Española de Salud Pública* 76 (5), 395-408.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D (Comp.). *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental* (129-154). Barcelona: Editorial Crítica.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cooper, D. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Corcuff, P. (2014). *Las nuevas sociologías. Principales corrientes y debates, 1980-2010*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Corstens, D, Longden, E, McCarthy-Jones, S, Waddingham, R y Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin* 40 (4), S285-S294.
- Damin, N. (2014). El Estado, la espera y la dominación política en los sectores populares: entrevista al sociólogo Javier Auyero. *Revista Salud Colectiva* 10 (3), 407-415.
- Del Cueto, A. M (2014). *La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear*. Buenos Aires: FCE.
- Deleuze, G. (1991). Posdata sobre las sociedades de control. En Ferrer, C (Comp.). *El lenguaje libertario. Antología del pensamiento anarquista contemporáneo*. Montevideo: Nordan.
- Deleuze, G. (2015). *La subjetivación. Curso sobre Foucault III*. Buenos Aires: Cactus.
- Dellacasa, C (2000). Ecos del tratamiento de la locura en Buenos Aires a principios del siglo XX. En Ríos JC, Ruiz, R, Stagnaro, JC y Weissmann, P. (Comps.). *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis, Historia y Memoria* (40-48). Buenos Aires: Polemos.
- De Marinis, P (1998). La espacialidad del ojo miope (del poder). *Revista Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura* (34-35), 32-39.
- De Marinis. P. (1999). Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos (o un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo). En Ramos, R. y García Selgas, F. *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de la teoría social contemporánea* (páginas s/d). Madrid: CIS.
- De Marinis, P. (2011). Ensayo sobre Ferdinand Tönnies y la comunidad (o sobre cómo un viejo concepto sociológico puede ser reinventado como novedoso artefacto político). En Sozzo, M. *Por una sociología crítica del control social* (249-274). Buenos Aires: Lugar.

Del Giudice, G. (2017). La contención mecánica: ¿tratamiento sanitario o Violación de derechos humanos? En AAVV *Derechos de las Personas con Discapacidad* (65-74). Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa, Defensoría General de la Nación.

Derrida, J. (2017). *La hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de La Flor.

Di Liscia M. S. y Bohoslavsky, E. (Editores) (2005). *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940. Una revisión*. Buenos Aires: Prometeo Libros, Universidad Nacional de General Sarmiento, Universidad Nacional de La Pampa.

Dillon, E. (2006). Los sentidos del “Romero”. Una mirada antropológica sobre la construcción social de un espacio hospitalario. [Tesis de Maestría] IDES/IDAES-UNSAM.

Ema López, J, García Dauder, S., y Sandoval Moya, J. (2003). Fijaciones políticas y trasfondo de la acción: movimientos dentro/fuera del socioconstruccionismo. *Revista Política y Sociedad* 40 (1), 71-86.

Estrada González, E, Miquet Herrera, M. y Santamaría Machín, W (2009). Las fases de investigación cualitativa vinculadas al proceso de atención de enfermería. *Revista Médica Electrónica* 31 (1), pp. 0.

Ey, H., Bernanrd, P. y Brisset, C. (2007). *Tratado de Psiquiatría*. Masson: Barcelona.

Fara, L (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. En Acuña, C y Bulit Goñi, L (Comps.). *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos* (125-189). Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

Faraone, S. (2007). Las marcas de la dictadura militar en el sector salud. A 30 años del golpe: la lucha por la recuperación del derecho a la salud colectiva. En AAVV *Subjetivaciones, clínicas, insurgencias. 30 años de salud mental* (77-87). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Faraone, S. (2012); Cartografía de la des/institucionalización en SM en Argentina 1983-2010. Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas. [Tesis de Doctorado] UBA.

Faraone, S. y Barcala, A (2020). *A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, S. y Valero, A. (coord.) (2013). *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Fassin, D. (2018). *Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Ferreira, J.A. y Stolkiner, A. (2017, agosto) *Reflexiones en torno a la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: análisis documental crítico de los efectos del cambio en la gestión nacional (contraste 2015-2016). Las instancias creadas por la ley y la implementación por parte de las organizaciones sociales*. II Congreso Latinoamericano de Teoría Social y Teoría Política: Horizontes y dilemas del pensamiento contemporáneo en el sur global. Buenos Aires, Argentina.

Foley, D y Valenzuela, A (2012). Etnografía crítica. La política de la colaboración. En Denzin, N y Lincoln, Y. (Comps.). *Manual SAGE de Investigación Cualitativa. Volumen II* (79-110). Barcelona: Gedisa.

Foucault, M. (1984a). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

- Foucault, M. (1991a). El juego de Michel Foucault. En *Saber y Verdad* (127-162). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991b). El interés por la verdad. Entrevista con Francois Ewald. En *Saber y Verdad* (229-242). Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1991c). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M (1999a). Polémica, política y problematizaciones. Entrevista con Paul Rabinow. En *Estética, ética y hermenéutica. Obras Esenciales* (Vol III, 353-362). Barcelona: Paidós
- Foucault, M. (1999b). La ética del cuidado de sí como práctica de libertad. . En *Estética, ética y hermenéutica. Obras Esenciales*. (Vol III, 393-415). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2006). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France: 1975-1976*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007a). *Seguridad, Territorio, Población. Curso en el Collège de France: 1977-1978*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007b). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France 1973-1974*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007c). *Los anormales. Curso en el Collège de France 1974-1975*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008a). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte ensayos.
- Foucault, M. (2008b). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (2008c). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2010a). *Historia de la Locura en la época clásica. Tomos I y II*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010b). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2012a). *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2012b). *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France: 1978-1979*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2013). *La inquietud por la verdad: escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Bs as, Siglo XXI.
- Foucault, M. (2014a) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2014b). *El poder, una bestia magnífica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2014c). *Del gobierno de los vivos. Curso en el Collège de France: 1979-1980*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014d). *Historia de la sexualidad. Tomo II: El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2017). El sujeto y el poder. En Rabinow, P y Dreyfus, H *Michel Foucault, más allá del estructuralismo y la hermenéutica* (353-377) Buenos Aires: Monte Hermoso Ediciones.

- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder.
- Gago, V. (2014). *La razón neoliberal: economías barrocas y pragmática popular*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en Psiquiatría. *Cuadernos Médico sociales* (23), 0.
- Galende, E. (1990). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1992). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1994). Modernidad: individuación y manicomios. En Saidon y Troianovsky (Comps.) *Políticas en salud Mental* (57-85). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gallegos, M. (2005). Cincuenta años de historia de la psicología como institución universitaria en Argentina. *Revista latinoamericana de psicología* 37 (3), 641-652.
- Gallegos, M. (2008). *Tradición investigativa y docencia universitaria en la psicología en Rosario: datos para una reconstrucción histórica*. XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – UBA, Buenos Aires.
- Garbus, P., Solitario, R. y Stolkiner, A. (2012). Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. *Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología UBA* 16, 329-338.
- García Romanutti, H. (2014). El Estado según Foucault: soberanía, biopolítica y gubernamentalidad. *Revista Utopía y praxis latinoamericana* 19 (66), 53-66.
- García Romanutti, H. (2015). Sujeto y poder. En Biset, E. (Comp.) *Sujeto, una categoría en disputa* (275-308). Adrogué: Ediciones La Cebra.
- Gentile, A. (1998). La psiquiatría en Rosario. *Revista Temas de historia de la psiquiatría argentina* (5), 0.
- Gerlero S. y Augsburg, A. (comps.) (2012). *La salud mental en Argentina: avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde Editor.
- Giavedoni, J. (2010). Gobierno de la pobreza. El problema del suministro de energía en barrios pobres de la ciudad de Rosario. [Tesis de Doctorado] Universidad Nacional de Rosario.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Durán, P. (2018). La contención física en pacientes internados por salud mental: ¿medida terapéutica o trato cruel, inhumano y degradante? *Revista Diario DPI Suplemento Civil, Bioética y Derechos Humanos* (39), 0.

- Gorbacz, L. (2011). Ley 26.657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad* 1 (1), 112-117.
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: an introduction. En Burchel, G, Gordon, C y Miller, P (Edit) *The Foucault effect: studies in governmentality* (1-54). Chicago: The University of Chicago Press.
- Grinberg, S. (2007) Gubernamentalidad: estudios y perspectivas. *Revista Argentina de Sociología* 5 (8), 95-110.
- Gros, F. (2000). *Foucault y la locura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gualtieri, G (2005). Memoria y verdad. Del horror a una clínica posible en la Colonia Psiquiátrica Oliveros. *Cuadernillo Temático Desde el Fondo* (39), 37-44.
- Guber, S. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.
- Guber, S. (2014). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Hacking, I. (2001). *La construcción social de qué*. Barcelona: Paidós.
- Haidar, V. (2010). Hacer vivir, hacer producir. Racionalidades y tecnologías para el gobierno de la salud y la enfermedad laboral. Argentina (1995-2007). [Tesis de Doctorado], UBA.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Valencia: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales* (43), 21-30.
- Iacoponi, L (1996). *El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door para asistencia y rehabilitación de pacientes psiquiátricos*. Primeras Jornadas de Tratamiento y Rehabilitación del enfermo mental. Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred.
- Iacoponi, L (1999). El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. *Revista Alcmeon* 7 (4), 0.
- Iglesias, M.G. (2018). Crimen y locura ¿cómo juzgar? *Revista Salud Mental y Comunidad* 5 (5), 133-143.
- Iglesias, M. G. (2020). A diez años de la ley 26.657. Lo explicable de lo inexplicable. *Revista Salud Mental y Comunidad* 7 (9), 117-121.
- Inchaurreaga, S. (2002). Los consumidores de drogas; ciudadanos con derechos. Una lectura desde lo social, lo subjetivo y las políticas de reducción de daños. En Inchaurreaga, S., Escudero, M., Trinchieri, N., Siri, P., Coronel, M., Rodriguez, M., Michelli, E., Trinchieri, R. *Drogas: haciendo posible lo imposible. Experiencias de reducción de daños en Argentina* (45-60). Rosario: CEADS-UNR y ARDA.
- Ingenieros, J. (1920). *La locura en Argentina*. Buenos Aires: Buenos Aires Cooperativa Editorial Limitada.

- Ingenieros, J. (2003). *La simulación de la locura*. Biblioteca Virtual Universal. <https://biblioteca.org.ar/libros/8815.pdf>
- Iriart, C. (2018). Medicalización, biomedicalización y proceso salud-padecimiento-atención. En Faraone S y Bianchi E (Compiladoras) / Torricelli F y Valero A (Colaboradoras). *Medicalización, salud mental e infancias* (93-110). Buenos Aires: Teseo.
- Iriart C. e Iglesias Ríos, L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 16 (43), 1011-23.
- Jones, D., Pecheny, M. y Mansilla, H. (2004) Grounded Theory. Una aplicación de la teoría fundamentada a la salud. *Revista Cinta de Moebio* (19), 0.
- Kuras de Mauer, S. y Resnizky, S. (2003). *Acompañantes Terapéuticos. Actualización teórico-clínica*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lakoff, A. (2005a). The Simulation of Madness: Buenos Aires, 1903. *Revista Critical Inquiry* (31), 848-873.
- Lakoff, A. (2005b). Diagnostic liquidity: Mental illness and the global trade in DNA. *Revista Theory and Society* (34), 63-92.
- Lakoff, A. (2006). *Pharmaceutical reason: knowledge and value in global psychiatry*. California, University of South California Press.
- Latour, B. (2003). Las promesas del constructivismo. En IDHE, D. y SELINGER, E. (Eds.) *Chasing Technoscience: Matrix o Materiality*. Indiana: Indiana University Press. Traducción de Susana Tesone.
- Laufer Cabrera, M y Capurro Robles, F (2016). La experiencia de la Unidad de Letrados de Salud Mental: 5 años, 12 mil defensas y la amplificación del derecho a ser oído en las internaciones forzosas. *Revista del MPD Ministerio Público de la Defensa de la Nación* (20), 53-70.
- Le Blanc, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, S. (2009). Entrevista a Norberto A. Conti. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría XX* (87), 371-378.
- Lombraña, A. (2014). Dispositivos penales de perdón: modos de decir y hacer en torno a la emoción y el castigo. [Tesis de Doctorado], UBA.
- López, C. (2013). La biopolítica según la óptica de Michel Foucault. Alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. *El banquete de los dioses, Revista de filosofía y teoría política contemporáneas 1* (1), 111-137.
- López, R., Monasterolo, N. y Pérez, M. (2016). *La mujercita vestida de gris. Relato de una subjetividad mal-tratada: intercambios entre derecho, psicoanálisis y desmanicomialización*. Villa María: Eduvim.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precariedad*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Macherey P. (2011). *De Canguilhem a Foucault: la fuerza de las normas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Malamud, M (1972). *Domingo Cabred. Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico-social de los argentinos*. Buenos Aires: Editorial del Ministerio de Cultura y Educación.
- Mantilla, M. (2008). Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. *(Con)textos, Revista d'antropologia i investigació social* (2), 93-102.
- Mantilla, M. (2010a). De persona a paciente. Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la ciudad de Buenos Aires. [Tesis de Doctorado], UBA.
- Mantilla, M (2010b). “Riesgo” “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Revista Interface - Comunic., Saude, Educ.* 14 (32), 115-126.
- Mantilla, M (2010c). La noción de responsabilidad subjetiva en contextos de intervención hospitalaria. *Psencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 2 (2), 82-87.
- Mantilla, M. y Alonso, J. (2012). Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana. *Revista Cultura Psi* 0, 100-112.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 17 (3), 613-619.
- MDRI Y CELS (2007). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Washington DC.
- Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I (Coord.). *Estrategias para la investigación cualitativa* (65.106). Barcelona: Gedisa.
- Meo, A. (2010). Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. *Aposta Revista en Ciencias Sociales* (44), 1-30.
- Michalewicz, A., Obiols, J. Ceriani L., Stolkiner, A. (2011). *Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio*. Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, UBA.
- Monasterolo, N. (2016). Inimputabilidad y anti-subjetividad. Posibles desencuentros entre derecho penal y salud mental en el marco del ordenamiento jurídico argentino. *Revista Argumentos* (3), 53-73.
- Mossotti, A y Altieri, A (1991). Proyecto de Externación de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, Provincia de Santa Fe. *Revista Vertex II* (3), 33-40.
- Munizaga, C. (1987). Aportes etnográficos al estudio de organizaciones psiquiátricas. *Revista Chilena de Antropología* (6), 27-34.
- Munizaga, C., y Soto, M. (1988). Grupos cuasifamiliares y amor en los internados psiquiátricos. *Revista Chilena de Antropología* (7), 61-73.
- Murillo, S. (1996). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, CBC UBA.

- Murillo, S. (2001). *La ciencia aplicada a políticas sanitarias en Argentina y su relación con la Escuela de Medicina de la UBA (1869-1905)*. [Tesis de Maestría]. CCC Floreal Gorini.
- Murillo, S. (2010). La nueva cuestión social y el arte neoliberal de gobierno. *Revista Cátedra paralela* (8), 9-32.
- Murillo, S. (2011). Estado, sociedad civil y gubernamentalidad neoliberal. *Entramados y perspectivas, Revista de la carrera de Sociología*, 91-108.
- Murillo, S. (2014). El gobierno a distancia de los sujetos en relación a las mutaciones sociotécnicas. En Campana, M y Giavedoni, J (Comps.) *Debates sobre Estado, Gobierno y cuestión social: gobernando las desigualdades* (18-33). Rosario: PEGUES.
- Murillo, S (2018). El gobierno de las infancias. En Faraone S y Bianchi E (Compiladoras) / Torricelli F y Valero A (Colaboradoras). *Medicalización, salud mental e infancias* (27-60). Buenos Aires: Teseo.
- Mussetta, P. (2009). Foucault y los anglofoucaultianos: una reseña del Estado y la gubernamentalidad. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* LI (205), 37-55.
- Norgeu, A. M. (2022). *El castillo de quienes buscan sentidos: la vida cotidiana en la clínica psiquiátrica de La Borde*. Córdoba: Cielo Invertido Ediciones.
- Nosetto, L. (2012). El incidente biopolítico. Una evaluación de la biopolítica en la obra de Michel Foucault. *Revista Foro Interno* (12), 107-128.
- O'Malley, P. (2004). Riesgo, poder y prevención del delito. *Revista Delito y Sociedad* 13 (20), 79-102.
- O'Malley, P. (2007). Experimentos en gobierno. Analíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo. *Revista Argentina de Sociología* 5 (8), 151-171.
- Ortega, J., Tiseyra, MV., Morcillo, S., Galvez, M. (2017). Otros cuerpos, otros tiempos. Experiencias de espera de personas trans en el sistema público de salud. En Pecheny, M. y Palumbo, M. (Comps.) *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor* (125-146). Buenos Aires: Teseo.
- Pal, T. (2018). *Instituciopatías. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general*. Buenos Aires: La Docta Ignorancia.
- Papalini, V., Córdoba, M. y Marengo, L. (2012). Estudios de la gubernamentalidad: la subjetividad como categoría de la política. *Revista Astrolabio* (8), 190-208.
- Parrilla Latas, A. (2010). Ética para una investigación inclusiva. *Revista Educación Inclusiva* 3 (1), 165-174.
- Pavarini, M. y Betti M. (1999); La tutela social de la / a la locura. Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social. *Revista Delito y Sociedad* 8 (13), 93-110.
- Pavone, V (2007). Biotecnologías y cambio social: ¿derecho a la salud o derecho a estar sanos? Ingeniería genética, biomedicalización y elección individual. *Revista Administración & Ciudadanía* 2 (1), 77-92.
- Pawlowicz, M.P., Galante, A., Rossi, D., Goltzman, P. y Touzé, G. (2014). *Uso de drogas, padecimientos y trayectorias en las representaciones sociales de los especialistas*. En Domínguez Mon, A. *De la agencia social a la salud colectiva. Transitando un camino*

- interdisciplinario junto a personas que viven con enfermedades crónicas (91-110). Viedma (Argentina): Universidad Nacional de Río Negro.
- Pawlowicz, MP.; Galante, A.; Goltzman P.; Rossi, D.; Cymerman, P.; Touzé, G. (2011) "Dispositivos de atención para usuarios de drogas: Heterogeneidad y nudos problemáticos". En Blanck, E (coord.) *Panorámicas en salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657* (169-188). Buenos Aires: Eudeba.
- Pawlowicz, MP., Rossi, D., Galante, A., Faraone, S., Goltzman, P., Zunino Singh, D., Touze, G., Silberberg, M. y Cymerman, P. (2006). *Las representaciones sociales y los dispositivos de intervención en drogas en el ámbito sanitario*. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación en Psicología – II Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR: Paradigmas, métodos y técnicas, (II) 75-77.
- Pita, V. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes Buenos Aires, 1852-1890*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Pecheny, M. (2010). El contexto es el fenómeno: procesos de despolitización de los usos de drogas en Argentina. En Touze, G. y Goltzman, P. *Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas* (17-22). Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Pecheny, M. (2017). Introducción. En Pecheny, M. y Palumbo, M. (Comps.) *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor* (13-36). Buenos Aires: Teseo
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2018). *El regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. Notas sobre ciencias sociales y salud*. En AAVV *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires: Teseo.
- Pecheny, M. y Palumbo, M. (Comps.) (2017) *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Buenos Aires: Teseo.
- Pitch, T. (1999). Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia. *Revista Delito y Sociedad* 8 (13), 111-138.
- Prior, L (1991). Mind, Body and Behavior: Theriozations of Madness and the Organization of Therapy. *Sociology* 25 (3), 403, 421.
- Plotkin, M (2003). *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Poblet Machado, M y Martín, E (2016). Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas. *Revista Margen* (82), 1-6.
- Potte-Boneville, M. (2007). *Michel Foucault, la inquietud de la historia*. Buenos Aires: Manantial.
- Revel, J (2008). *El vocabulario de Foucault*. Buenos Aires: Atuel.
- Revel, J (2014). *Foucault, un pensamiento de lo discontinuo*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Ríos JC, Ruiz, R, Stagnaro, JC y Weissmann, P. (Comps.) (2000). *Psiquiatría, Psicología y Psicoanálisis, Historia y Memoria*. Buenos Aires: Polemos.
- RISAM Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Paraná-Entre Ríos (2017). *La experiencia de (trans) formar (nos) con otros*. Buenos Aires: Prosa Editores.

- Rockwell, E (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. - 1a ed.- Buenos Aires: Paidós.
- Rojas Machado, M. (2019). Cuerpo y socialización: entre la cárcel y el hospital psiquiátrico. *Revista Avá* (34), 75-100.
- Rojas Machado, M. (2020). Más allá de los criterios disciplinarios. Un estudio etnográfico sobre las decisiones de admisión en un pabellón psiquiátrico-penitenciario en la República Argentina. *Revista Papeles de Trabajo* (39), 93-134.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Aguilera, R. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con poblaciones ocultas, Primera Parte. *Revista Salud Mental* 26 (6), 76-83.
- Romero, M., Rodríguez, E., Durand, A., Aguilera, R. (2004). Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas, Segunda parte. *Revista Salud Mental* 27 (1), 73-84.
- Rodriguez, E. (2015). Circuitos carcelarios: El encarcelamiento masivo-selectivo, preventivo y rotativo en Argentina. En Rodriguez, E y Viegas Barriga, F (Coord.) *Circuitos carcelarios: estudios sobre la cárcel Argentina* (14-59). La Plata: Ediciones EPC.
- Rodriguez, J. (2007). La atención de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 71 (2), 117-124.
- Rodriguez, J. (Editor) (2007b). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, DC: OPS.
- Rodriguez, P. (2008). ¿Qué son las sociedades de control? *Revista Sociedad* (27). Buenos Aires: Prometeo/ Facultad de Ciencias Sociales UBA.
- Rodriguez, P. (2014). *El neoliberalismo, el mito del Estado y la gubernamentalidad en América Latina*. Coloquio Internacional Michel Foucault y América Latina. <http://anarquiacoronada.blogspot.com.ar/2014/08/el-neoliberalismo-el-mito-del-estado-y.html>
- Rodrigues Pires, R y otros (2013). Práticas de cuidado em saúde mental no Brasil: análise a partir do conceito de cidadania. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá* 31 (3), 507-521.
- Romagnoli, RC y otros (2009). Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. *Revista Interface* 13 (30), 199-207.
- Rose, N (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista Argentina de Sociología* 5 (008), 111-150.
- Rose, N (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.
- Rose, N (2017). Governing risky individuals: The rol of Psychiatry in new regimes of control. En O'Malley, P (editor) *Governing Risks* (486-503). Nueva York: Routledge.
- Rose, N y Miller, P (2010). Political power beyond the State: problematics of government. *The British journal of Sociology*, 271-303.
- Rose, N., O'Malley, P y Valverde, M. (2012). Gubernamentalidad. *Revista Astrolabio* (12), 113-152.

- Rosenhan, D (1973). On being sane in insane places. *Revista Science* (s/d), 179-185.
- Rosique, T., González de Vega, C., Sanz, T (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría* 34 (123), 583-587.
- Rotelli, F (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Rovere, M (2005). Una ciudad modelo en salud pública Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática. El Ágora Web http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf
- Salvadó Baldrich, C. (1963). La internación de los inimputables, sobreseídos y dementes procesados. En *XX° Aniversario de la Colonia Psiquiátrica Dr. Abelardo Irigoyen Freire. 1943-Junio-1963* (83-84). Santa Fe: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Scheff, T. (1973). *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Selmini, R. (1999). El origen, el desarrollo y los resultados del proceso de responsabilización de los enfermos mentales autores de delitos. *Revista Delito y Sociedad* 8 (13), 139-162.
- Sfez, L. (2008). *La salud perfecta*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Serra, F. (2000). La cuestión social asilada. Notas sobre las prácticas de encierro en el abordaje de lo social. *Revista Desde el fondo*, 22-32.
- Serra, F. (2009). La familia en los procesos de manicomialización-desmanicomialización. Estudio de las trayectorias asistenciales de pacientes crónicos de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Sialle, C. (2012). La locura asumida por una política de Estado. Algunas experiencias argentinas. [Tesis de Doctorado] Universidad Nacional de Rosario.
- Silva, T. y Ratner Kirschbaum, D. (noviembre 2010). A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: Uma abordagem histórico-crítica. SMAD, *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas* 6, 409-438.
- (Sineke) ten Horn, G.H.M.M (2004). Nuevas tendencias en la investigación en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid* (90), 167-176.
- Solitario, R (2013). “Derechos de las personas declaradas incapaces por enfermedad mental. Análisis de las prácticas socio-políticas, los procesos de exclusión y la producción de subjetividad. El caso del Municipio de Tres Arroyos”. [Tesis de Doctorado] Universidad Nacional de Lanús.
- Sousa Campos, GW (2009) *Gestión en Salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Souza Minayo, C. (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Souza Minayo, C. (2017). Origen de los argumentos científicos que fundamentan la investigación cualitativa. *Revista Salud Colectiva* 13 (4), 561-575.
- Sozzo, M. (1995). Sistema de justicia penal, selectividad y loco-criminal en la ciudad de Santa Fe. *Revista Delito y Sociedad* 4 (6-7), 143-164.
- Sozzo, M. (1999a). Derechos humanos en la intersección institucional psiquiatría-justicia penal. Informe sobre la sala psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria n°1 de la provincia de Santa Fe. En CELS, *Informe anual 1996* (167-200). Buenos Aires: Autor.
- Sozzo, M. (1999b). Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina. *Revista Delito y Sociedad* 8 (13), 163-182.
- Sozzo, M. (2015). *Locura y crimen. Nacimiento de la intersección entre los dispositivos penal y psiquiátrico*. [Tesis de Doctorado] UBA.
- Spadaro, P (2008). *El hospital psiquiátrico en la mira. Reflexiones sobre la función social del hospital psiquiátrico a partir de las representaciones de trabajadores del Hospital Dr. Emilio Mira y López de la Ciudad de Santa Fe*. V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.
- Spinelli, G. (2016). El rol del Órgano de Revisión de Salud Mental en la prevención y protección de derechos humanos de las personas usuarias de servicios de salud mental. *Revista del MPD Ministerio Público de la Defensa de la Nación* (20), 91-100.
- Stagnaro, J.C. (1993) Cronicidad y cronificación. Efecto de sujeto y efecto social. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* 4 (14), 265-266.
- Stagnaro, J.C. (2000). *Acerca de la recepción e incorporación de las ideas de la psiquiatría europea en Buenos Aires (1870-1890)*. En Ríos y otros (Comp.) *Psiquiatría, psicología y psicoanálisis. Historia y Memoria* (32-39). Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Stagnaro, J.C. (2009). Política y psiquiatría. Domingo Cabred en los Congresos Médicos Latinoamericanos. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina* (29) 5-11.
- Stagnaro, J.C. (2017). Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas. *Vertex Revista de Psiquiatría Argentina XXVIII* (133), 188-235.
- Stagnaro, J.C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S., Medina Mora, M.E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista de Psiquiatría Argentina, XXIX* (142), 275-299.
- Stolkiner, A. (1994). Tiempos 'Posmodernos': Procesos de Ajuste y Salud Mental. En Saidon y Troianovsky (comps.) *Políticas en salud Mental* (25-54). Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2000). *El proceso de reforma del sector salud en la Argentina*. Taller de Reformas Comparadas, VIII Congreso de ALAMES y XI de la IAHP, La Habana.
- Stolkiner, A. (2012a). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. *Revista Propuesta Educativa* 1 (37), 28 a 38.
- Stolkiner (2012b). Subjetividad y derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental. *Revista Intersecciones* 2 (4), 0.

- Stolkiner, A. (2013); Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En LERNER H (Comp.) *Los Sufrimientos. 10 Psicoanalistas – 10 Enfoques* (211-240). Buenos Aires: Editorial Psicolibro.
- Szsaz, T. (1994). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tamburrino, M. (2012). Institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico del área metropolitana de Buenos Aires. Una contribución a la crítica de la inteligencia. [Tesis de Doctorado] UBA.
- Testa, M (1994). *El Hospital, Visión desde la cama del paciente*. En Saidon y Troianovsky (comps.) *Políticas en salud mental* (175-187). Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Toro Martínez, E. (2019). Riesgo cierto e inminente. *Revista Clepios XXV* (1), 26-27.
- Torricelli, F y Faraone, S (2019). La formación de posgrado en Salud Mental. El caso de las residencias hospitalarias de psicología y psiquiatría como sistemas de formación. *Revista Salud Mental y Comunidad* 6 (7), 81-99.
- Touzé, G. y Goltzman, P. (Comps.) (2010). *Aportes para una nueva política de drogas: V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Facultad de Ciencias Sociales, UBA.
- Valero, A (2005). Pasos judiciales hacia la internación psiquiátrica: reflexiones y posibles aportes desde la aproximación antropológica. *Avá. Revista de Antropología* (7), 1-17.
- Valles, M (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Valverde, M y Levi, R (2006). Gobernando la comunidad, gobernando a través de la comunidad. *Revista Delito y Sociedad* 15 (22), 5-30.
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Vásquez Rocca, A (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* (31), 0.
- Vezzetti, H. (1985). *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vezzetti, H. (1995). Las ciencias sociales y el campo de la salud mental en la década del sesenta. *Revista Punto de Vista XIX* (54), 29-33.
- Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista: batallas ideológicas en la Guerra Fría*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Vidal, S (2017). *Ética de la investigación en salud*. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina DELS, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. OPS/OMS.
- Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.
- Von Stecher, P. (2010). La simulación como estrategia en la lucha por la vida: el discurso de los políticos y criminólogos argentinos entre 1900 y 1910. *Revista Discurso Teoría y Análisis* 3, 11-35.

Yoma, S (2022). Participación ciudadana en salud mental: evaluación del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones desde un enfoque de derechos humanos. [Tesis de Doctorado] Universidad Nacional de Córdoba.

Yonson, V (2013). Elementos que inciden en la cronificación de pacientes en los Servicios de Internación del Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Entre Ríos.

Zaffaroni, E. (2011). Criminología y psiquiatría: el trauma del primer encuentro. *Revista Salud Mental y Comunidad* 1 (1), 25-38.

Documentos

Asociación Civil Igualdad y Justicia- ACIJ (2021). Presupuesto 2021. Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio. Versión web disponible en <https://acij.org.ar/saludmental/?postTabs=2> [última consulta junio 2022].

Asociación Civil Igualdad y Justicia- ACIJ (2016), (2015). Informes presupuestarios sobre salud mental. Versión web disponible en <https://acij.org.ar/saludmental/?postTabs=2> [última consulta junio 2022].

Asociación Médica Mundial- AMM (2008). Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Versión web disponible en <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/> [última consulta julio 2022].

Comisión Nacional para la Protección de los seres Humanos en estudios biomédicos y del comportamiento (1978). Informe Belmont Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. Estados Unidos: Departamento de Salud, Educación y Bienestar- DHEW. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/informe_belmont2.pdf

Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental- CCH (2016). Actualidad de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina. Consejo Consultivo Honorario Ley Nacional 26657/2010 de Salud Mental.

Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica- CONICET (2006). Lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades. Comité de Ética, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/RD-20061211-2857.pdf>

Corte Suprema de Justicia de la Nación- CSJN (2006). RECURSO DE HECHO. Gramajo, Marcelo Eduardo s/ robo en grado de tentativa Causa N° 1573. <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-gramajo-marcelo-eduardo-robo-grado-tentativa-causa-n-1573-fa06000367-2006-09-05/123456789-763-0006-0ots-eupmocsollaf>

Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional 26657/2010 de Salud Mental. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA (2010a). Estimación de la población afectada de 15 años y más por trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA (2010b). Camas disponibles destinadas a la atención en salud mental y egresos hospitalarios del sector público en Argentina. Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA (2013). Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA (2019). Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de Salud Mental. ANEXO I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS. Argentina: Secretaría de Gobierno de Salud – Ministerio de Salud y Desarrollo Social. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental-2019.pdf>

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones- DNSMyA (2019). Primer Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental. Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Secretaría de Gobierno de Salud. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/primer-censo-nacional-personas-internadas-por-motivos-de-salud-mental-2019.pdf>

Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe DPSM (2022). Documento de Trabajo Anteproyecto Plan Provincial de Salud Mental “Habitar, socializar, trabajar...”.

Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe DPSM (2022). Plan Provincial de Salud Mental 2022-2028.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- INDEC (2010 y 2022). Censo poblacional en Argentina. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>

Ley Nacional 26657/2010 de Salud Mental. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Nacional 26934/2014 para la Creación del Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos- MINJUS (2017). Sistema Nacional de Estadística sobre Ejecución de la pena SNEEP. Dirección Nacional de Política y Criminal en materia de Justicia y Legislación Penal: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/justicia/politicacriminal/estadisticas/sneep/2017>

Ministerio de Salud- MINSAL y Ministerio de Justicia y DDHH- MINJUS (2011). Resoluciones conjuntas 1128/2011 y 1075/2011 de Creación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino-PRISMA. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1128-2011-185022>

Ministerio de Salud- MINSAL (2013). Plan Nacional de Salud Mental. Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res2177.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires MSAL PBA (2022). Guía de atención de crisis y urgencias por motivos de salud mental y consumos problemáticos. Buenos Aires: Minsiterio de Salud. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/08/GUIA-DE->

[ATENCION-EN-LA-CRISIS-Y-URGENCIAS-EN-HOSPITALES-GENERALES-DE-LA-PROVINCIA-DE-BUENOS-AIRES.pdf](#)

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2015). Resolución 1968 de “Formalización de dispositivos de salud sustitutivos de las lógicas manicomiales”. Santa Fe: Ministerio de Salud de Santa Fe. <https://www.santafe.gov.ar/boletinoficial/recursos/boletines/10-11-2015avisos.html>

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (2019). Resolución 2958 de creación del “Protocolo de Contención Mecánica por razones de salud mental de la provincia de Santa Fe”. Santa Fe: Ministerio de Salud de Santa Fe.

Organización Mundial de la Salud- OMS. Manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos. Capítulo 5: Trastornos Mentales y del Comportamiento. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2011). Atlas de Salud Mental. Ginebra: OMS. <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-sm-de-la-oms/atlas-de-sm/>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2013) Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020. Ginebra: OMS.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud- OMS-IESM (2005) versión 2.2: Instrumento de evaluación para sistemas de salud mental. Ginebra, OMS.

Organización Mundial de la Salud- OMS (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, URSS. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud- OMS/ Organización Panamericana de la Salud- OPS (1990). Declaración de Caracas. Caracas, Venezuela: OPS/OMS. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización de Naciones Unidas- ONU (1991). Principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental. RES 46/119, Asamblea General de Naciones Unidas. <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf>

Organización de Naciones Unidas- ONU (2007). Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2010). Consenso de Panamá. Panamá: OMS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>

ORN (2014). Informe anual de gestión. Argentina: Órgano de Revisión Ley Nacional de Salud Mental 26657, Ministerio Público de la Defensa. <https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental/304-secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/informes-de-gestion-del-organo-de-revision/2824-informe-de-gestion-2014>

ORN (2015). Informe anual de gestión. Argentina: Órgano de Revisión Ley Nacional de Salud Mental 26657, Ministerio Público de la Defensa.

<https://www.mpd.gov.ar/index.php/defensoria-general-de-la-nacion/organo-nacional-de-revision-de-salud-mental/304-secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/informes-de-gestion-del-organo-de-revision/2825-informe-de-gestion-2015>

ORN (2016). Informe anual de gestión. Argentina: Órgano de Revisión Ley Nacional de Salud Mental 26657, Ministerio Público de la Defensa. https://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/INFORME%20ANUAL%20ORN_2016_PDF.pdf

PEN (2017). Proyecto de Decreto Reglamentario Ley 26.657. Argentina: Poder Ejecutivo Nacional. <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/11/decreto-1.pdf>

Procuración Penitenciaria de la Nación (2016). Buenas Prácticas en Salud Mental en contextos de encierro.

<https://www.ppn.gov.ar/pdf/ejestematicos/Informe%20sobre%20buenas%20practicas%20en%20Salud%20Mental%20en%20contextos%20de%20encierro.pdf>

Procuración Penitenciaria de la Nación (2017). Informe Anual. Apartado 3 “El acceso a la salud de las personas presas”, pp. 465-483. <https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2017.pdf>

Servicio Penitenciario Federal SPF (2012). Resolución N° 467/12 de la Dirección Nacional del SPF de Creación del Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral-PROTIN. Argentina: Dirección Nacional del SPF.

Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe (2016). Informe de la Dirección de Seguridad sobre las condiciones edilicias del Hospital Dr. Agudo Ávila para la internación de personas privadas de su libertad. Santa Fe: Servicio Penitenciario, Ministerio de Seguridad.