

“Locura estereotipada y Normalización medicalizada”; Reflexiones etnográficas sobre los pacientes internados en un Hospital psiquiátrico de Buenos Aires.

Lic. Gimena Lorenzo

Socióloga U.B.A

Investigadora IIGG, doctorando en Ciencias Sociales U.B.A

gimenalorenzo@gmail.com

María de la Paz Rozados

Estudiante avanzada de la carrera de Sociología U.B.A

Investigadora.

pazrozados@gmail.com

Resumen

El presente trabajo pretende abordar una de las formas de construcción de la identidad de pacientes internados en un Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires. En esta línea, nos proponemos mostrar que la definición del “loco” acerca de sí mismo, remite a elementos discursivos y representacionales constitutivos del estereotipo social predominante en el sentido común. El mismo construye al “loco” como aquel que viene a romper con el pacto social, homologándolo a la figura del furioso, del violento (Foucault, 1990). En consecuencia, se le atribuyen cualidades intrínsecas, categorizadas y sustancializadas que modelan prácticas de exclusión, que permean tanto las interacciones sociales, como así también los procesos de atención de salud – atención - enfermedad.

El objetivo del presente trabajo es explorar como los pacientes internados en un hospital psiquiátrico de Buenos Aires activan y objetivan diferentes atributos y cualidades del estereotipo social del “loco”, a través de prácticas, discursos y representaciones ligadas al proceso de medicalización. Entendiendo a este último, como un mecanismo de control social propio de las sociedades post-disciplinarias y de sus respectivas tecnologías del “yo”. (Foucault, 2005)

Introducción

*“Todos quieren lo mismo, todos son iguales: quien tiene sentimientos distintos
marcha de buen grado al manicomio”
Friederich Nietzsche.*

En nuestro país, a partir de la década del 90, comienza un proceso de profundización de la aplicación de las políticas de corte neoliberal, cristalizándose en masivas privatizaciones. Una de las consecuencias más visibles de la implementación de este tipo de políticas, es el achicamiento del estado respecto al gasto público en sectores tales como Educación y Salud entre otros. Este clima cultural conlleva el desplazamiento de lo público a lo privado teniendo como principal consecuencia el deterioro paulatino no solo de los servicios públicos, sino asimismo de la percepción cultural en términos positivos respecto a la utilización de los mismos. Este proceso de crisis de las instituciones públicas se profundiza a finales de la década del 90 ahondándose en el 2001. Paradójicamente y como consecuencia de la agudización de la crisis económica, cultural-social y política aumenta la demanda de los servicios públicos en el área de salud,- incrementándose ostensiblemente en la demanda de salud mental- conservándose una percepción social negativa de los mismos. Este deterioro paulatino se plasma en el escaso personal frente a una sobredemanda, la ausencia de un plan de conservación y mejoramiento edilicio, la falta de insumos, entre otros. En este marco de aumento de la desocupación y de la reducción en la cobertura de seguros de salud (CELS,2008), se inicia un proceso por el cual, situaciones que generan exclusión (desocupación, precariedad laboral, pérdida de la vivienda y en consecuencia pérdida de lazos sociales) son absorbidas desde el ámbito bio-medico, transformándose en un nuevo objeto del proceso de atención salud-enfermedad. Es decir, la psiquiatría apropia como objeto a partir de procesos de medicalización, conflictos originados en sufrimientos sociales y situaciones de exclusión. Es así como, de acuerdo al informe del CELS, entre el 60% y el 90% de los pacientes hospitalizados en asilos psiquiátricos, son “pacientes sociales”. Esto refiere, a aquellos internos que permanecen en una situación de hospitalización debido a la ausencia de lazos de contención en el exterior y de recursos necesarios para poder re-insertarse. En este sentido, “(...) el sistema de salud mental en la Argentina se ha vuelto un “depósito de personas” que carecen de los

medios para mantenerse a si mismas, o de familiares que estén en condiciones de actuar como red de sostén, o que estén dispuestos a hacerse cargo de ellas (...)" (CELS, 2008: 47).

En este marco, el objetivo del presente trabajo, es explorar, como los pacientes internados en un Hospital Psiquiátrico de Buenos Aires activan y objetivan diferentes atributos y cualidades del estereotipo social del "loco", a través de prácticas, discursos y representaciones ligadas al proceso de medicalización. Considerando como cualidad o atributo central de este estereotipo, el "*estigma*" (Goffman) y el "*etiquetamiento*" (Becker) de los pacientes rotulados como "locos".

La metodología utilizada para llevar a cabo este estudio es cualitativa y se encuentra enmarcada dentro de la tradición etnográfica que estudia los procesos de salud-enfermedad. El trabajo de campo se desarrollo en el transcurso de los años 2007-2009, e implicó la observación participante en diferentes áreas recreacionales del Hospital, la realización de entrevistas en profundidad no- estructuradas, la reconstrucción de historias de vida, y de charlas casuales con los internos. El método etnográfico nos permitió acceder al circuito de producción de sentido, tanto como al universo de referencia compartido y racional que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos, organizados por la interpretación y actividades de los agentes sociales.

El hospital

A fines del siglo XIX, acompañando el proceso de constitución de los estados Nacionales ,y al calor del auge de las ideas higienistas en materia sanitaria, nacen los denominados Hospicios. Separados físicamente del tejido urbano en proceso de consolidación y enmarcados en la cartografía delimitadora del trazado modernizador, su rasgo mas sugerente, es el muro que funciona como frontera simbólica y física de separación entre un "nosotros" y un "otros". Allí se albergan, inicialmente personas indigentes, mendigos, prostitutas y " enfermos de los nervios", constituyendo así, una población que se caracteriza por ser considerada socialmente "corruptora del orden moral", con "emociones desordenadas y sin motivo" (Alcorta, 2010). Una de las principales necesidades que emerge al amparo de este proceso de constitución de los estados Nacionales es la urgencia histórica por constituir una identidad nacional que se

encuentre claramente delimitada. Como respuesta a las necesidades típicas que impone el paradigma de la construcción de la subjetividad moderna (La construcción de la identidad a partir de la oposición con lo diferente, con la *otredad*) (Fernández 1993), se construyen determinadas figuras marginales que evocan en el imaginario colectivo el gesto que segrega, (Foucault, 1999) Y estas figuras deben ser ubicadas espacialmente; de ahí el surgimiento de lugares específicos, como los hospicios.

El Hospital en el cual llevamos a cabo el trabajo de campo nació como asilo de personas marginadas en el año 1888, al amparo de los avances en Neurobiología y vinculado al desarrollo del Higienismo, la criminología y el paradigma psico-biológico, de concepción organicista. El carácter de "asilo para marginados" no evitó que en 1879 se construyera un muro en la parte frontal del terreno, que delimitara claramente las fronteras entre el Hospital en nacimiento, y el resto de las edificaciones de la zona. Muro que como bien mencionamos anteriormente, no solo delimita el espacio territorial sino también las fronteras simbólicas.

Hacia el año 1931, y en parte como consecuencia de la gran crisis del '30, aparecen los primeros consultorios externos a cargo de la Liga Argentina de Higiene mental.

Sin embargo, es recién hacia el año 1949 y en el contexto de la segunda post-guerra, cuando dicho Hospital adquiere carácter de Neuropsiquiátrico. En 1967, pasa a ser Hospital Nacional, y es bautizado con el nombre de una eminencia psiquiátrica del higienismo argentino. Llegado el año 1993, pasa a constituirse en hospital asociado a la Facultad de Medicina. Con el auge de las políticas neoliberales -que implicaron la privatización de los servicios públicos, la precarización de los sistemas de salud, y el aumento del desempleo y vulnerabilidad extremas-, en el año 2001 se incrementa el número de consultas y urgencias de problemáticas vinculadas con la salud mental, (CELS, 2008).

El Hospital se encuentra ubicado en uno de los barrios fabriles de la capital federal que linda con el gran Buenos Aires. La particularidad de esta zona, es que alberga simultáneamente a cuatro hospitales de las mismas características, diferenciándose por quienes los albergan. En el caso del Hospital donde desarrollamos nuestro trabajo de campo, los internos son mayoritariamente hombres, en los hospitales vecinos, se acogen personas de la tercera edad, niños y mujeres, en forma diferenciada por cada uno de los grupos mencionados. Originariamente, la zona donde se edificaron estos hospitales, era considerada de elite. Sin embargo, y como resultado de la segregación territorial,

producto de la modernización urbana, dicho territorio pasó a formar parte de una zona periférica donde el paisaje urbano nos enseña solo hospitales y fábricas sin funcionar. El barrio se caracteriza por escasas viviendas bajas, derruidas en su gran mayoría, y casi nulos negocios. Es por esto que se destaca en este escenario, una despensa tradicional, cuyo público asiduo son pacientes con permiso de salida, familiares, visitantes del hospital, y profesionales del mismo.

Lo primero que llama la atención, al encontrarse con dicho Hospital, es la magnitud de su dimensión física. Tras una garita de vigilancia ubicada en la entrada junto con una gran valla, que cierra el paso a cualquier tipo de transporte, se divisa una playa de estacionamiento. La misma permite el acceso a un primer hall con un gran frente vidriado, donde pueden visualizarse algunos de los pacientes. Un gran cartel con el nombre del Hospital corona la entrada de este primer acceso. Subiendo los primeros peldaños, se entra a una gran sala donde se encuentra la recepción en el centro, hacia el costado derecho, los consultorio externos, y hacia el costado izquierdo una vía de acceso a oficinas administrativas, y a un primer patio. Al ingresar por primera vez, llama la atención el deterioro de las condiciones edilicias: vidrios rotos, paredes sin pintura, resquebrajadas, con humedad, así también como las deplorables condiciones higiénicas; pisos sucios con desechos orgánicos, un constante hedor a orín y baños en mal estado sin las instalaciones apropiadas. Este primer Hall conduce al edificio central, el cual a primera vista resulta impactante, ya que las rejas en las ventanas y su color gris transmiten la sensación de encierro, asemejándose a la idea que en general poseemos de una cárcel. Este primer edificio, tiene seis pisos, los cuales se dividen por pabellones de internación, y aulas donde se desarrollan diferentes actividades. Los diferentes pabellones tienen una lógica espacial común; poseen un pequeño hall donde pueden encontrarse sillas, sillones y una mesa ratona, imitando al living de un hogar. Al adentrarse en ellos se ven un promedio de 10 a 12 camas situadas en fila, lockers con candado para el uso personal, una pequeña cocina, el office de enfermería (que en general se encuentra a la entrada de cada pabellón) y duchas comunes sin cerramiento que garantice la privacidad. Esta disposición espacial remite directamente al esquema del panóptico, que responde a la lógica de la observación constante y continua. En la planta baja de dicha edificación, encontramos rigurosamente vigilada la guardia y el servicio de admisión. En este espacio generalmente ingresan los potenciales pacientes en situación de “urgencia psiquiátrica”. El ingreso al servicio de admisión es sumamente restringido, y se encuentra claramente delimitado por una puerta con

barrotes, y dos empleados de seguridad. En el sexto piso del mismo edificio, puede encontrarse una biblioteca y un gimnasio. El acceso a los diferentes pisos se da por medio de un ascensor, o de escaleras en condiciones sumamente deterioradas. Al ir transitando los diferentes pisos, las paredes nos van contando historias a partir de graffitis, o pintadas de denuncia que los mismos internos realizan.

Este primer edificio tiene dos salidas centrales al jardín principal, y dos salidas laterales hacia los diferentes patios del hospital. De este modo, una vez que se va transitando el jardín trasero, se observan diferentes edificaciones que albergan otros pabellones, un gran parque, una cancha de futbol, una modesta parroquia que linda con el servicio penitenciario, altamente custodiado y delimitado con otra barrera de seguridad. Es llamativo encontrar tan claramente una frontera espacial que delimita a un “otro” dentro de un espacio que se constituye para los “otros”. El ingreso al pabellón penitenciario es sumamente restringido y custodiado. En el centro del gran parque se encuentra una pequeña edificación donde se desarrollan las actividades de la radio de los internos. Caminando aun un poco mas por las calles asfaltadas que alberga esta misma ciudad-hospital, encontramos el centro cultural, donde se exhiben las obras de arte realizadas por los mismos internos. Lo que queda en claro después de una exhaustiva primera visita, es que estas condiciones de extrema vulnerabilidad plasmadas arquitectónicamente son una clara cristalización de la valorización social que se le da a quienes allí residen. Estas condiciones de deterioro se materializan en los cuerpos frágiles que transitan sus pasillos y que son a su vez producto y condición de su existencia.

Breve estado de la cuestión

Mucho se ha tratado el tema de la medicalización de la “locura” desde las disciplinas, medico-psiquiátricas y psicológicas que centralizan el estudio del individuo como un todo orgánico. El tratamiento de dicho tema, por estas disciplinas, se centro- en forma predominante- en una óptica que reduce al sujeto a su historia individual, desvinculándola de factores sociales, económicos y culturales a nivel macro- social.

Por otro lado, ha sido poco explorado por aquellas disciplinas dedicadas al análisis y comprensión de los sujetos y procesos sociales. Dentro de las mismas se vuelven significativas las contribuciones críticas de la Sociología de la Salud y la Antropología

Medica¹. Diversos estudios señalan que el modelo medico hegemónico (Menéndez, 1985) cumple funciones no solo curativo-preventivas, sino de normalización y control. Entendiendo por ello, al conjunto de practicas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del s. XVIII va despojando a la serie de practicas, saberes e ideologías predominantes en los diferentes conjuntos sociales hasta lograr identificarse como la única forma de atención de la enfermedad legitimada tanto por la ciencia como por el estado. En esta línea, Foucault resalta el surgimiento de la Sociedad Disciplinaria, y junto a ella, el desarrollo de la psiquiatría como campo específico de saber-poder dentro del modelo biomédico, (Foucault, 1999). El proceso de desarrollo de la sociedad disciplinaria y sus diferentes técnicas y estrategias, tienen como correlato la mencionada hegemonía del modelo medico hegemónico y su respectivo proceso de “Medicalización”. Por esto se entiende la penetración de la mirada medica en los saberes ilustrados y populares, (Comelles, 1993), asegurando el monopolio sobre la atención en salud. De este modo, la medicalización consistiría en la apropiación de problemáticas sociales y no-medicadas, transformándolas en objetos de estudio de la disciplina en constitución. Esto tiene como resultado la patologización y el respectivo tratamiento y categorización medica, de problemas que antaño solo remitían a causas macro-sociales, medicalizando la “desviación” (como por ejemplo, pobreza, prostitucion, locura). Como señalan Foucault (1999) y Szasz (1961) paulatinamente determinados “ desordenes” comenzaron a ser tratados por la psiquiatría como “enfermedad mental”, asignándole a esta categoría diagnostica todo aquello en lo cual se detectaba signos de “mal funcionamiento”, incapacidad y sufrimiento en oposición a la norma predominante. ²

Dando cuenta de estos procesos paulatinos de asignación identitaria los estudios de Goffman sobre el Estigma (Goffman 2001) y de Becker (Becker, 1961) sobre la rotulación sientan precedentes en el área de estudios de aquello considerado socialmente como desviación. Desde la microsociología de Goffman, el estigma es un atributo desacreditador, y los sujetos estigmatizados se encuentran en el centro de una arena donde se enfrentan argumentos y discursos, dedicados a aquello que deberían pensar sobre sí mismos, y sobre su identidad. Siguiendo esta perspectiva, otros autores

¹ Los inicios de la Antropología medica en America Latina pueden encontrarse hacia el año 1920, desarrollándose en años posteriores con un claro enfoque empirista. En cambio, la Sociología de la Salud, surge hacia los años 60 siendo principalmente influenciado por el Estructuralismo Norteamericano Parsoniano, (Menéndez, 1985).

² Este es el caso de la tuberculosis, sífilis, carcinomas, histeria, hipocondría, depresión, entre otros.

(Katschnig, 2000) dan cuenta de cómo la estigmatización constituiría un proceso cuyas manifestaciones serían: la presencia de un estereotipo erróneo (prejuicio), por parte de la sociedad -por ejemplo, la asociación entre locura, irracionalidad y descontrol público; la identificación de las personas que pertenecerían a la categoría “estigmatizada”; la discriminación objetiva de esas personas; y por último, la internalización e identificación de ese grupo de personas del prejuicio social en su propio yo, así como la intervenciones sobre el cuerpo a partir de la farmacologización y el encierro terapéutico. Al respecto la psiquiatría, basándose en una determinada forma de interpretación de las conductas y roles sociales, designa un comportamiento como anormal a través de una imputación diagnóstica (Becker, 1971), lo cual conlleva consecuencias prácticas: la obligación de someterse a tratamientos, internaciones, y otras diversas intervenciones sobre el cuerpo. Ello se relaciona a que la condición de “desviación” está íntimamente ligada a conductas que se alejan de lo que la sociedad considera como regla. Siendo entonces, la conducta desviada el producto de una transacción producida en la interacción entre un determinado grupo social y alguien percibido por ese grupo como “infractor de las normas”, (Becker, 1971).

Dentro de los antecedentes críticos sobre las trayectorias institucionales, la antipsiquiatría inglesa de Laing y Cooper y el movimiento de psiquiatría democrática de Basaglia, cuestionan al Hospital Psiquiátrico en su lógica y funcionamiento: desde esta perspectiva, este actúa como dispositivo de organización y control de los grupos que resultan conflictivos para el orden económico-político del sistema capitalista (Basaglia, 1999). Otros autores, coinciden en que las instituciones terapéuticas se caracterizan por constituirse en establecimientos especializados en la custodia de los sujetos, el control sobre sus prácticas y todos los ámbitos de su vida (Foucault, 1972, 2003; Goffman, 1969), enfatizándose dicho control en los sectores más vulnerabilizados. De esta forma entendemos como vulnerabilidad a la ausencia de reaseguros y estabilidad que afianzan los lazos sociales (Merklen, 2000). Es decir, una fragilidad en los lazos sociales que permiten la integración a la comunidad mayor, (Castel, 1995).

Pese a la relevancia de la problemática de la estigmatización de los pacientes psiquiátricos (y su correspondiente internalización) vinculado al proceso de medicalización, son escasos los estudios que abordan la temática desde las Ciencias Sociales en Argentina. En este sentido, nos proponemos explorar el modo en que los pacientes internados en un Hospital Psiquiátrico de Buenos Aires activan y objetivan

diferentes atributos y cualidades del estereotipo social del “loco” (Estigma), a través de prácticas, discursos y representaciones ligadas al proceso de medicalización.

“Los niños y los locos dicen la verdad. La diferencia es que a los niños se los educa y a los locos se los encierra”: locura estereotipada y normalización medicalizada.

Andrés, paciente del Hospital

Con el surgimiento de la sociedad Disciplinaria, y el pacto social como esquema de referencia contractual de ordenamiento de las sociedades modernas, constituidas por individuos libres e iguales, surge la norma como vector referencial para las conductas estandarizadas socialmente. Es decir, la idea del pacto social y la sociedad que lo constituye, construyen conjuntamente y en un mismo momento al sujeto normativo. Este se representa en el individuo que no solo forma parte del “contrato” como ciudadano, sino también como sujeto que incorpora determinados modos de acción que le permiten formar parte de aquel “pacto”. En consecuencia, aquel agente que no acata el ideal normativo plasmado en el contrato, así como aquel que no interioriza las conductas morales necesarias para formar parte de aquella institución es segregado y rotulado bajo la nomina de “anormal”. En esta línea, surge lo que Foucault denomina “poder normativo”, el cual se extiende a través de las diferentes esferas de lo social a partir de distintos dispositivos que interrelacionan el poder judicial con el poder psiquiátrico, teniendo como consecuencia principal la aparición del “Manicomio” como lugar privilegiado en donde ejercer el poder de normalización. De esto se desprende que el trato de la locura lleve en si mismo procesos de marginación y exclusión social: *“Afuera somos discriminados, porque la gente se cree que la locura contagia”* (Notas de campo, 2008). Estas palabras de uno de los pacientes del Hospital, describen la interiorización de estos procesos de segregación social inherentes al calificativo “Loco” como moralmente contagioso. En este sentido, el paciente a través de esta breve afirmación, nos revela el carácter que ya había señalado Foucault, que toma la subjetividad del “loco” como aquel que no solo rompe el pacto social-y por eso es necesario encerrarlo- sino también como aquel que posee un atributo moral pasible de ser contagioso. El mismo agente reconoce en si mismo la diferencia, y en la misma afirmación asigna la causa a su condición: *“los pacientes crónicos son nerviosos, no entienden lo que les decís, para ellos el negro es blanco. Les cuesta hablar, son*

violentos". (Notas de campo, 2009). Esta frase explicita la existencia de un doble proceso de estigmatización. Por un lado, el paciente reconoce los atributos que histórica y socialmente han construido al "sujeto loco" como nervioso, irracional y violento. Esta interiorización, por parte del paciente, del discurso que por excelencia mantuvo el saber psiquiátrico y la mirada medicalizadora, atribuye a *"los crónicos"*, un "otro" del que el mismo paciente se diferencia, las mismas cualidades que le son atribuidas a él, por la sociedad y el poder psiquiátrico. Esto se constituye en el segundo aspecto de la estigmatización, lo que podemos denominar "el otro del otro".

Pero como bien señala Foucault, la norma también posee un aspecto positivo y productivo, es decir, abre la posibilidad de intervención y regulación sobre aquellos que no la interiorizan de la forma "correcta". Esto tiene como resultado el surgimiento de multiplicidad de saberes que van a constituirse como esferas por las cuales circula el poder de normativización a partir del control, la distinción, y su respectiva calificación entre normal y patológico. En palabras de otro interno: *"Mi abuelo averiguo que ahora para mi enfermedad (esquizofrenia con delirios místicos) hay una medicación que es inyectable... pero me dijo que tiene miedo de vivir conmigo, porque soy violento (...) si yo no fuera malo, no estaría en un lugar malo como este"* (Notas de campo, 2008). Lo primero que surge como significativo, es la autodefinición del propio paciente como "enfermo", lo cual claramente remite – junto a la detallada descripción de su "patología"- a una fuerte internalización del discurso psiquiátrico y de la medicalización que este mismo conlleva. Junto a estas identificaciones, al mismo tiempo que el paciente se reconoce y apropia la identidad de "loco", habilita como mecanismo legítimo de intervención sobre su cuerpo- y en consecuencia sobre su "enfermedad"- la utilización de psicofármacos que lo ayudan a "mantener el control". En este sentido, puede observarse como las diferentes técnicas normativas, se plasman en las propias representaciones que los pacientes tienen del gobierno de si mismos. En consecuencia, el control no solo se ejerce mediante la farmacologización, sino también a través de la introyección de ideales normativos asociados a atributos desacreditadores. Todo esto se plasma en lo que narra Julián: *"Estoy tomando Halopidol, Tegretol y Fluoxetina. Si yo no estoy en tratamiento psiquiátrico, yo soy un explosivo andando"*, (Entrevista a Julián, 25 de Mayo del 2008).

Nuevamente surge la categoría de "explosivo" como rectora de la autodenominación. Esta metáfora implica que los pacientes se ven a si mismos como "irracionales" y

“violentos”, sin el debido control que ejerce sobre sus conductas no solo la medicación, sino también el tratamiento otorgado por el Hospital.

Conclusión

La *locura* es considerada desde nuestra óptica, un emergente y hecho social que depende del contexto histórico-político, y cuyo carácter reside en constituirse como un modo de *anormalidad* en relación a las normas del momento histórico, variando su contenido y su modo de conceptualización médico- psiquiátrica, pero no el efecto de su nominación: la exclusión y aislamiento de aquellos considerados “locos”, y su consecuente medicalización y estigmatización. De acuerdo con Foucault (1999): “la historia de la locura sería la historia de lo Otro -de lo que para una cultura es a la vez, interior y extraño, y debe, para ello, excluirse (para conjurar un peligro interior), pero encerrándolo (para reducir la alteridad) (...)”,(Foucault,1999:9). De este modo, se crea y reproduce- tanto en el sentido común, como en la concepción subjetiva de los pacientes-, el discurso predominante en la sociedad que homologa la figura del “loco”, en tanto “furioso” o “violento”.

Dado que es la sociedad la que establece los medios para categorizar a las personas, y los parámetros de diferenciación entre aquello considerado “normal”, y lo nominado como “anormal” o “moralmente contagioso”, resulta de gran utilidad entender dichos términos como emergentes de una red de relaciones. En consecuencia,

el *estigma* no puede ser aprehendido si no es en relación a lo establecido socialmente como “normal”, puesto que se constituye de acuerdo a la diferencia respecto a las expectativas y normativas estandarizadas, socialmente establecidas. Puesto que la sociedad proporciona las categorías por las cuáles se constituye una identidad: “El término estigma, será utilizado (...) para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador (...) es un lenguaje de relaciones”, (Goffman 2001: 13). Es decir, refiere

a un deterioro de la identidad, constituido por la alteridad e interacción con los otros. Si bien postulamos que el estigma tiene un origen principalmente social, éste se institucionaliza desde el momento en el que un denominado “enfermo mental” es internado, al interior de una *Institución Total* y se ve expuesto a los distintos procesos de medicalización y farmacologización. Teniendo esto como principal consecuencia una autodefinición que reproduce los estereotipos sociales atribuidos al “Loco”. Esto implica que el mismo paciente recrea representacional y conductualmente el estigma que se le es asignado socialmente. De este modo, los denominados “Locos” restringen los canales que les posibilitan una construcción del “Si mismo” diferente al estereotipo que se les es asignado. Cabe destacar que si bien las técnicas de autocontrol del “yo” interiorizadas a través de la aprehensión de un discurso de poder – y sus respectivas técnicas- existen también fisuras y formas de resistencia, por las cuales pueden construir ciertos aspectos de su subjetividad de forma diferencial a la impuesta por el estereotipo. En este sentido, cabe destacar el uso del arte como forma de manifestación de la propia subjetividad, el “puenteo” de la medicación, y las demandas por la integración social.

Bibliografía:

- Alcorta, A. “Aventuras pampeanas en salud mental: la dirección de la cura-y sus vueltas-en la historia de la psicología clínica , psiquiatría y psicoanálisis en la Argentina”, http://electroneubio.secyt.gov.ar/Salomon_Chichilnisky_Historia_Psicologia_Psiq_PARTE_1.htm.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.
- Basaglia, Franco (1999), “¿Psiquiatría o ideología de la locura?, y “La institucionalización psiquiátrica de la violencia”. En *Razón, locura y sociedad*, México: Siglo Veintiuno Editores.
- Becker, H (1963) *Outsiders; studies in the sociology of deviance*, London: Free Press of Glencoe.

- Butler, J. (1993). *Bodies that Matter. On the discursive limits of sex*. New York, Routledge.
- CELS (2008) *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Comelles, J. (1993) “La Configuración del Modelo Médico y del Modelo Antropológico”. En: *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid, Eudema.
- Devries, M. (1983) *The Use and Abuse of Medicine*. New York: Praeger
- Foucault, M. (1972) *Historia de la locura en la Epoca Clásica*, Buenos Aires, FCE.
- Foucault, M. (1977) *Historia de la Sexualidad. La Voluntad de Saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2003) *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, FCE.
- Goffman, E. (1961) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Goffman, E. (1970) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Guber. R. (2004) *El salvaje metropolitano- reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires, Paidós.
- Kastchnig, H (2000) Examples of effective practices: Mental Health Care. En Lavikainen J., Lahtinen E., Lehtinen V. (Eds) *Public Health Approach on Mental Health in Europe*: Helsinki, STAKES.
- Kleinman, A. (1980) “Culture, Health, Care System and Clinical Reality”. En: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A. (1988) *Rethinking Psychiatry*, New York: The Free Press.
- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives*, USA: Basic Books.
- Kleinman, A.; Das, V.; Lock, M (eds) (1997) *Social Suffering*, California: University of California Press.
- Kleinman, A.; Das, V; Lock, M. (1997) *Social suffering*. Berkeley, University of California Press.

- Manzelli, H.; Pecheny, M.; Jones, D. (2002). *Vida cotidiana con VIH/sida y/o con hepatitis C: diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización*. Buenos Aires: CEDES/Serie Seminario de Salud y Política Pública.
- Menendez, E. (1985) “Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina”. *Nueva Antropología*, VII (28):11-27.
- MERKLEN LOPEZ, D: “Vivir en los márgenes. La lógica del cazador” en Svampa (ed) “Desde Abajo. La transformación de las identidades sociales” Ed. UNGS - Biblos 2000
- Pecheny, M.; Manzelli, M; Jones, D (2007). “The experience of stigma: people living with HIV/AIDS and Hepatitis C in Argentina / La experiencia del estigma: las personas que viven con VIH/SIDA y Hepatitis C en Argentina”, *Interam. j. psychol*;41(1):17-30, Apr.
- Piccolo **F.D.**, Knauth (2002) *DR. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos*. *Horiz Antropol.* 2002;8 (17):127-45.
- Rivera Beiras,I; Dobón,J (comps) (1996) *Secuestros institucionales y Derechos Humanos: la cárcel y el manicomio como laberintos de obediencias fingidas*.Barcelona, Editorial María Jesús Bosch.
- Singer, M. y H. Baer (1995) “Medical Anthropology and Its Transformation”. En: *Critical Medical Anthropology*. Amityville, New York.
- Taussig, M. (1992) “La Reificación y La conciencia del Paciente”. Pp. 110-143. En; *Un Gigante en Convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. España, Ed Gedisa.
- Uribe, C. y Ospina, M. (2006). “Creencia y Verdad en los Sistemas Terapéuticos Contemporáneos”. *Antípoda*, Revista de Antropología y Arqueología, No.8, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
- Wacquant, L. (2000) *Las cárceles de la miseria* ,Buenos Aires, Biblos.