

LAS CAPAS DE LA VIOLENCIA

Intersecciones entre salud mental y género en el camino hacia la internación

Experiencias de investigación etnográfica en provincia de Buenos Aires

Ana Silvia Valero

*(Grupo de Estudios sobre Salud mental y Derechos Humanos,
Instituto Gino Germani, UBA)*

Silvia Faraone

*Grupo de Estudios sobre Salud mental y Derechos Humanos,
Instituto Gino Germani, UBA)*

En el presente capítulo nos proponemos sistematizar resultados de investigación y reflexionar acerca del carácter multidimensional e histórico de la violencia en torno a las problemáticas de género. Nos interesa atender a la situación de las mujeres en particular, en el escenario específico dado por el proceso de decisión del que resulta la internación en un hospital psiquiátrico.⁷²

El capítulo se desarrolla a partir de una aproximación desde las ciencias sociales y con base en una perspectiva que atiende a las

72 El trabajo se desarrolla en el marco del Plan de Tesis de la Lic. Ana Valero del cual la Dra. Silvia Faraone es directora. Asimismo se encuentra encuadrado dentro de un Proyecto UBACyT llevado a cabo por el Grupo de Estudios en Salud Mental y Derechos Humanos (GESMyDH) del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

formas en que las instituciones del Estado –con sus agentes, dispositivos, saberes y prácticas, y en contextos histórico-políticos específicos– establecen mecanismos de articulación entre la atención de la salud y el control que se ejercen diferencialmente con respecto a algunos conjuntos sociales particulares, en este caso sujetos con padecimientos psíquicos.

El campo⁷³ de la salud mental en Argentina se encuentra en la actualidad en una situación difusa. Luego de la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) coexisten diversos modelos de atención, a la vez que se observa una amplia distancia entre aquello que se impulsa a nivel de los saberes y enunciaciones por parte de funcionarios públicos, y lo que se traduce en transformación de las prácticas. Podríamos plantear que el campo de la salud mental se encuentra en tensión, dada la coexistencia de dos modelos de atención antagónicos en disputa y con actores sociales con fuertes pugnas en su interior; es decir, el modelo *manicomial-asilar*, con vigencia por más de un siglo en nuestro país, y el de *salud mental comunitaria*, que se afianza desde la sanción de la Ley 26.657. Ambas formas de atención encuentran sus nodos de contraste en los siguientes aspectos fundamentales: la concepción jurídica del sujeto, las modalidades, saberes y prácticas pertinentes para su abordaje, y las conceptualizaciones en torno al campo de la salud mental (Faraone, 2013).

73 Para Bourdieu los campos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias. Aunque el autor está hablando de cierta especificidad de cada campo, al mismo tiempo señala que pueden observarse leyes generales de funcionamiento válidas para campos diversos. Un campo se define fundamentalmente precisando lo que está en juego y los intereses específicos del mismo, que son irreductibles a los intereses de otros campos. En este sentido, cada campo genera el interés que le es propio y que es la condición de su funcionamiento. Un campo, además de un campo de fuerzas, constituye un campo de luchas destinadas a conservar o a transformar ese campo de fuerzas. También un campo social es un campo de luchas, y no se debe olvidar que los agentes comprometidos en las mismas tienen en común un cierto número de intereses fundamentales, todo aquello que está ligado a la existencia misma del campo, como una suerte de acuerdo y complicidad tácita acerca de lo que merece ser objeto de lucha (Bourdieu, 1988, 2002; Gutiérrez, 1997).

Así, el modelo manicomial-asilar postula la centralidad y hegemonía del saber médico psiquiátrico, con el consecuente relegamiento de otras disciplinas del campo, junto con la preeminencia del tratamiento psicofarmacológico por sobre otras terapéuticas para los sujetos con “enfermedad mental o trastornos mentales”. Este modelo por lo general se ha asociado a la concepción del hospital psiquiátrico como el dispositivo fundamental y a la segregación de los sujetos del espacio social mediante prácticas de encierro debido a la supuesta existencia de “peligrosidad”.

Este último concepto encarna el resultado genealógico de la articulación entre la psiquiatría y el pensamiento jurídico (Foucault, 1996). La noción de individuo peligroso, sustento del modelo manicomial-asilar, se constituyó hace más de un siglo y perdura en el foco de las interacciones entre la función del hospital psiquiátrico y el ámbito judicial. En particular, Foucault plantea que “la psiquiatría necesita y no dejó de mostrar el carácter peligroso, específicamente peligroso del loco en cuanto tal” (2000: 117). Como consecuencia de ello, en el contexto previo a la sanción de la Ley 26.657 la peligrosidad constituirá el criterio fundamental para la definición de las internaciones basadas en la disposición judicial de internación en Argentina.

En neta contraposición a este modelo, el marco normativo nacional en vigencia dado por la Ley N°26.657, postula el reconocimiento de las personas con “padecimientos psíquicos” como sujetos de pleno derecho (arts. 3 y 7), la centralidad de la conformación interdisciplinaria del equipo de salud mental (arts. 8 y 13), la diversidad de dispositivos diferenciados del hospitalocéntrico con eje en los abordajes comunitarios (art. 9), en el cual el recurso a la internación es restringido a sólo en caso de “riesgo cierto e inminente” y cuando se agotaron todas las modalidades alternativas de abordaje menos restrictivas (arts. 14, 15 y 16). Como sabemos, la sanción de una ley no es condición suficiente para su traducción en políticas públicas y la instauración de cambios efectivos en acciones (Faraone, 2012), y si bien se han producido avances en contextos provinciales y locales, la

heterogeneidad es lo que aún caracteriza y predomina en el campo de la salud mental en Argentina.

Proponemos para este trabajo emprender un camino analítico que desafíe la lógica de las argumentaciones que se basan en contraposiciones simples entre modelos de atención para, en cambio, aportar a una problematización de las enunciaciones acerca de los sujetos de la intervención (Faraone, 2013) y, junto con ello, sus condicionantes y las prácticas destinadas a ellos.

Por otro lado, en función de las experiencias transitadas por diversos países en camino a una reforma de los modelos de corte manicomial-asilar, resulta necesario tomar posición frente a las posibles acepciones en torno al concepto de des/institucionalización (Faraone, 2015).

En este sentido, cuestionamos las experiencias vinculadas a procesos de deshospitalización que los comprenden como una mera política de externamientos; estos implican una simple reducción de camas y costos que desembocan en la desasistencia, el abandono y la transinstitucionalización (sobre todo hacia el sistema penitenciario y residencias para adultos mayores). Ponemos el eje analítico, en cambio, en la acepción de la des/institucionalización como revisión crítica de la institución manicomial que conlleva la promoción de su desmontaje para construir alternativas de cuidado y atención por fuera de sus muros (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987), particularmente potenciando dispositivos sociocomunitarios.

A la vez, aquello que constituye el telón del fondo sobre el cual se proyectan los modelos de atención en salud mental, las políticas y los marcos normativos en un escenario de tensión, es la cuestión del papel del Estado. En consecuencia, entendemos que adoptar una mirada crítica acerca de las relaciones entre salud mental, género y violencia supone también posicionarnos desde un enfoque que desafíe los modos convencionales de aproximación a los alcances del Estado; asimismo, que postule reconocer la concepción positiva de las tecnologías del poder, en sus formas múltiples y locales de sujeción,

con sus especificidades históricas y geográficas, antes que bajo una concepción jurídica y negativa (Foucault, 1999).

En el presente trabajo postulamos que, en el campo de la salud mental, las relaciones entre violencia y género conforman un triángulo de articulaciones capaces de aumentar la sensibilidad analítica del contraste entre los dos modelos de atención enunciados. En particular, señalamos que en el escenario de abordaje manicomial-asilar, las relaciones entre género y violencia pueden encuadrarse en una situación paradójica: se ven potenciadas, a la vez que oscurecidas. En cambio, bajo la perspectiva del modelo de salud mental comunitaria, estas relaciones se ven explicitadas y puestas en cuestión como resultado de una aproximación interdisciplinar.

Contexto y metodología

La investigación que da origen al texto que aquí se presenta es de tipo etnográfico, en tanto comprende una dimensión metodológica dada por el acercamiento por medio de una combinación de técnicas –como observación participante y entrevistas– a los puntos de vista de los conjuntos sociales relevantes a la problemática considerada. Así, el proceso de producción de conocimiento tiene como característica central la relación que establecen los investigadores con otros en el campo. A la vez, el carácter etnográfico del trabajo implica en este caso la asunción de un encuadre teórico dado por el enfoque denominado “etnografía crítica” que, siguiendo el enfoque propuesto por Ghasarian (2008: 25), ubica a la cultura representada en el marco de coordenadas mayores definidas por un contexto histórico, político, económico social y simbólico, que se contrapone con las aproximaciones tradicionales de la etnografía.

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo se basa en un enfoque de tipo cualitativo y se funda en una serie de entrevistas en profundidad efectuadas a los diversos profesionales integrantes del

equipo de salud mental –médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales con diversos roles y grado formativo– del servicio de guardia de un hospital psiquiátrico perteneciente al sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires.

A fines de 2017, último dato sistematizado, la provincia de Buenos Aires contaba con un total aproximado de 2.000 personas internadas en el conjunto de hospitales especializados en salud mental de la jurisdicción.⁷⁴ Para esa fecha, en el hospital psiquiátrico considerado como base para este trabajo había cerca de 500 pacientes internados; de ellos, 217 eran mujeres con un promedio de 25 años de encierro (*Infobae*, 2018).

En todas las oportunidades los datos personales de los profesionales de salud entrevistados, así como de los sujetos con padecimiento psíquico y de sus allegados, fueron preservados mediante el uso de pseudónimos. En el caso de los entrevistados y de participaciones en instancias colectivas, como los ateneos, se acordó mediante un consentimiento informado expreso y firmado un modo de participación con carácter voluntario y confidencial.

Breve cartografía de la internación en salud mental

Tal como se planteó, la sanción de la Ley 26.657 introdujo una ruptura en el ordenamiento jurídico. Hasta entonces prevalecía el modelo asilar basado en un marco normativo que regulaba sólo la internación.⁷⁵ En esa perspectiva se subsumían las decisiones tera-

74 Los hospitales psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires son: Taraborelli, de Necochea; José Estévez, de Lomas de Zamora; Dr. Alejandro Korn, de Melchor Romero; y Colonia Domingo Cabred, de Luján. Además, la red de servicios de salud mental en la provincia cuenta con 12 hospitales con guardia psiquiátrica; 11 hospitales municipales con guardia en psiquiatría; 37 hospitales provinciales con consultorios externos en salud mental y adicciones; 70 centros provinciales de atención en adicciones y 7 comunidades terapéuticas.

75 Hasta la sanción de la Ley 26.657/2010, los procedimientos de internación psiquiátrica de personas en el orden nacional estuvieron regulados por el Código

péuticas a las judiciales en base a una concepción de la enfermedad y/o el trastorno psíquico como espacio social que respondía a una historia legitimada en el poder del psiquiatra y los operadores judiciales para declarar la alienación y sentenciar la pérdida de libertad del sujeto debido a una supuesta peligrosidad (Galende, 2008). Más aún, los mecanismos por medio de los cuales se podía decidir una internación, si bien podían responder formalmente a las exigencias de los marcos legales, regulatorios y técnicos vigentes, reflejaban una amplia variedad de comportamientos capaces de socavar las finalidades terapéuticas de las internaciones mismas y contradecir el marco legal internacional de jerarquía constitucional⁷⁶ (Valero, 2008).

Por otro lado, tal como plantea A. Kraut (1998), las relaciones interinstitucionales que tuvieron lugar antes de 2010 entre el ámbito de salud y del poder judicial no fueron necesariamente consensuales, sino que comprendieron tensiones y terrenos en disputa sobre las competencias disciplinarias; por ejemplo, sobre la pertinencia de una internación y sobre la definición del establecimiento correspondiente para efectuar una derivación.

El resultado de tales relaciones interinstitucionales fue la configuración del proceso que conduce a la internación psiquiátrica como un territorio sujeto a una multiplicidad de condicionantes, como la incumbencia institucional y las relaciones de autoridad que nada tenían que ver con las finalidades terapéuticas de los sujetos usuarios

Civil, el Código de Procedimiento Civil y Comercial de la Nación, el Código Penal y por la Ley 22.914/83. En el ámbito de la provincia de Buenos Aires, los procedimientos judiciales estuvieron regulados por el Código Civil, el Código Procesal Civil y Comercial de la Provincia de Buenos Aires, el Código Penal y la Ley 7.962/72 en referencia a los casos de internación en los que mediaba una intervención policial. Hasta dicha fecha, el marco normativo, en el caso de la provincia de Buenos Aires, se regía exclusivamente por artículos 141 a 148 del Código Civil y art. 482 del Código Penal (Kraut, 2004).

⁷⁶ Nos referimos al conjunto de tratados internacionales que mediante la Reforma Constitucional de 1994 adquirieron jerarquía constitucional. Dentro del conjunto, los tratados pertinentes a la temática aquí analizada son: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).

de los servicios de salud mental. En este sentido Kraut (2004) plantea que:

el sistema legal y de salud mental manejaban al paciente a su arbitrio, por la carencia de derechos fundamentales de las personas internadas: el subsistema legal y el de salud mental se articulaban de modo tal que la ausencia de legalidad en las instituciones era la regla, sin que los operadores jurídicos cuestionaran seriamente el problema (525).

El paradigma que introdujo la Ley 26.657 establece, en resguardo del sujeto con padecimiento psíquico y de las violaciones registradas en las instituciones psiquiátricas (CELS-MDRI, 2008), que la internación se puede dar sólo en función de criterios terapéuticos establecidos por un equipo interdisciplinario y mediando un consentimiento informado de la persona o del representante legal, cuando corresponda.

Además, claramente distingue entre internaciones voluntarias e involuntarias. En las primeras, la persona internada bajo su consentimiento tiene el derecho, en cualquier momento, de abandonar la internación,⁷⁷ lo que garantiza su libertad. Sólo en el caso en que el equipo tratante establezca que media una situación de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” para el sujeto, este puede ser internado en forma involuntaria; sin embargo, la norma da garantías de protección que evita la violación de derechos.⁷⁸

77 En el caso en que una internación voluntaria se prolongue por más de sesenta días corridos, el equipo de salud debe comunicarlo al órgano de revisión (creado por la misma norma) y al juez.

78 Las internaciones involuntarias son concebidas por la Ley como un recurso terapéutico excepcional, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. La norma exige, en estos casos, la notificación obligatoria, en un plazo de diez horas, al juez competente y al órgano de revisión. Además, incluye el derecho de designar un abogado para su defensa y, si no lo hiciera, obliga al Estado a proporcionarle uno (desde el momento mismo en que se produce la internación). El juzgado tiene la obligación de permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento

No obstante, en la internación en el campo de la salud mental aún conviven, de manera fragmentada y conflictiva, prácticas diferenciadas. Entendemos que la relevancia del problema considerado reside en que, junto con el avance parcial de los procesos de reforma en salud mental impuesto por la Ley de Salud Mental, los modos de saber y pensar tanto disciplinares como institucionales presentan aún continuidades respecto del modelo manicomial-asilar.

Coordenadas conceptuales en torno a salud, género y violencia

Introducimos a continuación un breve recorrido conceptual que pretende explorar el carácter interseccional de las categorías de violencia y de género, y sus articulaciones con el proceso salud-enfermedad-atención en el marco de una perspectiva sociohistórica que focaliza en las relaciones de poder como denominador común de las relaciones propias de la estructura social.

En particular la temática de los géneros en plural, en un proceso que se inició en la década de 1960 y dos decenios más tarde tomó un nuevo impulso en base a propuestas que promovían la revisión crítica del sistema que asociaba en forma lineal las diferencias de género a diferencias sexuales binarias, enfatizando el reconocimiento de su historicidad e imbricación con las relaciones de poder (Scott, 1986; Stolke, 1996).

Tal modelo binario se basó en la revisión crítica de la generalización de la asignación de las mujeres a un carácter reproductor asociado al ámbito doméstico, con funciones ligadas a la crianza de hijos y a las tareas del hogar, en contraposición al rol productor del hombre. Dicha generalización constituyó la matriz de la división genérica del trabajo durante un extenso período y una de las bases a partir de la

y este, protegiendo el derecho del usuario, la potestad de solicitar la externación en cualquier momento.

cual se configuró un supuesto “modelo ideal de familia” promovido en el contexto del capitalismo industrial (Lamas, 1999).

Los debates conceptuales en la temática recibieron un nuevo impulso ya en el curso de la última década del siglo pasado, tanto en la producción académica de la antropología, la sociología y otras ciencias sociales, como en el marco de movimientos sociales vinculados a denuncias de diversas formas de abuso y desigualdad en particular en perjuicio de mujeres y de diversas identidades de género trans (Butler, 2006). Si bien los supuestos y preconceptos anteriormente mencionados son actualmente sometidos a críticas y a una profunda revisión desde múltiples sectores, incluido el ámbito académico, su vigencia se extiende hasta el presente, aunque de modo más parcelario, dando base a preconceptos y a la construcción de roles de género rígidos y estereotipados con base en una concepción binaria.

En referencia al concepto de violencia, Kleinman, Das y Lock (1996) plantean que los análisis en torno al mismo remiten al sufrimiento social entendiendo a este como el resultado de los daños devastadores que la fuerza social infringe sobre la experiencia humana. El sufrimiento es, en consecuencia, el efecto de la violencia que los órdenes sociales imprimen en la sociedad (Kleinman, Das y Lock, 1996).

Por otro lado, violencia es un concepto que puede expresarse según diversas escalas: local, nacional, global. Desde el punto de vista teórico-conceptual, algunos autores han señalado su carácter resbaladizo, su evasividad e inasibilidad, rasgos en los que se fundan las dificultades de elaborar una clasificación que subsuma bajo un criterio unívoco diversas formas de violencia (Scheper Hughes y Bourgois, 2004).

En especial referencia a su relación con la temática aquí expuesta, se plantea que la formulación de la violencia de género como categoría diferenciada conlleva el riesgo de oscurecer la amplitud en la cual el género opera a lo largo de todas las formas de violencia (Scheper Hughes y Bourgois, 2004).

En consecuencia, en el marco del presente trabajo, planteamos que la violencia constituye un concepto puente capaz de encarnar múltiples

referentes analíticos en combinación –como género, edad, religión, clase social, nacionalidad, etnia, estatus jurídico, situación de salud-enfermedad–, que se presenta en capas que, reflejando las contradicciones emergentes de la estructura social, van desde de las microviolencias hasta la expresión de sus consecuencias a escala global.

Tal como se señaló, el modelo manicomial-asilar con vigencia aún dominante en nuestro país, priorizó en su variante institucional el recurso a la internación como modalidad de atención. Ello tuvo dos consecuencias en interrelación. Por un lado, implicó la puesta en marcha de un mecanismo de modelamiento social que se expresó a través de la exclusión y el control social duro sobre el segmento específico de población constituido por sujetos con padecimiento psíquico. De manera simultánea, desde el punto de vista jurídico, implicó también el cercenamiento y la violación de derechos de dicho conjunto. Estos rasgos condujeron a un cuadro de violencia institucional inherente a la hospitalización psiquiátrica que fue descrita desde mediados del siglo XX como problemática y común a múltiples países (Goffman, 2001; Basaglia, 1999, 2008; Delgado, 2012). Es decir que, en razón de su permanencia y naturalización, la institución psiquiátrica se constituyó en germen, reproductor y potenciador de la violencia institucional (Izagirre, 1998; Valero, 2008; Valero y Faraone, 2013).

En particular, una propuesta que continúa siendo una plataforma fértil para la construcción teórico conceptual en torno a la problemática propuesta, está dada por la perspectiva iniciada en la década de 1970 con la medicina social latinoamericana (Laurell, 1986; Iriart y otros, 2002). Esta perspectiva introduce desde el inicio una ruptura epistemológica con respecto a los abordajes biomédicos y constituye una caja de herramientas con capacidad para vincular las categorías en juego sin disociar los aspectos biológicos de los aspectos sociales que condicionan la salud y el enfermar de los conjuntos sociales (Laurell, 1986; Iriart y otros, 2002).

Así, este abordaje permite reconocer las articulaciones entre género y violencia en el marco del proceso salud-enfermedad-atención

atendiendo a la vez a la centralidad de la participación de los conjuntos sociales en la estructura social. En los conjuntos de mujeres pertenecientes a los sectores económicamente más desfavorecidos de la sociedad esa articulación resulta en modelados de sentidos y visiones que constituyen respuestas posibles a los modos de ver y pensar las circunstancias vitales. En ese ámbito, la noción de proceso salud-enfermedad-atención “constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994: 71) y se refiere a las formas en que los conjuntos sociales tratan de enfrentar, aliviar y dar respuestas a la enfermedad (Menéndez, 1994).

En el mismo sentido, Augsburger agrega que las ideas y nociones construidas históricamente por los grupos sociales con respecto a la enfermedad y la salud organizan tanto un saber popular como un cuerpo teórico y conceptual entramado en prácticas profesionales. Como consecuencia de ello, el campo de la producción científica de los objetos designados como salud y enfermedad, incluido en esto lo relativo a salud mental, acumula desarrollos muchas veces contradictorios y antagónicos (Augsburger, 2002).

Esta definición puntúa así que todo el proceso que comprende la enfermedad está necesariamente atado a la salud y, a la vez, atravesado por instancias dadas por saberes y prácticas colectivas que se desenvuelven en contextos sociohistóricos específicos y que sobrepasan las respuestas institucionalizadas de la medicina occidental.

Retomando entonces los postulados centrales de la perspectiva de la medicina social latinoamericana, suscribimos la necesidad de incorporar las condiciones de vida, abarcando los procesos de trabajo, en una aproximación integradora capaz de dar cuenta del modo en que ellas se relacionan críticamente con la salud y la enfermedad.

En referencia particular al campo de la salud mental, esta relación entre las condiciones de vida y la salud y enfermedad resulta especialmente interdependiente. Siguiendo el planteo de Augsbur-

guer (2002), ello se expresa en que las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de incubación de situaciones críticas que pueden contribuir a la generación de padecimiento psíquico.

Ejemplo de ello es la forma en que las mujeres de la región denominada “del Alto”, en el Nordeste de Brasil, citadas en el trabajo de Scheper Hughes (1997), vinculan a las cualidades de la leche materna con la fragilidad de sus propias condiciones de vida y la escasez cronificada y reflejada en sus cuerpos. La metáfora enlaza así, con sentido propio, las esferas del orden de lo económico, lo político y lo sanitario en un esquema amplio de aprehensión que no divide ni jerarquiza las esferas de lo biológico y lo social. La violencia estructural constituye el telón de fondo sobre el cual la metáfora se proyecta.

El carácter social de los procesos de desgaste en condiciones de vida dadas por la extrema pobreza se expresa también en la continuidad del lugar ocupado por las mujeres a través del proceso de trabajo en la estructura social y a lo largo de diversas generaciones de mujeres en la historia del grupo familiar (Taussig, 2000).

Problematizaremos a continuación dos situaciones de mujeres ante la internación en un hospital psiquiátrico, con el especial interés de identificar los entramados que vinculan los procesos de salud-enfermedad-atención con su condición de género y de pertenencia a sectores socioeconómicamente más desfavorecidos, así como reconocer en ese contexto la expresión de la violencia en sus múltiples capas.

Historia de dos mujeres

“La única salida posible”

Un número de experiencias de sufrimiento marcaron la infancia y la juventud de Claudia, que tiene treinta y tres años de edad y se encuentra participando de una serie de entrevistas de admisión a la

internación en el hospital psiquiátrico. Los recuerdos de su infancia se definen por la soledad y el aislamiento. Una amiga, de quien Claudia se sintió afectivamente más próxima durante su infancia, falleció muy tempranamente de leucemia.

En su juventud, durante aproximadamente ocho años Claudia cuidó a su madre, “enferma de los nervios”, mientras que su hermana comenzaba a distanciarse cada vez más de la familia. La madre falleció en 1984, luego de varias internaciones en clínicas psiquiátricas. Claudia contrajo matrimonio tres años después y por un tiempo su padre convivió con ella y su marido. Luego de que el padre optara por un nuevo lugar de residencia, comenzó a haber conflictos en el matrimonio. En esa época, ella se encontraba trabajando en tareas en el área de seguridad en el Gobierno Comunal. Claudia comenzó a sentirse “perseguida” y poco tiempo después la pareja se separó. Luego de esto, al parecer Claudia quedó sumida en un cuadro que la condujo a su primera internación en salud mental. Al culminar la internación, la pareja tuvo un nuevo intento de convivencia, pero en el mismo año sobrevino una segunda internación y la separación definitiva. Estas dos internaciones fueron en clínicas privadas cuyos gastos eran solventados por la obra social de su esposo, pero luego Claudia perdió el acceso a esas prestaciones. Al finalizar la segunda internación, su padre, que se había casado por segunda vez, dejó de convivir con su esposa y se mudó a la casa de Claudia para cuidarla.

Un año antes de nuestra aproximación a su problemática, el padre fue sometido a una intervención quirúrgica luego de serle diagnosticado cáncer de colon. A partir de dicha operación, Claudia asumió algunas funciones en relación al cuidado de su padre, aunque sin abandonar su casa ni siquiera para realizar las compras cotidianas.

Un tiempo después, cuando su padre debía ser sometido a una nueva intervención quirúrgica, Claudia comenzó a experimentar dificultades para dormir en los días previos. Según sus propias manifestaciones una semana después y ante el equipo de guardia del hospital psiquiátrico, dijo sentir un conjunto de sensaciones, que el cuerpo le

pesaba, que sentía persecuciones con francotiradores y armas, una presión en la cabeza y escuchar “chillidos”. Según la hermana de Claudia, esta tenía temor de que su padre muriera durante la operación.

Durante los encuentros de admisión, Claudia hizo referencia al episodio en el que había juntado todos los cuchillos y tijeras de la casa con la intención de tirarlos a la basura fundamentando su accionar en no querer hacer daño. La hermana planteó que vislumbraba la internación como la única salida posible a la situación dado que consideraba imposible brindar apoyo a su padre durante y después de la operación y a su hermana en forma simultánea: “Si ustedes me dicen que va a estar dormida o tranquila, yo me la llevo. Pero tengo miedo que mis hijos no la puedan controlar”, dijo. Debemos señalar que los hijos de la hermana de Claudia eran mayores de edad y pasaban la mayor parte del día en su casa.

Así, la internación de Claudia fue decidida en ausencia del criterio médico psiquiátrico, sino dada la falta de contención familiar.

“Salir del humo”⁷⁹

Marcela es la menor de tres hermanos. En la infancia, vivía con sus padres en una localidad del Conurbano Bonaerense. Abandonó la escuela en 4º grado. Desde los 9 años, junto con sus hermanos y su madre, vendió estampitas en el subte. A esa edad, el padre inició con ella una relación de abuso sexual que perduró en su adolescencia; como resultado de esto, a los 21 años quedó embarazada y decidió irse de su casa. Su hijo falleció a los pocos meses de nacer.

Tiempo después y durante ocho años formó pareja con Oscar, con quien tuvo dos hijos.

79 Esta es la expresión utilizada por Ernesto, pareja de Marcela, para referir al complejo entrelazamiento entre la situación de salud de ella y sus condiciones de vida.

Luego se separó de este y formó pareja con Ernesto, con quien tuvo tres hijos. El hombre se desempeñaba como empleado municipal y percibía su sueldo en forma irregular, a lo largo del mes.

Poco antes del nacimiento de su quinto hijo, Marcela comenzó a consumir pequeñas botellitas de licor. Al mismo tiempo, con el fin de buscar mejores condiciones de vida, la pareja decidió mudarse a una casa con dos ambientes, pero ubicada a sólo 200 metros de la casa de los padres de Marcela. Todos los días, ella hacía repetidas visitas a la casa de sus padres, luego de lo cual consumía vino.

Durante el embarazo y luego del nacimiento de su hijo menor sus problemas de consumo de alcohol se fueron acentuando: bebía por las mañanas, tenía temblores en las manos, problemas de sueño “me despierto gritando, llorando”, bebía hasta quedarse dormida. Sufría de vómitos y de incontinencia de esfínteres.

En 2003 Ernesto expuso en los Tribunales de Familia la problemática que experimentaba su familia; sin embargo, la entrevista con Marcela no logró concretarse, luego de tres intentos, por la falta de un móvil policial para facilitar su traslado al tribunal.

Mientras, sus cuatro hijos mayores asistían a un comedor comunitario, donde la asistente social comenzó a observar en ellos problemas de nutrición. En razón de esto efectuó una denuncia ante un Tribunal de Menores, que resolvió que los niños fueran alojados en hogares de menores. El menor, que era un bebé de seis meses, quedó internado en el hospital regional por cuadro de desnutrición. El mismo día en que los mayores fueron llevados a hogares de menores, Marcela manifestó un nuevo desborde. No obstante, en ninguno de los informes elaborados por el Tribunal de Familia se incluyó una descripción detallada de la complejidad de la situación del grupo familiar, en cambio se emitió una orden judicial de internación “bajo apercibimiento penal”⁸⁰.

80 Este era uno de los formatos que adoptaban los tribunales antes de la sanción de la Ley 26.657. El apercibimiento recaía sobre los bienes de los profesionales tratantes

Marcela fue alojada en una sala de Alcoholismo de un hospital psiquiátrico distante a unos 45 kilómetros de su lugar de residencia. Ernesto comenzó a visitarla semanalmente, así como a los hijos en los hogares de menores en compañía de Oscar. Al mismo tiempo, el Tribunal de Menores, otorgó la tenencia transitoria del hijo menor a una familia, y sin mediar fundamentación ni brindar datos sobre su paradero le negó a Ernesto la autorización para visitarlo. Frente a esta situación Marcela refirió temor de que se lo quitaran definitivamente.

Marcela inició una serie de salidas “sin permiso” del hospital luego de las cuales regresaba acompañada de Ernesto. Después de siete meses pasó a una sala de “crónicos”. Su madre y su padre, a pesar de ser los únicos del grupo de pertenencia que poseen auto, no fueron a visitar a su hija en seis meses desde el inicio de la internación. Ambos afirmaron que ella había sido víctima de un “daño”, que no estaba enferma, y a la vez decían: “dígame que se cuide y... que vuelva sanita”.

Mujeres y padecimientos psíquicos en contextos de transición

Las trayectorias de las dos mujeres, Claudia y Marcela, con elementos comunes y diferenciales, muestran ensambles entre género y salud mental, y su atravesamiento por la violencia en sus múltiples capas.

Ello se desenvuelve en un contexto sociohistórico específico dado por una articulación particular entre un marco jurídico y un modelo de atención en salud mental.

Los itinerarios terapéuticos seguidos ubican al hospital psiquiátrico como el lugar de llegada para un conjunto de mujeres con padecimientos psíquicos y de escasos recursos económicos en los que, como en el caso de Claudia, la internación emerge como una cons-

en el marco de los dispositivos públicos que no aceptaran la aplicación de la orden judicial.

trucción (desde múltiples actores) vinculada a una única salida posible. En los derroteros de ambas mujeres la decisión de internación, con intervención de un agente o un dispositivo estatal, introdujo un quiebre en cada uno de sus proyectos vitales.

En el caso del primer relato, la decisión de internación es resultante, según el punto de vista del equipo de guardia, de la falta de contención familiar. Se trata este último de un concepto polisémico que presenta variaciones de sentido según cuál sea la disciplina que lo defina. En términos generales, se refiere a la presencia de vínculos concretos dentro del grupo de pertenencia que puedan desempeñar las funciones de acompañamiento y cuidado del sujeto con padecimiento psíquico. A la vez, se corresponde con una noción socioculturalmente mediada por las representaciones de los sujetos, entre los que se encuentran los integrantes del grupo de pertenencia, con respecto al padecimiento psíquico. En dicha conceptualización interviene condicionantes afectivos, valorativos y cognoscitivos que los allegados disponen con referencia a las problemáticas en salud mental, que pueden incluir temor a daños y a dificultades en el cuidado de la persona afectada, y que inciden en el rechazo al acompañamiento.

El proceso salud-enfermedad-atención cobra especial relevancia al designar a todo aquello que las personas hacen para aliviar, postergar el sufrimiento de algún sujeto (Menéndez, 1994, 2009), y se refiere simultáneamente por contraposición a aquello que las personas no hacen o no están dispuestas a hacer en pos de acompañar y cuidar. Esta conceptualización colisiona con la dinámica de una institución psiquiátrica donde el cuidado se desdibuja en los límites del control social.

En el caso de Claudia, la enunciación de su hermana de ausencia de contención familiar se construye como límite, en la lectura del equipo de guardia, de lo que no puede ser realizado desde el afuera institucional: esto lo constituye en un caso en el que la libertad de Claudia es coartada por falta de dispositivos extramurales.

La consecuencia dramática en su devenir, ante la interpretación por parte del equipo de guardia de la falta de contención y la ausencia

de una red de cuidado por fuera de la institución, es el detonante de una internación involuntaria. Se expresa en este caso con claridad la relevancia de las redes de sentido socioculturalmente construidas en torno a los padecimientos psíquicos al definir un quiebre en el devenir cotidiano de un sujeto que enfrenta una internación sin reunir los criterios clínicos para ello; es desde el punto de vista jurídico un contrasentido y convierte lo que debería ser una medida terapéutica en una instancia de privación de la libertad.

En el caso de Marcela, la situación de pobreza constante y abuso reiterado ejercido por parte de su padre puntúan longitudinalmente su trayectoria vital. Así, la venta ambulante en la infancia, los primeros abusos y el comienzo de su historia reproductiva marcada por la violencia de género, constituyeron el sustrato sobre el cual las intervenciones en nombre del Estado se sumaron a multiplicar la apuesta en favor de un espiral de violencia.

El alojamiento de cuatro de sus hijos en hogares de menores y el otorgamiento de una tenencia transitoria de su hijo menor a una familia componen acciones judiciales que implican la negación a Marcela de todo derecho.

Las concepciones que ponen en juego los operadores judiciales con respecto al género y la familia se corresponden con conceptos estereotipados y descontextualizados. Se presentan así al interior del Poder Judicial formas de concebir a la familia que resultan discordantes respecto de los cambios acontecidos en los modelos familiares contemporáneos, dados por la redistribución de roles (en las actividades domésticas y en las responsabilidades de crianza de los niños), y de relaciones de poder a consecuencia de los cuales la dimensión del género ha perdido carácter discrecional.

Desde las instancias judiciales se refuerza el rol genérico de la madre, fundada en un forzado argumento de naturaleza biológica en asociación a una concepción universalizante que asigna las responsabilidades reproductivas y de cuidado y crianza de los hijos como funciones naturales y exclusivas de la mujer-madre.

De este modo, el deterioro de salud de Marcela es considerado la única fuente causal del estado nutricional de sus hijos, resultando como única intervención del Estado su internación en un hospital psiquiátrico. Así, el alojamiento de los hijos en un hogar de menores y la internación psiquiátrica de Marcela son caminos que no tienen fácil retorno y donde ambas instituciones totales sellan la vía de la violencia.

Sutilmente, pero no con menor potencia, desde el Estado se ejerce una nueva forma de violencia que trunca el devenir del grupo familiar. La articulación entre las intervenciones del campo judicial y del campo de la salud mental cumple así un rol amplificador de la violencia.

Reflexiones finales

A lo largo de este capítulo hemos buscado promover la discusión de bases para pensar las relaciones entre violencia, género y salud mental.

Los procesos transformadores en salud mental en Argentina orientados al cumplimiento de la Ley 26.657 implican la construcción de un escenario que garantice los derechos de los sujetos con padecimiento psíquico. La implementación de la reforma en cada una de las jurisdicciones está sujeta a condicionantes que enlentecen, impulsan o bloquean su avance. En particular en la provincia de Buenos Aires hay un amplio camino por recorrer. Las continuidades respecto del modelo manicomial-asilar aún desafían a los saberes y prácticas en la transición que se encuentra en marcha.

Las historias de Claudia y Marcela, que se repiten cotidianamente al interior de la institución manicomial, nos obligan a pensar el ensamblaje entre salud mental, género y violencia. Esta tríada conceptual conlleva un proceso de cambio sociocultural que compromete tanto a los agentes profesionales de las instituciones intervinientes del Estado –operadores judiciales e integrantes de los equipos de salud mental– como a las concepciones de los conjuntos sociales con los cuales se vinculan los sujetos con padecimiento psíquico.

Más aún, en particular los análisis efectuados en torno a los derroteros de mujeres con padecimiento psíquico muestran a la violencia como componente omnipresente. En el caso de las mujeres, dicha expulsión se apoya en concepciones binarias y estereotipadas que son puestas en juego tanto por los profesionales de las instituciones intervinientes como por los conjuntos de allegados en referencia a las expectativas del rol femenino en concordancia con una noción de familia descontextualizada desde el punto de vista sociohistórico.

La etnografía, como modo de producción de conocimiento, constituye una vía para conocer los matices, contradicciones y paradojas que se presentan en el proceso de transformación considerado. Permite así identificar y analizar los preconceptos, los modos de hacer y pensar, así como las tensiones presentes en las instancias de atención y cuidado que establece la Ley 26.657 para los sujetos con padecimiento psíquico. En el caso de las narraciones aquí presentadas, la internación psiquiátrica lejos de constituirse como una instancia cuidadora se transforma en un derrotero final que sólo tiene sentido como control social, transparentando rupturas de lazos sociales y generando violaciones a los derechos establecidos por la norma.

Referencias

- Augsburger, C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave". *Cuadernos Médico Sociales*, 81(2), 61-75.
- Basaglia, F. (1999). "La institucionalización psiquiátrica de la violencia". En AA.VV. *Razón, locura y sociedad*, (pp. 15-33). México: Siglo XXI.
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topia.
- Bourdieu, P. (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bourdieu, P. (2002). "Estrategias de reproducción y modos de dominación". Colección Pedagogía Universitaria, (37-38), 1-21. En

- línea: <<https://www.uv.mx/personal/mcasillas/2014/03/11/estrategias-de-reproduccion-y-modos-de-dominacion-de-pierre-bourdieu/>> [Consultado el 10 de marzo de 2019].
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- CELS-MDRI (2008). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Delgado, P.G. (2012). “Violencia y saúde mentale: os termos do debate”. *O Social em Questão*, XV(28), 187-198.
- Faraone, S. (2012). “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4). En línea: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf> [Consultado el 10 de abril de 2019].
- Faraone, S. (2013). “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”. *Salud Mental y Comunidad*, 3(3), 29-40.
- Faraone, S. (2015). “Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la salud mental”. En Faraone, S. (coord.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*, (pp. 63-77). Buenos Aires: UBA Sociales. En línea: <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/21_Faraone.pdf> [Consultado el 10 de marzo 2019].
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira.
- Foucault, M. (1999). “Las mallas del poder”. En *Estética, ética y hermenéutica*, vol. III, trad. Ángel Gabilondo, (pp. 235-253). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (2008). “Los fundamentos de Salud Mental”. En Galende, E. *Psicofármacos y Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar.

- Ghasarian, C. (2008). “Por los caminos de la etnografía reflexiva”. En Ghasarian, C.; Abélès, M.; Bellier I. y otros. *De la etnografía a la antropología reflexiva* (pp. 9-42). Buenos Aires: Del Sol.
- Goffman, I. (2001/[1970]). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7° reimpresión). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutiérrez, A. (1997). *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Posadas-Córdoba: UNaM-UNC.
- Infobae (2018, 6 de mayo). “Las fotos que muestran las graves condiciones de vida en el hospital psiquiátrico Melchor Romero”. En línea: <<https://www.infobae.com/sociedad/2018/05/06/las-fotos-que-muestran-las-graves-condiciones-en-el-hospital-psiquiatrico-melchor-romero/>> [Consultado el 10 de abril de 2019].
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J. y otros (2002). “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*, 12(2), 128-136. En línea: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf>> [Consultado el 10 de abril de 2019].
- Izaguirre, I. (1998). “El poder en proceso: la violencia que no se ve”. En Sader, E. (comp.) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*, (pp. 135-148). Caracas: Nueva Sociedad.
- Kleinman, A., Das, V., y Lock, M. (1996). “Introduction”. *Daedalus*, 125(1), XI-XX. En línea: <<http://www.jstor.org/stable/20027350>> [Consultado el 10 de marzo 2019].
- Kraut, A.J. (1998). *Responsabilidad civil de los psiquiatras en el contexto de la práctica médica*. Buenos Aires: La Rocca.
- Kraut, A. (2004). “Las personas con sufrimiento mental ante la ley y los derechos”. En *Derechos humanos en Argentina. Informe 2004*. Buenos Aires: CELS-Siglo XXI. En línea: <<https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2004/12/IA2004.pdf>> [Consultado el 10 de marzo de 2019].
- Lamas, M. (1999). “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”. *Papeles de Población*, 5(21), 147-178.

- Laurell, A. C. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales*, (37), 3-18.
- Ley Nacional de Salud Mental* (N° 26.657). Sancionada el 25 de noviembre de 2010; promulgada el 2 de diciembre de 2010; publicada en el *Boletín Oficial* N° 32041, del 3 de diciembre de 2010. Decreto Reglamentario 603/2013.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Rotelli, F; De Leonardis, O. y Mauri, D. (1987). "Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los 'países avanzados')". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 165-187.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Scheper Hughes, N. y Bourgois, P. (2004). "Introduction: making sense of violence". En Scheper Hughes, N. y Bourgois, P. (eds.) *Violence in war and peace. An Anthology*, (pp.1-31). Singapur: Blackwell Publishing.
- Scott, J. (1986). "Gender: a useful category for historical analysis". *American Historical Review*, 91(5), 1053-1075.
- Stolke, V. (1996). "Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres". En Prat, J. y Martínez, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat* (pp. 335-344). Barcelona: Ariel.
- Taussig, M. (2000). *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Valero, A.S. (2008). "Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica". *Clepios. Una revista de residentes de salud mental*, 40(2), 52-56.

Valero, A. S. y Faraone, S. (2013) “Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de desinstitucionalización del corralito”. En Faraone, S. y Valero, A. (coords.) *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*, (pp. 111-128). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.