



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Azúcar, yerba y tabaco

Etnografía sobre la institucionalización psiquiátrica de mujeres argentinas

María Florencia Martínez Rojas

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

María Florencia Martínez Rojas

AZÚCAR, YERBA Y TABACO.

**Etnografía sobre la institucionalización psiquiátrica
de mujeres argentinas.**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por:

Dr. Gonzalo Sanz Casas (UB)

Dr. Ángel Martínez Hernández (URV)

Tutor: Dr. Manuel Delgado (UB)

Facultat de Geografia i Història

Dpt. Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica

Programa: Societat i Cultura: Història, Antropologia, Arts, Patrimoni i Gestió

Cultural

Àmbit: Antropologia Social i Cultural



**UNIVERSITAT DE
BARCELONA**

Septiembre de 2016



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

AZÚCAR, YERBA Y TABACO.

**Una etnografía sobre la institucionalización psiquiátrica
de mujeres argentinas.**

Tesis doctoral

María Florencia Martínez Rojas

*A la memoria de
Sara Sotocorno, Catalina Esquivel,
Felipa Siqueiros y Dominga González.*

Para Graciela P. y Tere L.

Índice

	Pág.
Resumen.....	13
Agradecimientos.....	15
Introducción.....	17
Viaje a la periferia.....	18
El hospital.....	21
La construcción del relato etnográfico.....	27
Capítulo 1. Consideraciones teóricas en torno al objeto de estudio.....	33
I. En la Tierra de los internados.....	34
1. Genealogía del hospital psiquiátrico.....	34
2. El surgimiento del asilo en Argentina y la historia del hospital.....	38
3. Cuestionamientos y estudios sobre el hospital psiquiátrico.....	44
4. Campo semántico.....	49
II. Mujeres institucionalizadas.....	51
1. La mirada antropológica.....	51
2. Subalternas y marginales.....	54
3. Institución total y de la violencia.....	56
4. Prácticas de cuidado.....	60
5. La construcción de identidades en situación límite.....	64
Capítulo 2. Orientaciones metodológicas.....	67
1. Trabajo de campo.....	69
2. Población vulnerable.....	71
3. ¿Con quienes trabajar?.....	72
4. Tamizar las vivencias.....	75
5. El extraño rol de etnógrafa.....	78
6. La construcción de los datos etnográficos.....	80

Capítulo 3. Azúcar, yerba y tabaco

<i>-La construcción de lo cotidiano-</i>	83
1. Elenco.....	84
2. Escenarios: recorrer la sala.....	87
3. El comienzo de la función.....	111

Capítulo 4. El encierro a puertas abiertas

<i>-Salir y entrar en escena-</i>	123
1. La Sala de contención o Calabozo: escenas del encierro.....	124
2. La Escuelita: una isla hormigueante.....	140

Capítulo 5. Cumpleaños feliz

<i>-Día de festejo-</i>	149
I. Recordar las fechas	150
II. Canto, saludos y emociones	153
1. La inquietud de Silvana.....	154
2. Rebeca y la recolección de regalos.....	157
3. Cumpleaños en familia.....	162
III. La fiesta de cumpleaños	164
1. Día de fiesta.....	165
2. Torta, canto y velita.....	169
3. No participar.....	171
4. Los familiares.....	173

Capítulo 6. De la casa al hospital

<i>-Devenir paciente-</i>	177
I. Los otros como biógrafos: las historias clínicas	179
1. Diagnóstico.....	183
2. Fotografías.....	187
3. Evoluciones.....	189
II. De la casa al hospital	190

Capítulo 7. Encuentros y desencuentros

-Esperando a Godot-	207
I. La añoranza eterna	208
1. Cartas	212
2. Llamados telefónicos	216
3. Los hijos	225
II. Visitas y salidas	233
III. Irse del todo	238

Capítulo 8. Como madres e hijas

-Sobre la circulación del cuidado-	239
1. Madres/madrinas, hijas/ahijadas	241
2. Quienes no pueden cuidar de sí	247
3. La muerte y el cuidado	258

Capítulo 9. De la periferia al centro de la escena

-El hospital del horror-	265
1. El hospital del horror	267
2. Volver a partir	271
Conclusiones	279
Bibliografía	287
Glosario	300
Anexos	301

Índice de figuras

Figura 1. Ubicación de la Provincia de Córdoba en el mapa de Argentina	24
Figura 2. Ubicación de Bell Ville en el mapa de la Provincia de Córdoba	25
Figura 3. Ubicación del hospital en el plano de Bell Ville	25
Figura 4. Plano del hospital	26
Figura 5. Plano Sala 2	90

Índice de fotografías

Foto 1. Bancos bajo el árbol en el ingreso a Sala 2.....	88
Foto 2. Frente Sala 2.....	88
Foto 3. Vista galería lateral izquierdo.....	89
Foto 4. Cartel entrada "Amparo de vidas. Sala 2".....	89
Foto 5. Detalle leyenda pared frontal "Pabellón N°2".....	89
Foto 6. Pasillo internado.....	93
Foto 7. Box o dormitorio de Sala 2	93
Foto 8. Muros media altura	94
Foto 9. Sala refaccionada.....	94
Foto 10. Pared hall de entrada.....	95
Foto 11. Peluches sobre camas 1.....	96
Foto 12. Peluche sobre camas 2.....	96
Foto 13. Perro durmiendo.....	97
Foto 14. Gato sobre cama.....	97
Foto 15. Roperos internado sin puertas.....	102
Foto 16. Ropero refaccionado de Dora.....	104
Foto 17. Ropería.....	105
Foto 18. Marca número 2.....	106
Foto 19. Internas colgando ropa sobre el alambrado.....	107
Foto 20. Sábanas y frazadas secándose al sol.....	107
Foto 21. Galería Sala 2.....	110
Foto 22. Caja medicación.....	112
Foto 23. Preparando el pucho.....	114
Fotos 24-27. Mates, pavas y yerberas.....	115
Foto 28. Traen ropa lavadero.....	116
Foto 29. Corte de pelo.....	119
Foto 30. Sala de cine.....	141
Foto 31. Pavas al fuego.....	143
Foto 32. Colectivo.....	144
Foto 33. Torta de cumpleaños.....	167
Foto 34. Marcas en el suelo 1.....	215
Foto 35. Marca en el suelo 2.....	215

Foto 36. Virgencita de Clarisa y Mariana.....	216
Foto 37. Imagen publicada en periódico: Sala 1.....	270
Foto 38. Imagen publicada en periódico: Sala 2.....	270

Índice de dibujos

Dibujo 1. Pava y yerbera.....	143
Dibujo 2. Casa de Carmela.....	192
Dibujo 3. Casa de Mónica.....	192
Dibujo 4. Casa de Pocha.....	192
Dibujo 5. Casa de Clarisa.....	192

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue describir y analizar la experiencia de la institucionalización psiquiátrica de mujeres internas en una sala de salud mental de un hospital público en Argentina. Para ello, se realizó un estudio etnográfico, a través de diferentes estancias de trabajo de campo durante los años 2010, 2011-2012, 2013 y 2014, en el hospital “Dr. José A. Ceballos” ubicado en la ciudad de Bell Ville, Provincia de Córdoba. Se emplearon técnicas de observación participante, entrevista, registro en diario de campo y análisis documental.

Se abordó la institución como un “híbrido social”: una comunidad residencial y organización formal guiada por el saber médico-psiquiátrico que emprende su proceso asistencial en torno al cuidado. Se observó cómo este modelo de atención, que asume las características del cuidado del ámbito doméstico, para poder funcionar debe articularse al interior de la institución con prácticas de auto-atención y con prácticas benéficas provenientes del exterior. Por otro lado, del análisis del material etnográfico también se desprende que la permeabilidad de la institución no es algo dado sino que es producto de una negociación continua, principalmente entre las internas y el personal, donde la amenaza de encierro es el eje articulador del sistema privilegio/castigo de la institución. El encierro se figuró inscripto en una estructura de círculos concéntricos. La exploración de sus trayectorias vitales y la observación de prácticas actuales en torno a la reforma psiquiátrica reveló la gestión social que se hace de ellas a partir de su enfermedad, por la cual son distribuidas y puestas a circular. Además, se describieron procesos *mortificadores del yo*, prácticas objetualizantes y estigmatizantes; pero también se describieron prácticas *revitalizantes del yo*, que tienen lugar en la institución. Se describieron numerosas situaciones en las que las internas resisten al poder institucional tanto con acciones como a través del discurso. La principal resistencia a la institución total es a través de la formación de vínculos de “pseudo-parentesco” tanto al interior como al exterior del hospital, práctica que también es apoyada y sostenida por la institución.

AGRADECIMIENTOS

Porque esta tesis es fruto de un esfuerzo colectivo, quiero reconocer y agradecer toda la ayuda que he recibido.

En primer lugar quiero agradecerles a mis directores de tesis Gonzalo Sanz Casas y Ángel Martínez Hernáez por su paciencia infinita y confianza en mí. Por su generosidad, su aliento y su deseo de verme crecer.

Agradecerle a Manuel Delgado quien en los momentos más kafkianos de esta tesis su intervención fue crucial para que saliera adelante. Agradecer a la Comisión doctoral de Antropología Social quienes han sabido siempre buscar soluciones.

También a Ludmila da Silva Catela quien estuvo presente en los primeros momentos cuando esta tesis era apenas un puñado de ideas. Con ella tracé los primeros lineamientos y muchos aún perduran en el trabajo. A mis compañeros de la Maestría de Antropología de Córdoba con quienes pude compartir mis ideas.

Mencionar que la realización de esta tesis fue posible gracias a la beca otorgada por el Programa Erasmus Mundus External Cooperation Window - Lot 18 – BAPE (Bolivia, Argentina, Peru and Europe). Agradecer a la Universidad de Barcelona y a la Universidad Nacional de Córdoba por participar en estos programas que brindan tantas oportunidades.

A Ana Pérez Declercq, y a su familia, que fueron para mí un cobijo en Barcelona cuando ésta era aún una ciudad desconocida.

A Alejandra Bonzano y Enrique Pfeiffer quienes me alojaron cuando llegué a para hacer estos estudios. Porque esta tesis es también la historia de una migración.

A todo el personal del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Bell Ville quienes tuvieron la gentileza de abrirme las puertas, de darme un lugar, de dejarse observar, de exponerse y que me recibieron con tanto afecto. En particular al equipo de la sala por su gran ayuda y por la libertad de trabajo que me dieron. Agradecer especialmente a José Césare y Cristina Merlo por recibirme y avalarme. También a Liliana Quinteros y Graciela Correa. A las enfermeras. A la Escuelita, que fue mi refugio durante todo el trabajo de campo. A Gabi, Lucas y Ago. A Alejandra Bárbari y Carolina Carosso, mi madre y mi hermana hospitalaria (porque yo también hice vínculos de pseudo-parentesco). A Laura Perusini, Ana Folledo, Silvina Salomone, Vanesa Apa, Sandra Saggioratto, Miriam Clotti, Claudio Bersano, Silvina Rochaix, Claudia Segovia, Eugenia Merino, Yamila Miguel, Melina Murúa y a Analía Castillo por su amistad que hizo muy agradable mi estadía en Bell Ville.

A todos mis amigas y amigos, porque por ellos siempre quiero volver. Por hacer de la vida un lugar para reírse.

Al equipo de alteritAT, Lucía Serra, Laura Pérez y Merche Serrano por sus charlas y apoyo.

A mis padres y hermanas. Por toda la contención emocional y por tanta compañía. A Andrea quien me animó en momentos más difíciles, por su lectura, correcciones y por el diseño de la portada. A Lucía por diseñarme el plano de la sala 2 y ayudarme con las imágenes.

A Mathieu, mi compañero de vida, a quien esta tesis le robó mucho tiempo.

Y sobre todo, deseo agradecer enormemente a todas estas mujeres que compartieron sus vidas conmigo. A las vecinas y las familias, representadas por otras mujeres que son madres y hermanas, que me contaron sus historias y me recibieron en sus hogares.

A todos ellos, mis gracias.

INTRODUCCIÓN

Viaje a la periferia

El hospital psiquiátrico constituye, aún hoy, el hogar de muchos hombres y mujeres que pasan la mayor parte de sus vidas dentro de sus fronteras. Esta vida institucionalizada, regida por el poder médico-psiquiátrico, es el punto de interés de esta tesis que se centra sólo en las internas mujeres. Pero mientras para ellas el hospital es el centro de sus vidas, para la mayoría de las personas éste es un lugar periférico y desconocido. Por ello, conocer su interior implica primero un movimiento o viaje hacia esta periferia. El nacimiento de la antropología puede relacionarse con los viajes; la posibilidad de desplazarse permite acercarse a otras realidades humanas y conocer así su diversidad. El viaje antropológico, dice Krotz (1991), es un viaje hacia lo desconocido: la alteridad cultural, en la cual el viajero se sumerge.

Mi propio encuentro con el hospital psiquiátrico implicó en cierta forma un viaje hacia esta “periferia”¹. Lo primero que supe de este lugar fue a partir de los viajes que realicé de niña desde Villa María, mi ciudad, a la ciudad de Córdoba por la Ruta Nacional N° 9. Éstos eran viajes familiares bastante aburridos y, para paliar algo del tedio, solíamos jugar a adivinar y memorizar el nombre de los pueblos nacidos en las márgenes del ferrocarril que atravesábamos en el camino. Uno de estos lugares es la pequeña ciudad de Oliva que cuenta actualmente con una población de 15.000 habitantes y que se parece en mucho a las demás ciudades y poblados vecinos de la región pampeana. Pero lo que ciertamente distingue a Oliva de otras poblaciones es la presencia del hospital psiquiátrico más grande de la provincia de Córdoba, el Hospital Colonia Dr. Emilio Vidal Abal, que en algún momento llegó a albergar a unos 1.500 pacientes.

Antes de entrar a la ciudad de Oliva, desde un costado de la ruta, una estructura en arco indica el ingreso a la colonia. De allí parte un largo camino arbolado que da sombra en la inmensa llanura del campo. El “loquero” era un tramo en el camino donde sólo veían a la distancia los techos dos aguas de los

¹ Reconstruyo mi trayectoria que, como miembro de un conjunto social, refleja el encuentro con otras personas “cuya identidad se encuentra acuñada por su pertenencia a otros universos simbólicos” (Krotz, 1991:55).

grandes pabellones de estilo europeo que se asomaban detrás de una hilera de árboles, pero ninguna persona podía verse. A continuación del arco, aparecían las primeras casas de la ciudad y luego la ruta seguía su curso. La locura parecía tener algo que ver con ese lugar: “parece salido de Oliva” y frases por el estilo formaban parte del acervo popular. Mi experiencia como viajera de esta ruta quizás se asemeja a la de cientos de personas que la recorren y que de reojo miran a este hospital y que imaginan a sus habitantes.

Tiempo después, escuché el nombre de otra colonia cuando mi abuela me comentó apenada que le habían dicho, no sin malicia, que con su nuevo corte de pelo parecía salida de la Colonia de Montes Oca. ¿Qué es este lugar?, ¿cómo llevan el pelo allí? y ¿por qué es un insulto parecerse a alguien de allí? En esa época, a raíz de una ficción televisiva sobre casos sin resolver, volvía a tener repercusión el caso de una médica que desapareció de esta colonia durante una guardia nocturna y de quien nunca más se supo nada. Todo ello alimentaba un imaginario social sobre cosas tenebrosas y siniestras que pasan en el interior de estos lugares, resaltando una idea sobre la perversidad del sistema médico².

De esta forma, mi conocimiento sobre estas “colonias” tenía que ver con comentarios descalificares y teñido con un halo de misterio. La oportunidad de visitar un hospital psiquiátrico llegó tiempo después durante mis años de estudiante de Psicología cuando una cátedra organizó una visita al hospital de Oliva. Finalmente, la colonia fue un destino del viaje y pude adentrarme en el territorio desconocido. Allí, recorrimos las “villas” como se denominan a los pabellones y nos contaron, con cierta nostalgia, sobre la “gran época” del hospital cuando éste prácticamente se autoabastecía y funcionaba como una “pequeña ciudad”. Pero ya sólo quedan vestigios de lo que fue debido a la falta de recursos económicos para mantenerla³.

Más tarde, cuando ingresé para mi formación profesional en la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental de la provincia, fui destinada al hospital Dr. José A. Ceballos, ex Colonia Alborada, ubicado en la ciudad de Bell Ville. Ahora la Ruta 9

² Época post-dictadura, la desaparición de la médica en 1985 se vinculó con el tráfico de órganos de los internos.

³ El libro “El asilo. Memorias de la vida cotidiana” de Maldonado et al. (2002) reconstruye la historia de este hospital.

se extendía hacia el sur de Villa María. Me sorprendió enterarme que había otro “Oliva”, incluso más cerca de mi casa, del que nunca había escuchado. Lo novedoso de este nuevo contacto era que la residencia implicaba literalmente “residir” en el hospital. La institución ofrecía a sus residentes, que éramos un grupo compuesto por personas de diversas profesiones (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, enfermeros, etc.), una casa ubicada dentro del predio donde se emplaza el hospital. Para quienes no éramos de esa ciudad, recibir allí casa y comida resultaba un beneficio muy importante. Al mismo tiempo, me entusiasma pensar que vivía dentro de un hospital, algo que para mí era más un lugar de tránsito, quizás cercano a la noción de un no-lugar⁴. Sin embargo, nada más alejado de ello. Ahora ya estaba “dentro” de este lugar extraño; había traspasado sus fronteras para hacerlo cotidiano.

Además de los residentes, algunos empleados del hospital, junto a sus familias, habitan dentro del predio en construcciones que quedaron en desuso en la institución. Y también habitan en el hospital los pacientes, pero no todos los que están alojados en él, sino sólo aquellos que pernotan de forma permanente; lo que se reduce a los pacientes de geriatría y los pacientes del área de Salud Mental. De esta forma, el hospital se configura como un espacio heterogéneo que puede habitarse por distintas personas y de forma muy diversa.

En esta investigación, el interés está puesto en el modo particular de habitar este espacio que es el de la institucionalización psiquiátrica, específicamente de las mujeres alojadas en Sala 2 de este hospital. Esta institucionalización implica habitar desde un rol de paciente cuya internación está motivada por un padecimiento mental y se prolonga en el tiempo de forma indefinida. De este modo, se diferencian de aquellas otras internaciones que se realizan en el hospital en torno a otros problemas de salud y de aquellas que son transitorias. Estas cercanías y distancias se inscriben y se ponen en juego a la hora de pensar el lugar que ocupan las personas institucionalizadas en el área de Salud Mental del hospital. Con los pacientes nos encontrábamos por la mañana desde mi rol laboral y, por la tarde, convivíamos como vecinos de un mismo espacio: nos

⁴ Marc Augé (2004) define el “no lugar” como lugar de transitoriedad, circunstancial, casi definido por el pasar de los individuos. Es un espacio producido por la sobremodernidad que no aporta identidad, ni es relacional, ni histórico.

encontrábamos en la despensa, en el parque del hospital, en el colectivo y a veces en la calle y en el centro de la ciudad. Mis vecinos eran “los pacientes” porque yo me había mudado a su territorio.

El hospital

El Hospital Regional Dr. José A. Ceballos está situado en la ciudad de Bell Ville en el sudeste de la Provincia de Córdoba correspondiente a la región argentina de la Pampa Húmeda (Figura 1 y 2). Bell Ville es una localidad de aproximadamente 35.000 habitantes cuyas principales actividades económicas son agrícolas-ganaderas. Al noroeste de la ciudad se emplaza el hospital sobre un terreno de 34 hectáreas que está delimitado en uno de sus márgenes por el Río Tercero, y en otro, por las vías del ferrocarril. Paralela a las vías corre la Ruta Nacional Nº 9 (Figura 3). El hospital está comunicado con la ciudad a través del transporte público local.

El hospital forma parte de la red de salud pública de la Provincia de Córdoba integrando la “Zona de integración sanitaria” D. De acuerdo con el “Cuadernillo de Red Prestacional” del Ministerio de Salud provincial, el área de cobertura de salud mental se reduce a los departamentos provinciales Unión y Marcos Juárez para cuadros agudos pero se extiende a toda la provincia para los “retrasos mentales” constituyéndose en el hospital de referencia.

El hospital dispone aproximadamente de 500 camas, siendo el tercer hospital más grande de la provincia. Del total de camas, aproximadamente 300 pertenecen al área de Salud Mental y las restantes al área de Salud Pública. Estas dos grandes áreas constituyen la principal división interna de la institución. El área de Salud Pública está compuesta por los servicios médicos generales, entre los cuales se incluyen dos salas de internaciones psiquiátricas agudas.

Por su parte, el área de Salud Mental (figura 4) alberga en sus salas a pacientes que han sido diagnosticados con un padecimiento mental, predominantemente el denominado “retraso mental”, y las internaciones son de

largo plazo, denominadas crónicas. La composición del área fue variando a lo largo del trabajo de campo. En un primer momento, estuvo conformada por cuatro salas de internación –una de mujeres (Sala 2) y tres de hombres (1, 3 y 4)– y dos “casas de medio camino”⁵ también divididas por sexo. Luego, tras el cierre de una de las salas de hombres⁶ y del cierre de las casas de medio camino⁷, el área quedó reducida en sólo tres salas de internación. La distribución de los pacientes en las diferentes salas, en el caso de los hombres, obedece al grado de afectación de su patología, siendo Sala 1 donde se alojan a los pacientes considerados “más profundos”⁸. Por el contrario, en las casas de “medio camino” habitaban pacientes considerados de “buen nivel”⁹. Los pacientes internos en Salud Mental disponen de un espacio propio de rehabilitación que se denomina informalmente como la “Escuelita” donde realizan diferentes actividades lúdico-recreativas y laborales. También se utilizan recursos extra-hospitalarios asistiendo algunos pacientes a la escuela especial, la escuela nocturna para realizar la primaria, talleres municipales y a la Escuela de Artes.

El cargo de Vice-Director del hospital coincide con el cargo de Dirección del área de Salud Mental. Esta área cuenta con un Servicio de Psiquiatría compuesto por profesionales de distintas disciplinas: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, neurólogos, médicos generalistas, psicopedagogos, psicomotricistas, técnicos de rehabilitación y un profesor de educación física. Aproximadamente un tercio de las internaciones en esta área están mediadas por la intervención de un juzgado, ya sea de injerencia en lo civil o en lo penal. Las demás internaciones responden a demandas de los familiares de los pacientes o a derivaciones de otras instituciones.

⁵ Se denomina de esta manera al dispositivo que posibilita un primer acercamiento hacia la externación e inserción en la sociedad al otorgar mayor autonomía a sus moradores. En este hospital, las casas de medio camino presentaban la particularidad de hallarse dentro de la institución y de no disponer en ellas la presencia del personal de enfermería.

⁶ Por malas condiciones edilicias se cierra la Sala 4 a mediados del año 2012. Los pacientes son distribuidos en las salas restantes según la gravedad de sus cuadros clínicos.

⁷ La “casa de medio camino” de mujeres fue cerrada a fines de 2011 con el fin de utilizar sus instalaciones para crear un hospital de día conforme a la nueva Ley de Salud Mental. Este es un dispositivo que ofrece asistencia ambulatoria a pacientes externados de las salas de agudos de Salud Pública. A raíz de ello, las pacientes reingresaron a la Sala 2 y una de ellas fue externada.

⁸ La categoría “profundos” deviene del diagnóstico psiquiátrico “Retraso mental profundo” que utiliza la institución.

⁹ Categoría nativa que refiere a aquellos pacientes que pueden realizar actividades de la vida cotidiana de forma más autónoma que sus compañeros de sala.

Si bien el Hospital Ceballos actualmente es un hospital general, desde el punto de vista de la red de prestaciones de salud mental de la provincia, éste es considerado como un hospital monovalente. Por tal entiende:

“Establecimientos de mayor complejidad dedicados exclusivamente a la asistencia de la población con problemáticas de salud mental, cuando las mismas no puedan ser resueltas por los Equipos de Atención Comunitaria o los Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales. Se asisten patologías muy específicas, con posibilidades de internación, indicada en régimen de agudos, en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente representa un riesgo para sí mismo o para terceras personas. Su función es posibilitar una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer, a la mayor brevedad posible, los vínculos familiares y sociales del paciente. La duración de la internación puede ser más o menos transitoria, según el grado de dependencia y autonomía socio-familiar, y de poder disponer de aquellos recursos familiares y comunitarios más convenientes; debiendo considerarse - en todo momento - la posibilidad de la derivación a otros dispositivos intermedios de contención, tratamiento y seguimiento” (Cuadernillo de Red Prestacional de la Provincia de Córdoba, Pág. 5).

De ello se deduce que la internación en “régimen de crónicos”, es decir, de larga duración, no está contemplada explícitamente en las prestaciones de salud mental que ofrece la provincia. Entonces, ésta puede ser entendida como un efecto no deseado producto de una combinación de factores de índole familiar, social y comunitaria que dificultan la externación del paciente.

En el plano económico, el financiamiento de la institución es provincial. Además, se dispone de una “caja cooperadora”, que subsidia diferentes gastos. El área de Salud Mental también recibe donaciones, principalmente de alimentos y de ropa, que se realizan desde distintos sectores de la comunidad de Bell Ville. Independientemente de las donaciones espontáneas, hay una organización nacional con sede en la ciudad llamada Cru.Sa.Men (Cruzada por la Salud Mental) cuyo objetivo es ayudar a los internos. Para ello, recaudan fondos con los cuales proveen a las salas con diferentes donaciones y también organizan fiestas y actividades recreativas para los internos. Por otro lado, algunos internos disponen de pensiones no contributivas (graciables) que son otorgadas por el gobierno nacional a personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad. En este

contexto institucional, el hospital organiza la vida cotidiana de los pacientes, estableciendo horarios y actividades.

Figura 1. Ubicación de la Provincia de Córdoba en el mapa de Argentina



Figura 2. Ubicación de la ciudad de Bell Ville en el mapa de la Provincia de Córdoba

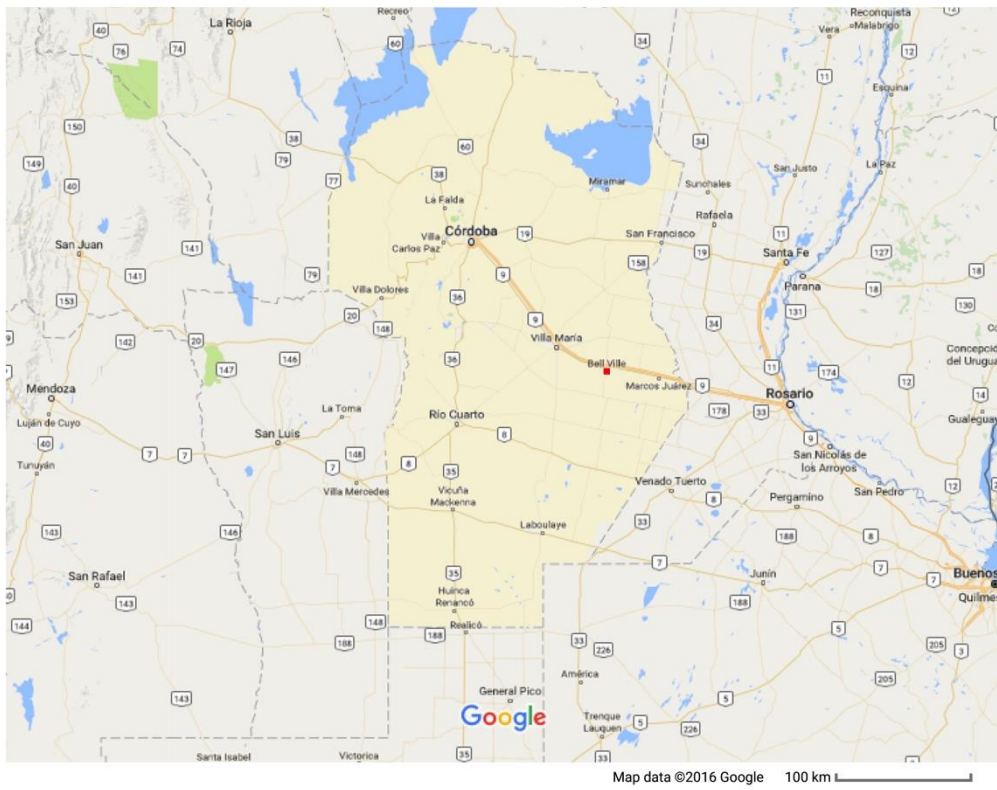


Figura 3. Ubicación del hospital en el plano de la ciudad de Bell Ville

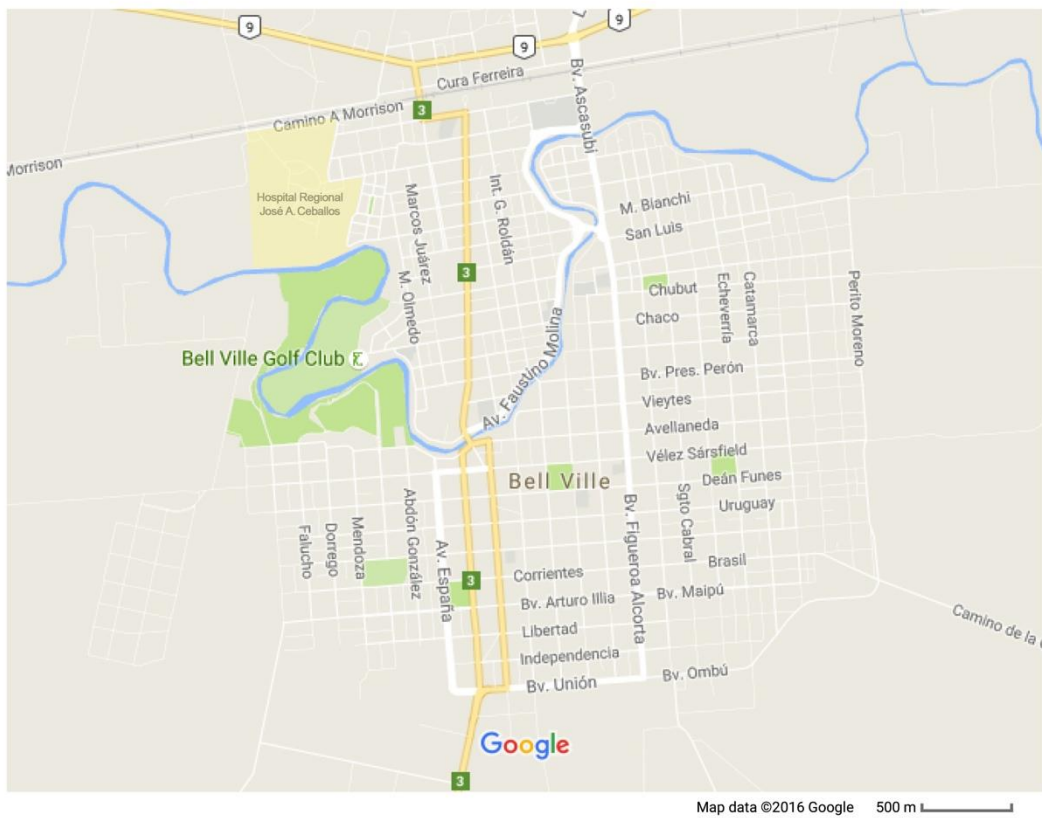
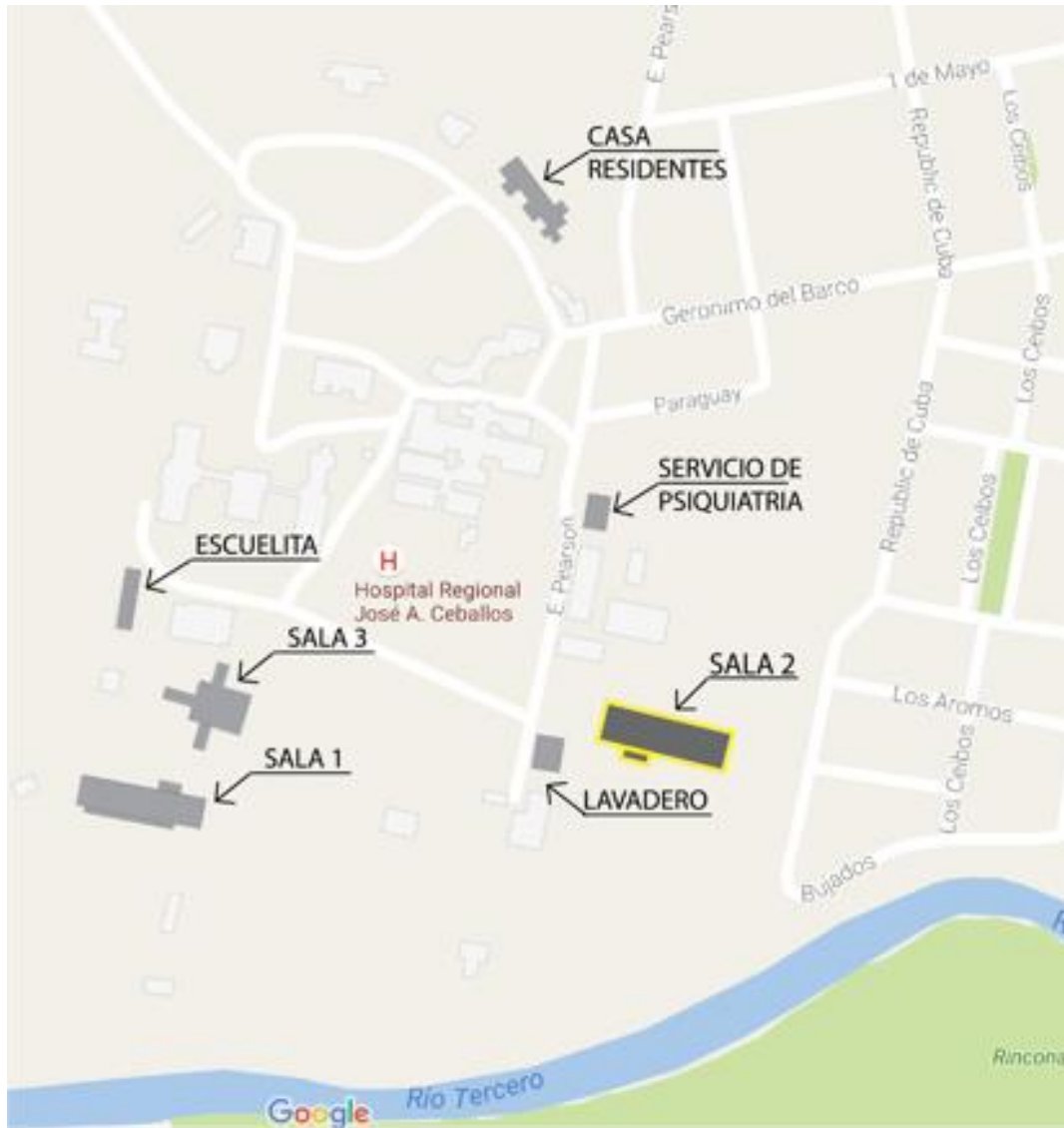


Figura 4. Plano del hospital Ceballos



La construcción del relato etnográfico

La etnografía como texto, como producto cultural, implica plasmar por escrito la experiencia vivida y compartida con otras personas. Involucra también una serie de actividades sobre el material recogido: realizar recortes, seleccionar, articular, armar y desarmar, una y otra vez. El resultado final es uno de los múltiples posibles, una de las distintas maneras de armar un relato sobre la experiencia compartida con otras personas. Geertz (1997) señala que la escritura etnográfica interviene en la persuasión de que el antropólogo realmente ha “estado allí”, es decir, que lo que dice es el resultado de haber podido penetrar otra forma de vida. También resalta la rareza que supone la etnografía al construir textos ostensiblemente científicos a partir de experiencias claramente biográficas. Ello encierra un reto para el etnógrafo que debe sonar al mismo tiempo “como un peregrino y como un cartógrafo” (1997:20). En este relato etnográfico mi presencia en el campo se hace explícita: registro lo que veo y lo que escucho, sabiendo que ello tiene que ver con la contingencia de un encuentro. Pero también registro lo que digo y lo que hago y cómo ello repercute en lo que observo, vivenciando la tensión permanente entre observar y actuar. De este modo, a partir de esta experiencia en el campo de estudio, construyo un argumento en torno a la vida institucionalizada de estas mujeres.

La internación psiquiátrica, principal dispositivo médico en este estudio, tiene lugar en un hospital cuya historia puede ser puesta en relación con la genealogía del hospital psiquiátrico. La contextualización socio-histórica del hospital, permite vislumbrar prácticas en torno a la locura (y aquellas desviaciones susceptibles de abordaje médico) que, a pesar de haber sido cuestionadas, continúan aún vigentes. Las múltiples críticas al hospital psiquiátrico dieron lugar a diferentes propuestas de reforma psiquiátrica. En el caso argentino, se promulgan leyes de salud mental durante el comienzo de la investigación que crea una nueva sensibilidad hacia las prácticas hospitalarias y que tendrá repercusiones en mi campo de estudio como se verá en el material etnográfico.

En la tesis se aborda al hospital como un espacio médico pero cuya configuración excede este plano para abarcar significados relativos al ámbito de la

caridad, del refugio, del hogar y la familia. Sobre todo, el rasgo distintivo lo constituye el hecho de ser un espacio organizado formalmente y, a la vez, una comunidad residencial, lo cual lo convierte en un “híbrido social” característico de toda institución total (Goffman, 2007). De la observación de este doble rasgo parte la pregunta inicial de la investigación acerca de cómo estas mujeres logran construir sus vidas dentro de un hospital, cómo construyen allí un hogar y reconfiguran sus identidades y, en definitiva, cómo resisten al poder institucional. Si bien la institucionalización puede ser entendida desde el concepto de institución total elaborado por Goffman (2007) considero sus límites como porosos. La porosidad del adentro y el afuera es una constante a lo largo de este trabajo, tanto porque las interacciones con el afuera son propiciadas por la institución como por las internas, como también por otros actores sociales externos. Pero esta permeabilidad no está dada, sino que implica una constante negociación, principalmente entre las internas y la institución, donde esta última opera como espacio relacional o *ego central* que organiza y genera las interacciones con los otros pero también las veda. Además, es posible entender la institucionalización como una situación límite donde las mujeres deben readaptarse y construir nuevos vínculos. Si bien la institucionalización encierra aspectos negativos, principalmente en lo que Goffman (2007) denomina *mortificaciones del yo*, también en situaciones inhóspitas la identidad se recrea y se construye en el encuentro con otros (Pollak, 2000).

De este modo, en la tesis se argumenta que, ante una vida institucionalizada y aún ante prácticas “mortificantes”, estas mujeres hacen uso de su agencia y, a través de ella, despliegan una serie de estrategias para resistir al poder *cosificante* de la institución. De todas formas, las intervenciones de la institución no pueden reducirse a tales términos sino que también deben ser entendidas como “*revitalizantes del yo*” en la medida en la que tienen lugar experiencias de afecto y se ofrecen cuidados en el sentido protección de la vida (Tronto, 1994). Ambas prácticas coexisten dentro de la institución y son realizadas incluso en ocasiones por los mismos actores sociales. La atención ofrecida por la institución oscila entre prácticas de cuidado y de descuido, prácticas *mortificantes del yo* y *revitalizantes del yo*. En esta tensión entre los aspectos positivos y negativos en las prácticas de

atención, que muchas veces se superponen, es donde las internas deben construir su vida cotidiana y reconfigurar sus identidades.

Para dar cuenta de estos argumentos y persiguiendo el objetivo de describir y analizar la institucionalización psiquiátrica de las mujeres internas en Sala 2 del hospital de Bell Ville, estructuré el relato en nueve capítulos. Los dos primeros consisten en aproximaciones teóricas y metodológicas al trabajo etnográfico que dan cuenta de la construcción del objeto de estudio y que son ampliadas a lo largo de la investigación. Los siguientes siete capítulos, se construyeron en torno al material etnográfico donde se abordan diferentes aspectos de la vida institucionalizada de estas mujeres enfocando en las prácticas hospitalarias centradas en el cuidado y en las relaciones sociales que se entablan en la doble espacialidad adentro y afuera.

El tercer capítulo "*Azúcar, yerba y tabaco*" se adentra en la vida cotidiana de la institución atendiendo al despliegue de un día habitual de las internas dentro de Sala 2. Aquí se exploran los espacios de la sala y las diferentes actividades cotidianas que se instituyen como rutinas formales y sirven de marco de las interacciones sociales. Ello permite conocer cómo son habitados los espacios de esta institución manicomial y cómo el cuidado es puesto en marcha a través del cuidado de los cuerpos.

El cuarto capítulo, "*El encierro a puertas abiertas*" contrapone dos espacios institucionales que se constituyen como opuestos en materia de su porosidad: la Sala de contención o calabozo y la Escuelita. Aquí se evidencian claramente las prácticas institucionales que he denominado mortificantes y revitalizantes del yo pero también las estrategias que despliegan estas mujeres para hacer frente a las situaciones desfavorables.

El quinto capítulo "*Cumpleaños feliz*" explora una rutina más esporádica y de carácter festivo: la celebración de los cumpleaños en Sala 2. Interesa aquí el cumpleaños como día especial que permite una alteración o relajación de la rutina y de las relaciones sociales dentro de la sala. Tanto a nivel individual como nivel colectivo, el cumpleaños funciona como un disparador de distintas prácticas. Aquí se observa cómo en la institucionalización, con sus rutinas impersonales y

colectivas, emergen otros espacios más personales que dan lugar a otras prácticas de cuidado que atienden a dimensiones emocionales y recreativas.

El sexto capítulo "*De la casa al hospital*", busca reconstruir las diferentes trayectorias de las internas atendiendo al impacto de la institucionalización sobre los vínculos preexistentes, especialmente sobre los vínculos familiares. Para ello, se recuperan sus memorias y también se recoge el relato que realizan sus familiares, personal de la institución, e incluso los registros de la historia clínica. El objetivo es abordar la carrera moral como pacientes y conocer cómo esos vínculos familiares son interrumpidos o debilitados con la internación a partir de la percepción de la dificultad en sostener el cuidado que es delegado a la institución.

El capítulo séptimo "*Encuentros y desencuentros*" analiza cómo la institucionalización atraviesa el vínculo de las internas con sus familias. El punto de partida es el reclamo constante que estas mujeres manifiestan por algún familiar, en especial por la madre, para ligar esa gran ausencia, siempre presente, con los relatos que aportan los familiares sobre la internación. El objetivo es analizar cómo la experiencia de internación reconfigura los vínculos anteriores a ésta.

El capítulo octavo "*Como madres e hijas*", indaga sobre algunos de los nuevos vínculos formados en el marco la institucionalización. Se aborda cómo estos nuevos vínculos tienden a constituirse como una reproducción de vínculos conocidos y aprendidos, enfocados fundamentalmente en los aspectos del cuidado, tanto desde sus componentes físicos como afectivos que se constituye en un modo de relación.

El último capítulo, "*De la periferia al centro de la escena*", aborda las repercusiones mediáticas que tienen algunos sucesos dentro del hospital en un contexto de reforma psiquiátrica y cómo este suceso lleva a que el cuidado sea cuestionado y re-evaluado y las internas son nuevamente puestas a circular. El objetivo es comprender cómo la experiencia de internación es atravesada y afectada por la mirada de otros actores sociales externos a la institución.

De esta manera, este estudio, en palabras de Majastre (1973:18), “pretende tan solo revelar una parte de la riqueza y variedad de la vida del hospital psiquiátrico”. Es un recorte de los muchos posibles y de las múltiples formas de enfocar los sucesos que allí tienen lugar. Esta tesis aspira a hacer un aporte en este trabajo colectivo de las ciencias sociales que buscan ampliar el conocimiento de lo humano, echando luz sobre las diversas formas en que las mujeres con padecimientos mentales logran construir vínculos y construir un hogar en el lugar donde la sociedad las margina. Al mismo tiempo, la escritura de esta etnografía construye una memoria de la vida en las salas de Salud Mental del hospital y de las vidas de las mujeres que allí habitan. Vidas que son dignas de narrar y que dan cuenta también de quienes quedan fuera del manicomio.

Finalmente, señalar que en esta tesis, el lenguaje, herramienta cultural por excelencia, presenta características propias del lugar. Hay palabras que corresponden a una variación regional del castellano, otras que describen objetos propios del lugar y alguna otra palabra proveniente del lunfardo. Para amenizar la comprensión del lector no familiarizado con esta variación lingüística, construí un glosario al final del documento que permite no esconder, bajo la aparente neutralidad del lenguaje, lo que éste tiene de particular y le otorga riqueza y belleza. De todas formas, hay palabras que pueden escapar a éste y ello se debe a que la detección de las “palabras extrañas” depende de mi propia experiencia de choque cultural lingüístico.

CAPÍTULO 1

Consideraciones teóricas en torno al objeto de estudio

I.

En la tierra de los internados

“Desde la mitad del siglo XVII, la locura ha estado ligada a la tierra de los internados, y al ademán que indicaba que era aquél su sitio natural” (Foucault, 1976[1964]:80).

Sumergirse en los interiores de un hospital psiquiátrico para verlo de cerca, demanda primero una mirada más alejada que permita obtener una panorámica de este mundo del encierro. Esta mirada “macro” requiere de un desplazamiento tanto en el tiempo como en el espacio. Es decir, es necesario ubicar al Hospital Ceballos dentro de un hilado histórico cuyo conocimiento de cuenta de cómo se gesta, se instituye y se legitima un espacio destinado a alojar a personas por su padecimiento mental. Ello implica conocer los orígenes de la práctica del internamiento en el mundo occidental y, específicamente, en el contexto argentino donde este estudio se lleva a cabo. De esta forma, se puede desnaturalizar el espacio para comprender su existencia y su persistencia a pesar de las diferentes críticas que este espacio ha recibido. Finalmente, se construye un campo semántico a partir de las distintas formas de nombrar este espacio en busca de desanudar los distintos sentidos que condensa.

I.1. Genealogía del hospital psiquiátrico

El hospital surge durante la Edad Media como institución de caridad en manos del poder religioso. Su propósito era brindar abrigo, alimento y asistencia religiosa a los pobres, miserables, mendigos y enfermos. Si los locos ingresaban al hospital lo hacían por cuestiones de caridad. En aquel entonces, la locura era considerada una entidad sagrada, ligada a lo fantasmático, lo demoníaco y lo sobrenatural (Foucault, 1976). Los locos vivían una existencia errante,

peregrinaban expulsados de las ciudades o confiados a los barqueros para navegar en busca de la razón perdida. La “Stultifera navis” o Nave de locos es una figura que emerge en el siglo XV, la cual ilustra, ya sea de forma pictórica o literaria, esta realidad como mostró Foucault (1976).

Será recién en el siglo XVII cuando se produce un ligamiento entre la locura y el hospital posibilitado por una nueva sensibilidad social que se gesta por toda Europa. Por esa época, se produce un cambio en la concepción de la locura que la aleja de lo religioso y la despoja del misticismo de la que era objeto para considerarla como la contracara de la razón. Junto a otros comportamientos marginales, la locura será confinada, proceso que Foucault (1976) denomina “El Gran Encierro”. Un acontecimiento que marca este cambio de concepción es la creación del Hospital General en Paris en el año 1656. Este hospital no es aún un establecimiento médico, sino una estructura semi-jurídica, una especie de entidad administrativa ligada al orden monárquico y burgués a cuyos directores se les ha confiado todo el aparato jurídico y material de la represión. Además, proliferan por toda Europa una multiplicidad de espacios destinados al internamiento de locos, muchos de ellos dentro de los muros de los antiguos leprosarios de la Edad Media. En estos espacios de confinamiento, todo internado es tratado como sujeto moral. El internamiento es a la vez, beneficio y castigo, según el valor moral de aquellos a quienes se impone, señala Foucault (1976). Para este autor, este confinamiento debe entenderse como respuesta a la crisis económica que afectaba al mundo occidental. El nuevo imperativo de trabajo se vuelve intolerante hacia la ociosidad, por lo cual el encierro aparece como solución a todas las formas de inutilidad social que perturban el espacio público. A partir de este momento, la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo. Es decir, es asimilada a los problemas de la ciudad.

Esta situación se sostendrá hasta la caída del orden monárquico en Francia a fines del siglo XVIII. La revolución francesa trae consigo nuevos valores e ideas y proclama consignas de orden y progreso. Estos cambios sociales transformarán las instituciones con la introducción de mecanismos disciplinarios (Foucault, 1996). Es decir, la sociedad absolutista (monárquica, totalitaria, clerical) se sustituye por

una sociedad disciplinaria que implica un nuevo rol para las instituciones: la disciplina de los cuerpos, los pactos sociales y la ciudadanía (Amarante, 2009).

En este nuevo contexto, el hospital se transforma en una institución de tratamiento médico, a la vez que, la medicina se convierte en un saber y una práctica predominantemente hospitalaria. El poder religioso es reemplazado por el poder médico gracias a la transformación de su saber (Foucault, 1996). La medicina incorpora el conocimiento de la naciente anatomía clínica y estudia las enfermedades en base al modelo epistemológico de las ciencias naturales (Amarante, 2009). Con la introducción de los mecanismos disciplinarios como tecnología política al interior del hospital, es posible el desarrollo de una medicina individualizante que implica la distribución espacial de los individuos, el ejercicio de un control sobre el desarrollo de una acción, una vigilancia perpetua y constante de los individuos y un registro continuo de todo lo que ocurre en la institución (Foucault, 1996).

En esta transformación del hospital es cuando surge, en el siglo XVIII, el manicomio como una empresa filantrópica que busca sacar de las cárceles a los pobres enfermos (Castel, 1980). Esta tarea estuvo en manos de la medicina mental alienista, cuyo principal exponente es el médico Philippe Pinel quien, junto a su discípulo Esquirol, y ambos imbuidos por el espíritu de la Revolución, se proponen humanizar los hospitales. El alienismo ubica al loco en el terreno de la enfermedad mental y ésta recibe una organización nosográfica. De este modo, el hospital psiquiátrico se presenta como una creación moderna, una “tecnología del cuerpo social”, en términos de Castel (1980), puesta en marcha a través de mecanismos disciplinarios que ejerce la medicina, la cual reconoce en la locura el estatuto de enfermedad. El hospital psiquiátrico se convirtió en un espacio para el estudio de las alienaciones mentales, lugar de diagnóstico y de clasificación, donde las enfermedades son distribuidas en pabellones. Ahora la locura, señala Foucault (1996) es concebida en relación a la conducta regularizada y normal y, por ello, considerada como una alteración en la manera de actuar, de sentir las pasiones, de adoptar decisiones y de ser libre.

El concepto de alienación mental fue construido, señala Amarante (2009), en el mismo momento y contexto histórico –y también en parte por los mismos

actores sociales- en que fue construido el concepto de ciudadanía como responsabilidad y posibilidad de convivir y compartir con los otros de una misma estructura política y social. La alienación mental nace asociada a la idea de “peligrosidad”, donde el espacio de la ciudad, en tanto espacio público de los intercambios sociales, es aquél que el alienado mental tiene vedado. En el mismo sentido, Castel (1980) entiende que la irracionalidad del loco plantea una contradicción en el Estado moderno que está legitimado en el contrato social. Por ello, afirma que la medicina mental cubre el vacío legal encontrando en el loco y en el asilo, su propio espacio de intervención donde impondrá una nueva relación de dominación.

Para Pinel, las causas de la alienación mental se hallaban en el mundo exterior, por lo cual, era preciso un régimen de aislamiento completo del enfermo a modo de “tratamiento moral”. El tratamiento requería orden y disciplina para que la mente perturbada pudiera nuevamente encontrar sus objetivos, sus verdaderas emociones y pensamientos y, de esta forma, recuperar la libertad sustraída por la enfermedad. El aislamiento de los locos estaba basado en una cuestión de poder: controlar sus poderes, neutralizar los poderes exteriores que pueden ejercerse sobre él, imponerle un poder terapéutico y corrector. Se debe confrontar la locura, dominarla para descubrir su verdad a través de diversas prácticas que hacen del médico el “dueño de la locura” (Foucault, 1996). Para ello, el hospital como institución disciplinaria impuso reglas, conductas, horarios, regímenes (Amarante, 2009). El aislamiento es considerado como una necesidad que se basa en la naturaleza misma de la enfermedad (Castel, 1980) y, por ende, el asilo pasa a ser un instrumento terapéutico en sí mismo (Amarante, 2009).

De este modo, las grandes estructuras manicomiales fueron justificadas mediante la existencia de una armonía entre las exigencias del orden social -que debía ser protegido frente al desorden de los locos- y las necesidades de la terapéutica -que implicaba el aislamiento de los enfermos (Foucault, 1996). El advenimiento del asilo moderno se diferencia del confinamiento anterior por ser un dispositivo médico y ya no semi-jurídico. Con el alienismo los locos siguieron encerrados, pero ya no por caridad o represión, sino por imperativo terapéutico (Amarante, 2009). Por ello, Castel (1980) entiende que el tratamiento que a partir de entonces recibe la locura más que una revolución consiste en una metamorfosis.

Es decir, tienen lugar nuevas prácticas que toman la forma humanitaria de la justificación médica, pero éstas ejercen las mismas funciones de exclusión social de antaño. De esta manera, la medicina mental ejerce un rol político, de policía social –al designar el estatuto del enfermo y habilitar su entrada y salida del asilo- que queda oculto bajo su aparente neutralidad. Para el autor, esta metamorfosis implicó el surgimiento del hospital psiquiátrico, en tanto “otra escena”, espacio distinto pero a la vez el mismo. La nueva mirada médica sobre la locura, la vuelve a confinar. Los locos se encontraron ahora libres de cadenas pero institucionalizados. A ello se refiere Foucault (1976:79) cuando dice que la psiquiatría del siglo XIX encuentra a los locos en los muros de los antiguos internados y donde los dejará sin antes gloriarse de haberlos liberados.

Uno de los argumentos que sigue esta tesis es que las distintas demandas sociales que se le han hecho al hospital aún perduran en una especie de capas superpuestas. Es decir, desde sus inicios el hospital se ha metamorfoseado, de modo tal que, además de esconder el aparato de la represión bajo la forma de la terapéutica, también cumple un papel importante la caridad, tanto en el sentido de brindar alimento y abrigo a los pobres, como de prácticas caritativas que apoyan el funcionamiento de la institución. Del mismo modo, la locura aún hoy es puesta a circular a modo de la *stultifera navis*. Esta idea la retomaremos y ampliaremos a lo largo del trabajo.

I.2. El surgimiento del asilo en Argentina y la historia del hospital

En cuanto a la historia argentina, el tratamiento dado a la locura siguió caminos similares a los descritos en la genealogía expuesta. En la época colonial, cuando los hospicios no existían, la asistencia a los alienados blancos se efectuaba en las celdas de los conventos, mientras que la población indígena y negra era destinada a las cárceles de los Cabildos. El tratamiento de los furiosos se reducía a ayunos, palos y duchas que se aplicaban para “amansarlos”. Incluso se los encadenaba en el calabozo. Pasado el momento de agitación continuaban en su domicilio con la cura con un Padre o un brujo. También se formaron loqueros en

los hospitales generales donde se recluía a los locos junto a los inválidos y mendigos (José Ingenieros, 2005).

Este período de encierro indiscriminado tomará otra forma con las ideas de progreso del siglo XIX que proclamaba la elite gobernante, sostenidas en la medicina social y el saneamiento urbano. Crece la necesidad de darle un espacio propio a la enfermedad mental. Los primeros hospicios estuvieron a cargo de la Comisión Filantrópica y de la Sociedad de Beneficencia que delegaba a las religiosas el trabajo, de modo tal que la ecuación beneficencia-caridad-filantropía apareció explícitamente en la obra político asistencial (Requiere, 2000).

En el país, la creación de asilos y hospitales regionales ocurre junto a la plasmación de una serie de ideas políticas, económicas y culturales que modificaron las estrategias médico asistenciales. El aparato sanitario y de higiene pública secular fue modelado según los cánones europeos y la acción médica estaba ligada a los ideales civilizatorios del Estado. Se buscaba armonizar la problemática de desorden urbano, en la que la marginalidad, locura y delito llamaban a la intervención médico social. Los males de la sociedad (enfermedades pestilentes, fiebre amarilla, tuberculosis y la locura) buscaban ser solucionados a través de la asistencia pública (Requiere, 2000).

Los primeros asilos en Argentina tuvieron lugar en Buenos Aires con la creación del Hospital Nacional de Alienadas en 1854 (actual Hospital Moyano) y con y del Hospicio de Las Mercedes en 1863 (actual Hospital Borda). Su historia estuvo signada por el hacinamiento, la falta de organización, de espacio, de medidas de higiene y de profesionales capacitados. Para dar solución al problema del hacinamiento de los hospitales de la capital u hospitales urbanos se crearon asilos y hospitales regionales rurales, lo cual permitía sortear la situación de la sobrepoblación momentáneamente (Requiere, 2010). Esta medida, además de descomprimir a estos hospitales, Maldonado et al. (2002) entienden que fue al mismo tiempo una forma de “federalizar” los beneficios de la salud pública creando hospitales para enfermos mentales donde no existían. Una figura importante en este proceso fue el Doctor Domingo Cabred¹⁰, el “Pinel argentino”¹¹

¹⁰ En su discurso inaugural de la Colonia de Oliva destaca que su ubicación en medio de un espacio abierto y de bastos jardines posibilita que no haya “muros de circunvalación que oculten el horizonte, ni

quien creó gran parte de estos hospitales del interior y quien instaló el sistema de hospitales psiquiátricos de puertas abiertas (Open Door) llamados Asilos Colonias que emulaba a los hospitales europeos (Maldonado et. al., 2002).

En la Provincia de Córdoba, también presente la figura de Cabred, se crea el Hospital Santa María de Punilla para tuberculosos, el Hospital J. J. Puente para leprosos y el Hospital Colonia Emilio Vidal Abal para locos. El hospital de Bell Ville fue fundado en el año 1921 para el tratamiento de enfermedades infecciosas bajo el nombre de Hospital Común del Centro. Bell Ville es elegida para instalar allí un hospital por tener una ubicación geográfica estratégica en el “centro” y por la presunta calidad del agua. El abordaje de las patologías infecciosas mezclaba una lógica que incluía como terapéutica la calidad del aire y del agua, y los pabellones aislados que dan como resultado el aislamiento. Por ello, los hospitales se emplazaron en pequeñas localidades del interior provincial en grandes predios edificadas con pabellones separados unos de otros para evitar el contagio. Con el tiempo, parte de estos lugares destinados a la lepra y a la tuberculosis serán reconvertidos para alojar a la locura.

Ello sucede con este hospital rural en la localidad de Bell Ville. Dos pabellones, construidos inicialmente para pacientes con enfermedades infecto-contagiosas pero nunca utilizados –actual Sala 1 y Sala 2 (ver Figura 4) –, son destinados al Instituto Nacional de Salud Mental, y son separados con un alambre del resto del hospital para conformar una nueva institución: el “Hogar Especial para Oligofrénicos” que se inaugura en el año 1968, durante el gobierno de facto del General Onganía . Los primeros residentes del Hogar tuvieron su origen en la población excedente del Asilo de Retardados de Torres (hoy Hospital Dr. Montes de Oca), en la provincia de Buenos Aires cuya situación de hacinamiento interno motivó la derivación. Como se trataba de una institución nacional y el problema del hacinamiento era un problema común, continuaron recibiendo pacientes de otras instituciones de distintas provincias.

Requiere (2000) refiere que una característica importante para la construcción de un nuevo asilo era el tema de las vías de comunicación, ya que a

nada que despierte la idea de encierro, y así la ilusión de libertad será perfecta” (en Maldonado et. al, 2002:24).

¹¹ Esta comparación fue hecha en el aniversario de su muerte según recogen Maldonado et. al. (2002).

mayor distancia y dificultades en el traslado, los pacientes ingresaban en peores condiciones de salud, con un porcentaje mayor de fallecimientos y de cronicidad. La ciudad de Bell Ville está atravesada por las líneas del ferrocarril que la conectan a la ciudad de Buenos Aires y Córdoba, entre otros destinos. El ferrocarril limita por uno de sus lados con el predio del hospital y éste fue el medio de transporte elegido para que viajen estos primeros pacientes¹².

“Recibe Bell Ville estos 25 pacientes rotosos, sucios, orinados y Bell Ville no estaba preparado para esto [...] había gente que realmente con afecto salió a buscar a los negocios ropa, salió ahh... en fin, era una patología nueva” (Entrevista psiquiatra).

El relato refleja el mal estado en el cual llegaron y la importancia que tuvo la comunidad local en su recibimiento. Esta primera derivación de pacientes marcará el perfil diagnóstico de la institución, el cual se mantendrá a lo largo de los años. De este modo, esta institución nace en instalaciones creadas y pensadas para enfermedades infecto-contagiosas y con pacientes provenientes de otras provincias. Por un lado, se observa cómo la reconversión de las salas para alojar a “la locura” parecen emular a la historia señalada por Foucault (1996) donde, heredera de la lepra y la peste, la enfermedad mental es excluida y aislada. Por otro, se observa cómo la enfermedad mental es distribuida: las derivaciones no consideraban que el paciente estuviera cerca de su domicilio familiar o lugar de origen, sino que buscaban descomprimir una situación de hacinamiento. Ello se corresponde con la historia de la creación de los hospitales psiquiátricos en Argentina que se produce en cadena frente al problema del crecimiento de la población interna (Requiere, 2000). Un sistema sanitario que producía más pacientes de los que podía albergar dio origen a esta institución como a otras.

En 1973 se le asigna el nombre Hospital Colonia “Alborada”, con el cual aún se la conoce. En numerosas órdenes de internación o pericias judiciales actuales

¹² Károl Veiga Cabral (2011) refiere en su tesis doctoral al “tren de los locos”. Con este nombre, se hace alusión a una práctica que consistía en el envío de personas diagnosticadas a lo largo de Brasil. Estos “personajes insensatos”, provenientes de los lugares más remotos, tenían como destino los hospitales psiquiátricos situados en las grandes ciudades producto de una política de atención a la salud mental centralizada en la perspectiva de la internación. Embarcar era con un billete sólo de ida, lo que implicaba, que estas personas perdían su historia, el contacto con su pueblo, con su gente, su familia. A su vez, repercutía en las familias, la mayoría de origen humilde, que al transcurrir el tiempo no podía garantizar el contacto debido a las largas distancias y a los altos costos.

figura la leyenda “Ex Colonia Alborada”. En el año 1984, con la vuelta de la democracia, la institución es transferida al Estado provincial quien la fusiona con el hospital vecino incorporándola como área de Salud Mental. El hospital tuvo diferentes nombres hasta adoptar el actual en el año 2006 en honor a su primer director.

En cuanto al contexto legal y político en torno a las personas con padecimiento mental, en los '80, con la vuelta a la democracia, se implementan diversas estrategias para transformar el dispositivo de la salud mental. Pero la propuesta política no fue suficiente para lograr la transformación del andamiaje psiquiátrico (Lonigro, 2015). Desde la Dirección de Salud Mental, el Doctor Galli reconoce la imposibilidad de cambiar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico si no cambia toda la estructura de concepción y de organización de la red de salud mental en conjunto (Lonigro, 2015). En la década del '90, los recursos estatales destinados a las políticas de salud se vieron reducidos por las políticas neoliberales. Lonigro (2015) señala que la internación de personas en instituciones psiquiátricas aumentó notablemente a la vez que crecieron las dificultades para la externación por no poder las familias sostener económicamente a estas personas. Sólo la provincia de Río Negro sanciona una ley en post de una reforma psiquiátrica.

En el año 2007 el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) junto a Mental Disability Rights International (MDRI) realiza un informe en el que denuncia el sistema argentino de los servicios sociales y de salud mental para personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales. Sostiene que estas personas han sido segregadas de la sociedad y confinadas en instituciones psiquiátricas debido a la falta de recursos comunitarios que puedan proveer alternativas a la institucionalización. De esta manera, la institucionalización masiva es atribuida a decisiones políticas erróneas que se traducen en una mala asignación de recursos. Señala que del total de personas internadas en el sistema de salud público el 60% está en condiciones de ser externada. Las causas por las que permanecen allí tienen que ver con problemáticas sociales y ausencia de alternativas en el sistema de salud mental (carencia de servicios ambulatorios, programas de viviendas protegidas, reinserción laboral y apoyos adecuados en la comunidad). Pero este informe va mucho más allá al denunciar explícitamente que

“...muchas de las instituciones psiquiátricas argentinas se perpetran violaciones a los derechos humanos de las personas internadas, incluyendo violaciones al derecho a la vida, a la salud, y a un trato digno y humano...” (MDRI/CELS, 2007:136).

Será a fines del año 2010 cuando se concreta un proceso de reforma del marco legal en salud mental que se venía gestando tiempo antes. En Córdoba se aprobó en la legislatura el proyecto de Ley Provincial de Salud Mental nº 9848. Paralelamente, se sancionó en el mes de noviembre la Ley Nacional de Salud Mental nº 22.914, que es remplazada posteriormente por la ley nº 26.657. Lonigro (2015) señala que la nueva ley viene a brindar un marco legal a prácticas legítimas que se venían desarrollando a la vez que estableció de manera jurídica un nuevo paradigma en salud mental. El nuevo desafío es generar políticas acordes con la normativa jurídica vigente.

La nueva Ley Nacional de Salud Mental contempla la prohibición de la creación de nuevos manicomios o neuropsiquiátricos públicos o privados y la adaptación de los ya existentes hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. Las internaciones en salud mental deben ahora realizarse en hospitales generales y es concebida como un recurso terapéutico de carácter restrictivo que debe ser lo más breve posible. Todo ello supone un giro radical en la concepción de la internación. En su art. Nº 3 reconoce a la salud mental como: *“...un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*. Así, la ley también incorpora una concepción de salud mental amplia y multideterminada, dando lugar a otros factores diferentes a los biológicos. Esta multideterminación abre nuevos campos de acción.

Este contexto de cambio legal va a atravesar el campo de esta investigación creando una nueva sensibilidad hacia viejas prácticas. Pero, no obstante el cambio normativo, la implementación de la ley tardará en llegar y las prácticas tardan en cambiar.

I.3. Cuestionamientos y estudios sobre el hospital psiquiátrico

Una revisión de la literatura permite visualizar los principales aportes realizados desde las ciencias sociales a la comprensión de la institucionalización psiquiátrica de las personas. Es sobre todo desde la década del 50 que la institución manicomial ha sido criticada desde distintos lugares.

Hollingshead y Redlich (1958) estudiaron la relación existente entre la clase social y la enfermedad mental. Concluyen que el estatus social tiene un efecto en la distribución de la salud mental de la población y sobre el tratamiento psiquiátrico que reciben los pacientes. Afirman que contrariamente a la creencia imperante de conformar una sociedad igualitaria, en la práctica tienden a utilizarse métodos más directivos, autoritarios, obligatorios y, a veces, brutalmente coercitivos con las personas pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas. Mostraron que la percepción del problema, su evaluación y las decisiones sobre como deben ser abordado son variables que están fuertemente influidas por la clase social. Pols (2007) señala que este estudio contribuyó a la reflexión sobre la medicina, la política social y la distribución de recursos en salud mental abriendo campos de estudio como la psiquiatría social, la sociología médica y la epidemiología psiquiátrica. Sus conclusiones, la relación significativa entre la clase social y la enfermedad mental tanto en el tipo como en la gravedad de la enfermedad mental, así como en la naturaleza y calidad del tratamiento aportado, continúan vigentes aún más de 50 años después.

Nunes (2010) sostiene que la contribución del estudio de Hollingshead y Redlich fue paradigmático al asociar por primera vez el concepto de clase social con los problemas de salud estableciendo un diálogo complejo entre la medicina y la sociología. Para las clases más pobres, el hospital público es un lugar de tratamiento y de cuidado asistencial (custodial care). El hospital público es la oferta psiquiátrica disponible para las personas más pobres que son separadas de la comunidad. Normalmente, estas personas no son queridas por sus familiares, son vistas como inservibles. El rechazo de la familia, la percepción como peligrosas para la sociedad o para sí mismas y el aislamiento de la comunidad implica un cuidado asistencial de largo plazo. De esta manera, el hospital público

funciona como un vertedero de individuos psicóticos de las clases bajas.

Para sintetizar las principales críticas en torno al manicomio, tomo la clasificación construida por Lagrange, en la obra de Foucault *El poder psiquiátrico*. En primer lugar, ubica las tendencias que buscaban reformar al asilo. Aquí menciona al movimiento “desalienista” iniciado por Lucien Bonnafé, el cual denuncia los procedimientos de discriminación y conductas de exclusión del alienismo con la intención de transformarlo en un verdadero instrumento terapéutico. Pero Lagrange entiende que esta crítica no logra formular la cuestión del poder psiquiátrico como tal.

Otras tendencias pretenden sublimar la institución. Aquí Lagrange ubica al movimiento de “psicoterapia institucional”, el cual emprende una modificación radical de la institución asistencia desde el psicoanálisis. La institución se “sublima” desde dentro a través de una colectivización de los conceptos analíticos que permite readaptar las estructuras de atención. La clínica de La Borde, en Cour-Cheverny abierta en 1953 por Jean Oury y Félix Guattari, representa este modelo de psicoterapia institucional analítica.

Finalmente distingue como tendencia la negación de la legitimidad del manicomio. Aquí se ubican, por un lado, los aportes de Basaglia en Italia y, por el otro, el movimiento inglés de la antipsiquiatría. Señala que Basaglia establece una crítica del dispositivo asilar desde un punto de vista político, producto de las contradicciones de la sociedad capitalista. Lagrange encuentra a esta perspectiva como revolucionaria en la medida en que se consagra a prácticas de ruptura de todos los mecanismos institucionales susceptibles de reproducir la separación y el secuestro de la vida social de las personas internas. El movimiento inglés llamado de “antipsiquiatría” surge en la década de 1960 con David Cooper, Aaron Esterson y Ronald Laing. Su crítica se dirige a la violencia institucional física (en las coacciones de la internación) y también simbólica, en la medida en que las categorizaciones nosológicas hacen pasar por “enfermedad mental” a la manera como un sujeto trata de responder a la opresión de la que es víctima desde su nacimiento. Resaltan que es preciso desmedicalizar el espacio e invalidar las relaciones de poder que en él se despliegan.

Las principales críticas hacia la institución manicomial han estado centradas en los efectos negativos del aislamiento sobre los pacientes: la supresión de derechos humanos y civiles, cronificación, desocialización, pérdida de la propia identidad, de lazos sociales y autonomía, etc. y en cuanto a las patologías que la institución crea y genera, adicionando un doble padecimiento (Bialakowsky et. Al, 2000).

Caudill (1966) estudia el hospital psiquiátrico como una pequeña sociedad. Analiza las relaciones grupales e intergrupales y los conflictos que se suscitan en las interacciones entre pacientes, personal administrativo y personal médico. Se centra en tres tipos de dimensiones de las relaciones sociales: las relaciones propiamente terapéuticas, el funcionamiento de la administración y las relaciones humanas ordinarias. Concluye que el tratamiento terapéutico no se puede desvincular de la organización administrativa, ni tampoco de las relaciones personales entre los diferentes estratos de población que conviven en el hospital. A la vez, señala la importancia de tener en cuenta las clases sociales, las familias y el exterior del hospital en los análisis, dado que las diferentes prácticas que tienen lugar dentro del hospital está en plena resonancia y conexión con el “afuera”.

El trabajo de Goffman (2007) desde el interaccionismo simbólico es central en esta tesis por la riqueza y vigencia de sus observaciones que permiten entender fenómenos producidos en un contexto y momento histórico diferentes muy disímiles. Su enfoque es multiperspectivista y uno de sus aportes más importantes lo realiza desde el concepto de institución total que abordaremos más adelante en detalle. También son útiles sus aportes sobre la construcción social del yo y en los procesos de mortificación del yo a través de la carrera moral del paciente, como uno de los principales efectos negativos de la institucionalización.

Por otro lado, Majastre (1973) utiliza el enfoque de la psiquiatría institucional analizando la introducción del cambio en un hospital público. Para ello analiza, desde una concepción psicoanalítica, roles, conflictos, funciones y relaciones entre los distintos servicios. Se propone mostrar que el funcionamiento de la máquina hospitalaria, captar –parafraseando a Oury- la articulación dialéctica de la alienación más trascendental de la locura con un tipo de alienación social, en el lenguaje proporcionado por el lenguaje del hospital. No tuvo en cuenta, según el

mismo señala, la articulación, igualmente dialéctica, del lenguaje del hospital con el lenguaje social total en el que se inscribe la estructura hospitalaria (p. 11).

Más recientemente, Comelles (1988) indaga sobre el papel de la psiquiatría en el manicomio español desde una mirada histórica y en su obra "*Stultifera navis*" (2006) desde un abordaje historiográfico y etnográfico analiza las relaciones entre la ciudad y el manicomio como las relaciones entre los dispositivos asistenciales y las políticas públicas. Otros estudios han enfocado en políticas públicas de salud mental y la inmigración (Brigidi, 2009), en los discursos sociales que conciben la alteridad en términos de problema de orden sanitario Lurbe i Puerto (2005).

En el contexto latinoamericano, la reforma psiquiátrica de Brasil se constituye en un referente de la región instalando el desarrollo de políticas y prácticas desmanicomializadoras y produciendo importantes aportes teóricos-metodológicos. El programa del gobierno brasileiro "Volta para casa" refleja el proceso de la búsqueda de la rehabilitación psicosocial y de rescate de las ciudadanías. En su trabajo, Amarante (2009) realiza un recorrido desde la psiquiatría y los manicomios hasta los proyectos actuales en los cuales sitúa un nuevo "lugar social" para las personas con sufrimiento mental. Silva (2003) utiliza las imágenes visuales como un recurso para observar y entender los contextos microsociales. Establece una reflexión sobre el fenómeno de la desinstitucionalización psiquiátrica y la urgencia de nuevas formas de investigaciones sociales en el campo de la salud mental colectiva contemporánea.

En Argentina se encuentran investigaciones antropológicas y sociales vinculadas al ámbito de las instituciones de salud mental que abordan diferentes aspectos¹³:

Bialakowsky et. Al (2000) analizan las características de transformación del campo de la salud mental, específicamente el relativo al trabajo en la institución manicomial y sus implicancias con la salud de los trabajadores. Abordan las formas en que se conforma la cultura manicomial donde la cronicidad, la violencia y lo asilar son elementos que forman parte de la institución. Los

¹³ Un análisis más amplio de la bibliografía etnográfica que abordan el hospital psiquiátrico puede encontrarse en Mantilla et al. (2012).

autores explican la articulación de la violencia en las prácticas terapéuticas y la negación de la misma como mecanismo de reproducción de la dominación.

Valero (2001) estudia la experiencia de internación desde la perspectiva de los familiares y pacientes. Considera la internación psiquiátrica como una forma de respuesta colectiva a la enfermedad mental. También la caracteriza por el interjuego de criterios jurídicos y biomédicos que es acompañado por los significados sociales y prácticos asociados con el padecimiento mental. A través del análisis de dos estudios de casos antropológicos busca analizar los modos que tienen los grupos de pertenencia de vincularse con la internación de una persona allegada en un hospital neuropsiquiátrico. Sostiene que dichos modos desempeñan un papel central en el devenir del proceso de la internación psiquiátrica. Esta autora también indaga los modelos de formación profesional que sustentan la dinámica de las intervenciones institucionales, tanto desde el ángulo de la justicia como el de los establecimientos de salud. Sostiene la importancia que el discurso jurídico tiene como constructor activo de la experiencia de internación y concluye sobre la jerarquización, fragmentación de saberes y ausencia de interdisciplinariedad en los modelos de formación profesional (Valero, 2006).

Balzano efectúa una investigación etnográfica en la Colonia neuropsiquiátrica Montes de Oca, donde estudia las relaciones de sociabilidad y el cuidado (2005), los procesos de colonización y percepción del encierro como castigo (2007, 2008). Torres (2005) analiza las condiciones de violencia, en sus prácticas y discursos, que se producen al interior de una institución psiquiátrica. Analiza el caso de los pacientes bolivianos que resultan institucionalizados, concibiendo al hospital como un espacio contradictorio en el cual se conjuga "cura" y "encierro". Por otro lado, esta investigadora problematiza, junto a Cremona (2006), la relación entre modelos de familia, modelos de Estado y padecimientos mentales. Trabajan con entrevistas en profundidad a pacientes, internados en un hospital de salud mental de Mendoza, y a sus familiares. Analizan los casos en relación a sus trayectorias sociales indagando cómo las crisis de identidad en torno a los roles instituidos, impactan a nivel de salud mental, generando severas cuotas de malestar. Finalmente, los estudios de Mantilla (2008 a y b) se centran en las perspectivas "psi" en las problemáticas de las reinternaciones psiquiátricas agudas. Aborda el trastorno límite de la personalidad como figura diagnóstica que

encarna el paradigma de la peligrosidad. También aborda (2008 a; 2009) los procesos de decisión que anteceden a las internaciones psiquiátricas. Considera especialmente la cuestión de la peligrosidad y el riesgo como condiciones que definen el criterio de internación desde una perspectiva psiquiátrica. Observa que internar o no internar se resuelve a través de un saber práctico, situacional y contextual que se pone en juego en cada momento.

A pesar de los diversos cuestionamientos y críticas que se han establecido en torno al hospital psiquiátrico durante el siglo XX, el encierro como tratamiento continúa aún vigente. Incluso, puede afirmarse que el hospital psiquiátrico se transforma en un lugar de encierro a puertas abiertas como mostrará el material etnográfico.

I.4. Campo semántico

En su inicio, las salas de internación crónica de Salud Mental pertenecieron a una institución que se constituyó como hogar, luego se llamó Colonia y, posteriormente, fueron incluidas dentro del hospital. Como éste, los espacios donde históricamente se han alojado a las personas con padecimiento mental son denominados de distintas formas: asilo, manicomio, nosocomio, hospital, hospital colonia, hospital psiquiátrico. A partir de estas distintas maneras de nombrar la “tierra de los internados” se puede construir un campo semántico que despliegue los diferentes sentidos condensados en este espacio¹⁴.

La palabra *hospital* (del lat. *Hospitālis*) refiere a un establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza. Similar sentido encierra la palabra *nosocomio* (del gr. *noso* 'enfermedad' + gr. *κομέω* 'cuidar') que refiere al hospital de enfermos. En su etimología, el sentido de cuidado se repite en la palabra *manicomio* (del gr. *manía* “locura” + gr. *kome* “cuidar”). Esta última palabra corresponde a un neologismo del siglo XIX, una creación moderna sobre el modelo del nosocomio que refiere al “hospital para locos”. La palabra *psiquiátrico* significa “perteneciente o relativo a la

¹⁴ Las siguientes definiciones las tomo del Diccionario de la Real Academia Española en su 23ª edición.

psiquiatría; hospital o clínica donde se trata a los enfermos mentales”. Lo particular de este vocablo es que el lugar toma el nombre de una ciencia, lo cual habla de la posición predominante que ésta tiene en su interior. Se repite la noción de *hospital* y, cercana a la noción de *manicomio*, especifica qué enfermedad trata: la enfermedad mental. Hospital y nosocomio nos conducen al ámbito del tratamiento y el cuidado de la enfermedad, mientras que manicomio y psiquiátrico, específicamente, al cuidado de la locura y de la enfermedad mental.

Además, la palabra *hospital* funcionaba antiguamente como adjetivo significando “afable y caritativo con los huéspedes” y “perteneciente o relativo al buen hospedaje”. Otra acepción de la palabra *hospital* es la de “casa que sirve para recoger a pobres y peregrinos por tiempo limitado”. Esta última definición lo acerca al vocablo *hogar* (del latín *focaris*, fuego, hoguera) que se define como “casa o domicilio”. *Hogar* también hace hincapié en la relación de las personas que lo habitan: “familia, grupo de personas emparentadas que viven juntas”. A la vez, describe que la actividad principal del lugar es el ocio. La palabra *hogar* también se asocia con la beneficencia al conceptualizarse como “establecimiento benéfico donde se recogen a los menesterosos” y como “asilo”. *Asilo* (del griego *asylum* 'sitio inviolable') significa “amparo, protección a una persona que se supone necesita de éste por alguna carencia; protección a los perseguidos”. La Sala 2 tiene un cartel sobre la puerta de ingreso donde pone: “Amparo de vidas”.

Por otro lado, la palabra *colonia* (del latín *colonus*, labrador) refiere a un “conjunto de personas procedentes de un territorio que van a otro para establecerse en él, fuera de la nación que lo hizo suyo, regido por leyes especiales, dominado por una potencia extranjera”. Aquí el énfasis está puesto en un territorio ocupado por un grupo de personas que se ha desplazado, que pertenece a otro sitio. Encierra cierta condición de migrante. Colonia se vuelve una atractiva metáfora para pensar la situación de las personas internadas: desterradas de su lugar, deben habitar otro espacio regido por otro poder, por una potencia extranjera: el saber médico, que rige con sus propias leyes. Se asemeja a la acepción de la palabra *hogar* como centro de ocio en el que se reúnen personas que tienen en común una actividad, una situación personal o una procedencia. Colonia también refiere a un grupo de viviendas semejantes o construidas con una idea urbanística de conjunto, lo cual puede reconocerse en los pabellones del hospital.

El significado de cada una de estas palabras se enlaza con otra creando un *continuum* y, por ello, un desplazamiento del sentido. De esta manera, en el campo semántico construido se distinguen los siguientes sentidos: 1) lugar para el tratamiento y el cuidado de la enfermedad, específicamente la enfermedad mental; 2) lugar de beneficencia, de caridad, amparo, protección, refugio; 3) lugar de la familia, espacio donde se habita y se comparten lazos familiares; 4) territorio “otro” bajo dominio extranjero, regido por leyes especiales; 5) los destinatarios: pobres, menesterosos, enfermos, locos, familia, colonos. Entre estos sentidos desanudados y vueltos a anudar, una propuesta es observar cómo en el hospital tienen lugar prácticas donde estos sentidos se cruzan y se ponen en juego. Es decir, prácticas que desbordan el ámbito del diagnóstico, cuidado y tratamiento médico para dar lugar a relaciones marcadas por los lazos de beneficencia, caridad y amparo y también por las relaciones familiares.

II.

Mujeres institucionalizadas

II.1. La mirada antropológica

La propuesta de esta tesis es construir una mirada antropológica sobre esta particularidad social que es la de habitar en una institución médica. Ello implica hacer foco sobre un lugar que se constituyó como espacio predominantemente médico. Como hemos visto, el vínculo entre la medicina y el hospital está marcado históricamente por el modelo biomédico (Amarante, 2009). En las sociedades occidentales, el saber biomédico se convierte en hegemónico produciéndose la medicalización de la sociedad. La medicina occidental abandona una mirada político-social sobre la salud y la enfermedad para dar prioridad al paradigma biológico. De este modo, pasa a ser una ciencia de la enfermedad y, desde la incorporación de la anatomía patológica a su saber, concibe a las enfermedades como expresión del daño celular (Comelles et. al, 1993).

Para dar cuenta de esta hegemonía médica, Menéndez (1983; 1992; 2003) desarrolla el término *modelo médico hemónico* (MMH). Concibe a este modelo como un emergente del proceso capitalista que intenta la exclusión ideológica y jurídica de otros modelos alternativos (Menéndez, 2012a). El MMH se caracteriza, entre otros rasgos, por su biologismo, a-historicidad, individualismo y asimetría en el vínculo médico-paciente. A la vez, el modelo se identifica con una racionalidad científica y está legitimado por el Estado (Menéndez, 2003).

La medicina, dice Le Breton (2002), olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos. Se despersonaliza la enfermedad y se aborda al enfermo como un cuerpo al que hay que arreglar. La medicina opera planteando la separación absoluta entre el sujeto y el objeto de conocimiento.

La antropología ha buscado echar luz sobre las funciones que cumple la biomedicina dentro de las sociedades actuales, así como la descripción e interpretación de las múltiples funciones que cumplen las organizaciones encargadas institucionalmente de atender los padecimientos (Menéndez, 2012b). Es decir, la biomedicina se aborda como objeto de estudio. Ello desde un modelo crítico de la antropología de la salud donde los límites entre la ciencia y la creencia se difuminan. Así se vislumbra el carácter social y cultural que ésta esconde al presentarse como sistema desideologizado, universal, apolítico y amoral (Martínez-Hernández, 2015).

Desde la teoría antropológica se buscó abordar la enfermedad en sus distintas dimensiones, agregando a su dimensión biológica o entidad natural (*disease*), una dimensión cultural (*illness*) y social (*sickness*). La dimensión cultural (*illness*) concibe la enfermedad como una realidad socio-histórica. Esta dimensión es desarrollada por B. Good, quien entiende la enfermedad como un síndrome de experiencias usuales, un conjunto de palabras, experiencias y emociones que típicamente van unidas a los miembros de una sociedad. Concibe a la enfermedad como símbolo central a partir del cual se desenvuelve en forma de una red semántica un universo de valores, creencias, emociones y experiencias. Por otro lado, la introducción de la dimensión *sickness* incorporó en el análisis las prácticas, los roles, los comportamientos, las relaciones sociales, las estructuras de rol/status y las diferencias étnicas y de clase que conforman y distribuyen la enfermedad.

También la consideración del conjunto de condiciones económico-políticas, históricas e ideológicas que definen en gran medida la praxis de profesionales y pacientes (Comelles et. Al, 1993:62).

Estas dos nuevas dimensiones de la enfermedad son las que busca reconstruir este trabajo, especialmente siguiendo la propuesta de Menéndez (2012a) de abordar la salud y la enfermedad como parte de un proceso que incluye también a la atención y la prevención. Para Menéndez, toda enfermedad o padecimiento implica necesariamente la existencia de formas de atención y prevención que, si son incluidas en un mismo proceso, permiten observar aquello que los sujetos y grupos sociales hacen para enfrentar sus padecimientos (2012a). El proceso salud-enfermedad-atención/ prevención (s-e-a/p) pone de relieve las relaciones sociales implicadas en él donde la antropología ha mostrado la pluralidad de representaciones, prácticas, rituales y relaciones que usan las sociedades y sujetos en torno a éste (Menéndez, 2012b). Además, lo político y lo micropolítico son incluidos en el proceso s-e-a como dimensiones constitutivas de una parte de dicho proceso (Menéndez, 1997). De este modo, para Menéndez la aplicación de la mirada etnográfica permite devolver a los procesos de salud, enfermedad y atención su condición de hechos sociales, a la vez que desvela críticamente las estrategias de encubrimiento que permiten la naturalización de estos fenómenos.

El hospital psiquiátrico puede entenderse como una de las respuestas, la más radical quizás, que ofrece una sociedad a la problemática de los padecimientos psíquicos de sus miembros. Podemos considerarlo parte de un modelo de atención que corresponde a lo que hemos descrito como MMH pero, como sostendremos a lo largo de este trabajo, para poder funcionar debe articularse con otros modos de atención que incluye a otros actores sociales. Además, este modo de atención ubica a las mujeres internas en una posición de subalternidad con respecto a los saberes, prácticas y discursos que la institución pone en marcha para organizar sus vidas. De este modo, las interacciones sociales dentro del hospital, o a partir de éste, pueden ser comprendidas como un juego de hegemonía y subalternidad donde se van a producir una serie de estrategias de dominación pero también de resistencias. O sea, la dominación se ejerce desde el sistema hospitalario en manos del poder médico ante la cual las mujeres internas deberán hacer uso de su agencia

para resistir a éste y a la vida institucionalizada.

A partir de estos planteos, la mirada antropológica permite conocer las distintas condiciones de esta vida institucionalizada y las repercusiones que ésta tiene sobre sus identidades. Estas identidades deben ser pensadas dentro de procesos cotidianos de negociación que tienen lugar aún en la situación inhóspita de la internación.

II.2. Subalternas y marginales

La situación de institucionalización, condicionada principalmente por un diagnóstico de padecimiento mental y una situación socio-económica precaria, relega a estas mujeres en los márgenes de la estructura social. Es decir, su inclusión en el sistema social es desde posiciones periféricas. A las personas marginalizadas, dice Juliano (2004), no se le reconoce poder legítimo, ni prestigio y la sociedad se vincula a ellas a través de políticas asistenciales. No obstante, a pesar de la marginación de la que son objeto y de su situación de subordinación dentro del hospital es esperable que ellas desarrollen distintas formas de resistencia en el marco de la institucionalización.

Simone de Beauvoir (2008) definió al género femenino como el “segundo sexo” para señalar el lugar secundario y subordinado que la mujer ocupa en vez de ser una opción equivalente y alternativa a la masculina. Las mujeres constituyen el primer grupo explotado y discriminado de la historia de la dominación de unos grupos por otros, cuya subordinación ha constituido el modelo sobre el que se han desarrollado las distintas formas de esclavismo y servidumbre (Juliano, 1992). Por ello, la situación subalterna de la mujer, con sus luchas y dificultades, puede servir de modelo para comprender a otros sectores dominados o marginalizados, de los que también ésta puede formar parte. Siguiendo este modelo pueden encontrarse claramente dos puntos de similitud entre las estrategias de dominación que recaen sobre la mujer con aquellas que lo hacen sobre las personas institucionalizadas. Por un lado, el fraccionamiento o disminución del ámbito “legítimo” o “natural” de actuación que en el caso de las mujeres se reduce al ámbito doméstico donde se las aíslas de establecer otros contactos (Juliano, 1992). En el caso de las mujeres

institucionalizadas esta limitación y segregación de los espacios de actuación se reducen al ámbito hospitalario que reemplaza al hogar. La institucionalización se constituye en el ámbito legítimo o natural de las personas con padecimiento mental como se ha explorado a través de la genealogía del hospital psiquiátrico. Por el otro, el esfuerzo de la dominación se centra en presentar la subordinación femenina como consecuencia de su especificidad biológica, y por lo tanto ahistórica, y en mostrar la posición subalterna como complementaria funcional (Juliano, 1992). De modo similar, las mujeres institucionalizadas también ven reducida su diferencia a la biología, a la par que se borran las dimensiones sociales y culturales de sus padecimientos.

Lo que caracterizaría a los grupos dominados es el carácter no integrado de su cultura y no su carácter de oposición explícita a la cultura dominante. Por consiguiente, a un sector dominado se le niega la capacidad de expresarse, de articular un sistema de valores propio y de autorreproducirlo (Juliano, 1992). Scott (2003) estudió los modos de resistencia de los oprimidos en situaciones de dominación total. Analiza distintas dimensiones de las interrelaciones entre dominadores y dominados y señala que la práctica de dominación crea un discurso oculto de los grupos subordinados. Los dominados, para resistir, deben desarrollar nexos implícitos y explícitos de solidaridad, los cuales apuntan a crear una unidad y una cohesión.

Juliano (1992) sostiene que las mujeres han contestado cada estrategia de dominación incluso en períodos en que la reivindicación femenina parecía estar ausente. La eficacia de su resistencia residió en la ambigüedad de sus estrategias, modificando “sutilmente el campo de relaciones, sin cuestionarlo de manera frontal” (Ibídem, p.35). Una hipótesis que puede aplicarse a todos los grupos dominados, es que “...ningún sector es pasivo, o solamente receptor de mensajes sociales, sino que todos participan en las estrategias de reformulación de la imagen que se les asigna socialmente” (Ibídem, p.126). Siguiendo estos lineamientos y partiendo del supuesto de que estas mujeres no son sujetos pasivos, sino sujetos activos, en este trabajo interesa analizar cómo, a partir de la pertenencia a un ámbito marginalizado y estigmatizador como es el hospital psiquiátrico, las mujeres pueden desplegar una serie de estrategias de resistencia que les permiten

renegociar su situación subordinada y reapropiarse del espacio social de manera más favorable.

De este modo, se circunscribe el objetivo de rastrear, describir y analizar las estrategias de resistencia que las mujeres internas producen en su interacción cotidiana con el sector dominante, entendiendo por tal al sistema hospitalario. Institucionalizadas, lejos de sus familias, de su comunidad, y con una restricción del espacio social que se reproduce al interior de la institución, estas estrategias les permiten compensar o revertir algo su situación.

Como la relación de fuerzas es muy desfavorable para estas mujeres, es esperable, siguiendo a Juliano (1992), que la confrontación no se de forma directa, sino que las reivindicaciones tomen una forma defensiva, tendente a mantener y ampliar algunos espacios. Estudiar los cuestionamientos que realizan estas mujeres a la situación que les toca vivir, independientemente de la (poca o mucha) eficacia transformadora que éstos tengan.

II.3. Institución total y de la violencia

La exploración anterior del espacio manicomial puso de manifiesto distintos aspectos negativos e iatrogénicos asociados a estas instituciones. Goffman (2007) clasifica al hospital psiquiátrico dentro de lo que define como *institución total*. Por tal entiende a: “...un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (2007:13). Lo que caracteriza a la institución total es que todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una autoridad única. Todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas y se realizan en compañía de un gran número de otros que reciben el mismo trato. El manejo de las necesidades humanas se realiza mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, a través de un personal cuya actividad específica, señala Goffman (2007), es la vigilancia. Desde Foucault (2002) podemos entender esta vigilancia como la introducción de la disciplina al interior de las instituciones.

La pregunta inicial de esta tesis surge de la observación de una forma particular de habitar el espacio que es el de la institucionalización psiquiátrica. Esta otra forma de habitar, muy diferente a la del hogar familiar, interroga acerca de cómo la institución atraviesa las vidas de estas mujeres que deben construir allí su hogar. Este doble rasgo, de comunidad residencial y de organización formal Goffman (2007) lo atribuye a las instituciones totales. Allí reside para el autor el particular interés sociológico de estos lugares que se constituyen en “híbridos sociales”. Como espacio organizado formalmente, las salas del área de Salud Mental del hospital, comparten muchas características con otras instituciones, tales como escuelas, cárceles y fábricas. Pero, a diferencia de ellas, la organización formal está en manos del poder médico que impone sus autoridades, horarios y disciplinas.

Por otro lado, la composición como comunidad residencial está dada por una estadía prolongada en un espacio que comparten con otros en igual situación. Entonces, es posible pensar que el hospital se configura para las mujeres internas en Sala 2 como un hogar sustituto. Pensar este espacio como hogar, nos aleja de la lógica biomédica para entrar en la lógica del espacio familiar, del espacio de lo íntimo. Pero, en lugar de la familia, estas mujeres conviven con otras mujeres que se encuentran en idéntica situación que ellas. Entonces, en este espacio orquestado por la medicina, ¿qué posibilidades hay de construir un hogar? Para Goffman (2007) la vida en la institución total es incompatible con la vida familiar. Ambas constituyen dos formas de organización social opuestas entre sí. Sostiene que los que comen y duermen donde trabajan difícilmente puedan llevar una vida familiar significativa. Por ello, considera que la formación de familias proporciona “una garantía estructural de resistencia permanente contra las instituciones totales” (p.25). Entre estos dos polos, el de la organización formal y el de la comunidad residencial, tendrán que negociar las internas como definir ese espacio colectivizado, regido por la medicina, que deben habitar como hogar.

En el hospital Ceballos la tendencia absorbente de la institución total, a nivel físico, se observa en su perímetro alambrado, el río que limita por uno de sus lados, las vías del tren sobre la margen opuesta y por un costado hectáreas de descampado sumado a un único punto de ingreso vigilado por la institución. Éstos

son, como dice Goffman (2007), obstáculos del lugar que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros.

A través del concepto de *institución total* se evidencian un conjunto de características que el hospital psiquiátrico comparte con otras instituciones, pero no todas tienen presentes los mismos elementos, a la vez que ningún elemento le es privativo. Con la cárcel, el hospital psiquiátrico comparte “el mismo carácter intrínseco de prisión aunque sus miembros no hayan quebrantado ninguna ley” (Goffman, 2007:13). Los aspectos comunes a las prisiones también son señalados por Basaglia (1972). El autor incluye al asilo en lo que denomina *instituciones de la violencia*. Estas instituciones permiten que la sociedad ejerza violencia de forma no abierta sino a través de sus técnicos en quienes ha delegado el poder. En este grupo entraría también la escuela y la cárcel, donde la violencia y la exclusión son justificadas en nombre de la necesidad. En el caso del asilo, los internos padecen de la violencia psiquiátrica justificada en la necesidad de la enfermedad. El poder del enfermo disminuye quedando librado a la arbitrariedad del médico y de los enfermeros que detentan el poder. El enfermo se convierte en “ciudadano sin derechos” y sin ningún valor contractual, por lo que la única posibilidad de oposición es un comportamiento anormal (1972:138). Sus críticas al manicomio pretenden echar luz sobre las contradicciones sociales y salir del campo de la psiquiatría para observar el sistema social que lo sostiene. Considera que la psiquiatría y la neutralidad científica, tienden al mantenimiento de los valores dominantes. Por lo tanto, el problema del hospital psiquiátrico es, para Basaglia, un problema de orden político que rebasa a la psiquiatría, en tanto implica “el tipo de relación que la sociedad actual quiere o no quiere establecer con algunos de sus miembros” (1972: 158).

Tanto el concepto de *institución total* de Goffman como el de *instituciones de la violencia* de Basaglia advierten sobre los aspectos negativos que la institucionalización acarrea en sus internos. Para Basaglia, el internado se revela como el objeto de una violencia institucional. Para Goffman (2007) las instituciones totales, son un “experimento natural” de lo que puede hacerse al yo. Allí se transforma a las personas a través de una carrera moral. Diferentes prácticas dentro de una institución total dan lugar a lo que Goffman (2007) denomina *mortificación del yo*. Por tal entiende a una serie de depresiones,

degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo que ocurren de forma sistemática aunque no necesariamente intencionada. La primera mutilación del yo tiene lugar con la barrera que las instituciones totales levantan entre el interno y el exterior, la que dura todo el día y puede continuar durante años. De este modo, el ingreso a la institución rompe con la programación del rol. La mortificación del yo también implica que el individuo participe “en una actividad de la que derivan consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del yo” (p. 35). Los procesos de mortificación o mutilación del yo conllevan una pérdida de la autodeterminación (no tener dominio sobre el propio mundo, sin autonomía y ni la libertad de acción propias de un adulto). Además, las agresiones del yo a menudo intentan justificarse mediante una fundamentación lógica por parte de la institución, mientras que para el individuo representan una aguda tensión psíquica.

Sin embargo, considero que para nuestro análisis es preciso agregar un concepto que de cuenta de la situación opuesta. Entiendo que al interior de la institución no sólo tienen lugar procesos *mortificantes del yo*, sino también procesos que en oposición podemos denominar *revitalizantes del yo*. Por tal entendemos a todas aquellas prácticas y discursos que repercuten positivamente en la identidad de la persona. Es decir, aquellos procesos que en vez de mutilar al yo le permiten desarrollarse, expandirse y construir identidades no estigmatizadas. Implica prácticas subjetivantes, opuestas a otras objetivantes. Además, éstas pueden generar placer y disfrute. Estas dos categorías son útiles para analizar los discursos y las prácticas hospitalarias que giran en torno a la atención de las internas. Ambos procesos pueden coexistir y ser ejercidos por los mismos actores.

Por otro lado, si bien las conceptualizaciones sobre la institución total son válidas para pensar el caso de estudio, considero que las divisiones entre el adentro y el afuera se vuelven porosas. En esta porosidad es donde las internas reproducen su vida cotidiana y construyen sus identidades en el encuentro con los otros. Quirk (2006) propone el término “institución permeable” en lugar de “institución total” ya que considera que éste representa mejor la vida cotidiana dentro de las instituciones psiquiátricas. Propone establecer un continuo de permeabilidad institucional con las instituciones totales y permeables en cada

extremo. Si bien el estudio de Quirk está basado en una sala de agudos donde las características de la internación son diferentes (estancias cortas, rotación del personal alta, identidades institucionales borrosas, etc.) también es aplicable en las internaciones crónicas. No obstante, podemos sostener que la institución es siempre permeable, en mayor o menor medida, pero su grado de permeabilidad no está dado de una vez y para siempre sino que es el producto de una negociación continua entre las internas y la institución. De allí que la institución será para algunas internas más cerrada que para otras, pero a su vez, para cada una de las internas esa permeabilidad también irá variando.

En esta porosidad entre el adentro y el afuera, la institución cumple un rol central no sólo regulando la apertura sino también mediatizando los contactos de las internas con los otros. De este modo, el hospital se configura como un *espacio relacional* en torno al cual se establece una red de relaciones entre diferentes actores sociales, tales como la familia, la justicia, la comunidad, los medios de comunicación, el gobierno provincial, etc. El hospital, como el ego central de esta red de relaciones, actúa generando y dinamizando las interacciones. Este juego relacional tendrá como producto la emergencia de un determinado sujeto: la paciente.

II.4. Prácticas de cuidado

Dentro de la clasificación de las instituciones totales, Goffman (2007) ubica al hospital psiquiátrico junto a los hospitales para enfermos infecciosos y los leprosarios. Con ellos tiene en común –además de heredar su espacio físico y social- ser instituciones “...erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse a sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (2007:18). Como dice Basaglia (1972), la meta del asilo es proteger de la locura a los normales. Es decir, la internación está motivada por un riesgo que se supone corre la persona para sí o para terceras personas. De esta manera, podemos hablar de un cuidado de tipo custodial que implica vigilancia.

En esta vigilancia interviene la disciplina. Foucault (1996) entiende que la medicina moderna tiene como fundamento una cierta tecnología del cuerpo social.

Ello se vincula con el desarrollo del capitalismo que socializó al cuerpo en función de la fuerza productiva; el cuerpo pasa a ser una realidad biopolítica y la medicina una estrategia biopolítica. Es la disciplina la que va a permitir un control minucioso de las operaciones del cuerpo garantizando la sujeción constante de sus fuerzas e imponiendo una relación de docilidad-utilidad (Foucault, 2002: 141).

De esta manera, es posible afirmar que las prácticas de cuidado instauradas al interior del hospital están guiadas por una disciplina del cuerpo. La disciplina produce un cuerpo dócil, es decir, un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado. El cuerpo queda prendido en el interior de poderes que le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones. La disciplina, a través de técnicas minuciosas, ínfimas, adscribe al cuerpo en una “microfísica” del poder. De este modo, la disciplina fabrica cuerpos sometidos y ejercitados; domina los cuerpos aumentando sus fuerzas (en términos económicos de utilidad) y disminuyendo esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia) (Foucault, 2002).

Para pensar las prácticas de cuidado, es útil el concepto de “modelos de atención” que desarrolla Menéndez (2003:186) con el que hace referencia tanto a las actividades de tipo biomédico como también a todas aquellas actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales. En las sociedades actuales hay presente una variedad formas de atención que la población utiliza de forma simultánea o secuencial a lo largo del tiempo cuyo eje articulador es la autoatención (Menéndez, 2012a). Este autor sostiene que los procesos de autoatención son cotidianos, se ejercen todos los días y son parte estructural del funcionamiento de todo sujeto y todo grupo. Incluso la biomedicina ha impulsado la autoatención en términos de “autocuidado” (Ibídem).

El autocuidado puede ser pensado desde el concepto de “cuidado profano” de la salud que desarrolla Haro (2000) con el que da cuenta de la atención no profesional. Estos cuidados son también estructurales en todas las sociedades e implican saberes profanos que son excluidos o negados por los sistemas convencionales de salud o bien pueden ser subsumidos a la directriz médica profesional. Lo interesante de este concepto es que incluye “una amplia gama de actividades que no parecen estar ligados con la salud: comienza con el cuidado de nosotros mismos que conllevan las rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas

protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento en caso de enfermedades” (2000:101). A la vez, estos cuidado profanos comprenden la activación de redes familiares y sociales.

Como sostenemos a lo largo de esta tesis, la institución es un espacio tensionado entre el ámbito médico y el hogar; por ello, es posible pensar que las prácticas de cuidado que tienen lugar al interior de la institución también se tiñen de características propias del cuidado del ámbito doméstico. Así observamos que dentro de la sala, el cuidado consiste, por un lado, en el cuidado de los cuerpos. Aquí puede incluirse a las prácticas de cuidado diario que pueden asimilarse a las del ámbito doméstico, las cuales van desde la alimentación-nutrición, al baño, vestimenta, corte del cabello, uñas, etc. Es decir, una rutina diaria de atención al cuerpo que se despliega a lo largo del día y que es la principal práctica asistencial en la sala.

El cuidado puede ser definido, siguiendo a Tronto (1994), como la preocupación por la vida, humanos activos comprometidos en el proceso de la vida cotidiana. La autora afirma que podemos reconocer el cuidado cuando estamos en presencia de una práctica que está dirigida a mantener, continuar o reparar el mundo. También entiende que el cuidado es una parte central de nuestras vidas, pero en nuestras sociedades es una actividad desvalorizada e invisibilizada. Ello lo explica en el hecho de que la autonomía y la racionalidad son un valor en nuestras sociedades, por lo que el cuidado, al encarnar sus opuestos, es devaluado.

Tronto (1994) también señala que el cuidado es tanto una práctica y una disposición. Entiende que lo que podemos describir como “trabajo de cuidado” puede ser hecho sin una disposición de cuidado: una persona chequeando signos vitales en una enfermería puede pensar en esa tarea sólo en el término de trabajo. La disposición del cuidado implicaría tomar las preocupaciones y necesidades del otro como la base para la acción. La autora identifica cuatro fases del cuidado, entendiendo a éste como un proceso. Las cuatro fases están analíticamente separadas pero interconectadas:

Preocuparse por (caring about): implica reconocer que el cuidado es necesario, tomar nota de la existencia de una necesidad y hacer los arreglos que esta necesidad requiere. Demanda asumir la posición de otra persona o grupo para reconocer su necesidad.

Ocuparse de (taking care of) implica asumir cierta responsabilidad por las necesidades identificadas y determinar cómo responder a ellas. Ello requiere el reconocimiento de que se puede actuar para satisfacer una necesidad. Implica nociones de agencia y responsabilidad en el proceso de cuidado.

Prestar cuidados (care-giving) implica el encuentro directo con las necesidades del cuidado. Requiere casi siempre un contacto directo entre los cuidadores con el objeto de cuidado a través de un trabajo físico.

Recibir cuidados (care-receiving) refiere a cómo el objeto de cuidado responde al cuidado, lo cual es la única forma de saber que las necesidades fueron satisfechas.

El cuidado fuerza a pensar concretamente sobre las necesidades reales de las personas y a evaluar cómo estas necesidades serán satisfechas. A partir de allí, pueden reconocerse distintos actores sociales que intervendrán en este proceso de cuidado, respondiendo a éste de formas diferentes. Desde estas caracterizaciones, el cuidado interesa en esta tesis porque permite entender las relaciones sociales que se instauran tanto *dentro* como *fuera* de la institución. Es decir, la propuesta aquí es pensar los cuidados como una forma de relación social.

Estos cuidados también pueden pensarse como provenientes de la comunidad. Ésta se involucra a partir de la beneficencia como se desprenderá de la etnografía. La beneficencia se revela como una pieza importante en el funcionamiento del hospital. Como hemos visto al inicio de este capítulo, la beneficencia, la caridad y la filantropía pueden rastrearse en los inicios del hospital (Requiere, 2000) en general y en particular en este caso. Uno de los cuestionamientos que a este respecto puede hacerse es que al constituir a la discapacidad como objeto de beneficencia, señala Allué (2003), la sociedad sigue respondiendo con caridad ante una condición de derecho social. Es decir, los actos de caridad vendrían a cubrir derechos no reconocidos. Por su parte, Juliano (2004) afirma que la beneficencia aparece ante la falta de mecanismos de interacción que ofrece la sociedad para la reinserción de los sectores excluidos. Por ejemplo, al no tener acceso a puestos de trabajo, aparece la caridad a cubrir estas faltas. Si bien estos sentidos están en juego en las prácticas de beneficencia en el hospital, en esta tesis también podemos entender las prácticas de beneficencia como un modo de vinculación de las internas con la comunidad y la comunidad con ellas, lo cual permite ampliar las relaciones sociales. Desde esta perspectiva, las prácticas

caritativas con las que se relaciona la comunidad de Bell Ville, además de venir a cubrir estas faltas de recursos, de posibilidades y de derechos, es uno de los poros de la membrana que recubre al hospital. Ante un estado carente, ausente, la sociedad sutura algo de esa falta. Estas prácticas generosas pueden entenderse también como un cuidado, en lo que Tronto (1994) describe como la primera fase del cuidado: implican advertir una necesidad, para lo cual hay que asumir la posición de otra persona, y ocuparse de cubrirla.

II.5. La construcción de identidades en situaciones límites

Michel Pollak (2000) estudia la experiencia concentracionaria a la que define como una *situación límite*, es decir, como una experiencia extrema a la que las personas se ven expuestas. Ello implica que un grupo social debe adaptarse a un contexto nuevo y redefinir su identidad y sus vínculos con los otros. ¿Puede pensarse la institucionalización psiquiátrica en tales términos? La respuesta parece ser afirmativa si se consideran las diferentes críticas a la institución manicomial y los efectos negativos que hemos descripto anteriormente, e incluso los recientes informes del CELS donde las internaciones son descriptas en términos de violación a los derechos humanos, control social, iatrogénicas, etc. La paradoja radica en que el hospital psiquiátrico se constituye como centro de salud dedicado al cuidado de las personas. De este modo, las internaciones se configuran como ambiguas y contradictorias en sus fines.

Pollak (2000) analiza cómo los sobrevivientes de los campos de concentración se enfrentaron doblemente con el problema de la identidad: en el arresto y la deportación que los arrancaron su lugar familiar y social habitual, y en el retorno al ambiente familiar y de amistad que también los enfrenta con importantes esfuerzos de readaptación a la vida cotidiana. Estas vivencias ponen en tensión la defensa de la integridad psíquica y la preservación de la integridad moral. De esta manera, Pollak aborda la experiencia concentracionaria como una ruptura radical en el curso de una vida. El hecho de que la ruptura del medio familiar y social habitual se considere como origen de una crisis de identidad

denota la pertenencia a un grupo o a un colectivo como una forma de definirla sociológicamente. La reconstrucción de una identidad social implica las diferentes maneras por las que una persona confronta a un ambiente desconocido y busca definir su lugar en los lazos con los otros. Pollak indaga sobre cómo las identidades son capaces de recomponerse y reestructurarse aún en experiencias extremas que la exponen a la desintegración. El autor considera a las identidades como construcciones frágiles, sostenidas por un equilibrio inestable, y desprovistas de propiedades fijas. Entonces, podemos considerar que el hospital funciona como un lugar de encuentro donde los individuos deben adaptarse a un contexto nuevo, redefinir sus identidades (en constante composición y recomposición para este autor), así como redefinir sus relaciones con otros individuos.

Pollak (2006) toma tres elementos esenciales en la construcción de la identidad: la unidad física (fronteras físicas o de pertenencia a un grupo), la continuidad en el tiempo y el sentimiento de coherencia de que los diferentes elementos están efectivamente unificados. Así concluye como la memoria es un elemento constituyente del sentimiento de identidad en la medida que en que es un componente importante en del sentimiento de continuidad y de coherencia de una persona o de un grupo en su reconstrucción de sí. Entonces, la subsistencia de la identidad está posibilitada por la memoria. Marca cómo la construcción de la identidad es un fenómeno que se produce en referencia a los otros, donde la auto imagen se construye mediante la negociación y transformación en función de los otros. Por lo tanto, entiende que la memoria y la identidad pueden ser perfectamente negociadas y no son fenómenos que deban ser comprendidos como esencia de una persona o un grupo. Ante las tendencias deshistorizantes del hospital psiquiátrico (Basaglia, 1972) tiene sentido considerar a la construcción de identidad y memoria también como un acto de resistencia.

El concepto que da Pollak de identidad es cercano al ofrecido por Goffman (2003) quien estudia cómo el yo se presenta en diferentes situaciones sociales y cómo la identidad, de alguna manera, es “negociada” en tales encuentros. El sentido con el que Goffman (2003) utiliza el término identidad retoma aspectos tanto histórico-sociales, como subjetivos y materiales, en una configuración dinámica. Para ello, distingue tres niveles: la identidad social, la identidad personal y la identidad del yo. La identidad social hace referencia al conjunto de categorías y

atributos que la sociedad establece a las personas. La identidad personal para hacer referencia a las marcas positivas o soportes de la identidad, y la combinación única de los ítems de la historia vital, adherida al individuo por medio de soportes de la identidad (sentido de carnet, cédula, tarjeta). Se relaciona con el supuesto de que el individuo puede diferenciarse de todos los demás y alrededor de estos medios se entrelazan los hechos sociales de una única historia continua de su biografía. Desempeña un rol estructurado, rutinario y estandarizado en la organización social a causa de su unicidad. Para ello se utilizan un conjunto de marcas que diferencian a quien las posee de todas las demás personas. La identidad personal, junto a la identidad social, forma parte de las expectativas y definiciones que tienen otras personas respecto del individuo (Goffman, 2003). Finalmente, la *identidad del yo* comprendería el sentido subjetivo de su propia situación, continuidad y carácter que un individuo alcanza como resultado de las diversas situaciones por las que atraviesa. Es una cuestión subjetiva, reflexiva, que necesariamente debe ser experimentada por el individuo cuya identidad se discute (2003:126).

Pollak (2006) coincidentemente con Goffman (2003) marca cómo la construcción de la identidad es un fenómeno que se produce en referencia a los otros, en constante negociación y transformación. Por lo tanto, entiende que la memoria y la identidad pueden ser perfectamente negociadas y no son fenómenos que deban ser comprendidos como esencia de una persona o un grupo, dados y permanentes de una vez y para siempre.

Por su parte, Goffman (2003) trabaja la identidad en su aspecto deteriorado a través de la noción de “estigma” entendiendo por ello a “la situación del individuo inhabilitado para la plena aceptación social” (2003:3). La discrepancia que se produzca entre la identidad social virtual y la real, por un atributo desacreditador, permite hablar de estigma (2003:12). Su concepción del estigma, visto desde la creación de los individuos en la vida social, plantea un lenguaje de relaciones dado que un atributo que estigmatiza a una persona puede confirmarle normalidad otro. Ambos conceptos, identidad y estigma, los aborda desde una concepción dinámica, en la interacción social cara a cara que implica un proceso y una negociación.

CAPÍTULO 2

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Emprender un viaje que tiene como punto de partida una idea, unas preguntas sueltas, unas intuiciones y que tiene como destino final la construcción de un relato etnográfico requiere necesariamente plantearse cómo conocer aquello que nos interroga. Es decir, establecer una metodología apropiada. En esta tesis el abordaje metodológico se ubica dentro del enfoque cualitativo de investigación en ciencias sociales, el cual supone comprender los significados que se le otorga al mundo y a la acción humana a través del punto de vista de los agentes que se conoce mediante la interacción del investigador con los sujetos investigados (Hammersley y Atkinson, 2009).

En concordancia con este enfoque, utilicé el método etnográfico que se presentó como el modo más adecuado para producir conocimiento sobre este mundo social físicamente delimitado por muros y alambres que es el hospital psiquiátrico. Dicho método implica la participación del investigador en la vida diaria de las personas durante un período de tiempo, observando aquello que sucede, escuchando lo que se dice y haciendo preguntas (Hammersley y Atkinson, 2009).

Una de las características distintivas de la etnografía es prestar atención a los significados locales. Es decir, comprender la “visión de los nativos”, en términos de Malinowski (1986), o “el conocimiento local”, en términos de Geertz (1992). Aquí, la “perspectiva del actor” (Guber, 1991) que indago es la de las mujeres internas en el área de Salud Mental del hospital; pero además, incorporo otros puntos de vista. Desde la antropología de la salud, Menéndez (2012) propone el enfoque relacional como punto de partida teórico-metodológico en la investigación del campo de la salud y la enfermedad. Este enfoque señala la necesidad de incluir en una investigación a la mayoría de los actores significativos, así como los diferentes tipos de relaciones que operan entre éstos. Ello da cuenta del holismo que caracteriza al método etnográfico que, Martínez-Hernández (2010) define como un esfuerzo de comprensión de la realidad de tipo relacional y no desagregado. Por ello, también me interesan los puntos de vista de sus familiares, vecinos y personas que trabajan en el hospital para construir a partir de éstos el relato etnográfico.

En cuanto al modo en que se recoge el conocimiento local, éste puede caracterizarse como dialógico: la descripción etnográfica combina la jerga disciplinar con términos del propio ámbito del informante. La perspectiva relativista de la etnografía, señala Martínez-Hernández (2010), pone en valor el diálogo con los mundos locales a partir de un posicionamiento no prescriptivo que permite indagar y teorizar sobre cómo son las cosas y no prescribiendo sobre cómo deberían ser. Además, sostiene que la oscilación entre el saber y el no-saber del investigador en el trabajo de campo da lugar al saber de los informantes y a que éstos vayan revelando la lógica de sus códigos indígenas. De esta manera, las categorías nativas adquieren una simetría con los sistemas expertos donde puede establecerse una dialéctica entre un mundo por conocer (mundo nativo) y un mundo supuestamente conocido (el campo profesional, la propia cultura, etc.). En esta relación dialógica, afirma este autor, el antropólogo adquiere una posición liminal y también intercultural. De este modo, la exploración de los sentidos y significados locales permite descubrir el conjunto de normas que regulan el juego social (Martínez Hernández, 2010).

1. El trabajo de campo

La elección del hospital donde realicé el estudio está fundada en mi experiencia laboral. De mi trabajo en este lugar surgen mis primeras inquietudes que luego encuentran en la antropología un medio para expresarse. Este conocimiento previo del campo me facilitó varias cosas, entre ellas, la obtención del permiso de investigación por parte de la institución. Luego de varias gestiones a la distancia, pude ingresar al campo de forma inmediata a mi arribo a la institución donde fui recibida con mucha calidez por un personal que me brindó un trato de par. El conocimiento mutuo con el personal, sumado a la jerarquía que mi título de psicóloga tiene al interior del área de Salud Mental, influyó a que mi presencia en la sala fuera bien acogida y de que pudiera tener cierta autonomía de trabajo. Pude acceder a la sala en todos sus sectores (lo cual no está permitido a

una persona externa a la institución), como así también acceder a las historias clínicas, disponer del consultorio para realizar entrevistas y poder consultar los documentos internos de la sala (cuaderno de novedades, cuaderno de visitas, etc.).

En cuanto a los registros etnográficos, éstos se corresponden con distintos momentos en el campo. Una primera instancia comprendida entre octubre de 2011 a abril de 2012, un segundo momento de febrero a abril de 2013 y un tercer momento entre enero y febrero de 2014. Durante la primera estancia, concurrí los primeros meses a la institución por la mañana. Este es el período más activo de la vida institucional ya que aquí se hacen presentes los profesionales de la salud. Mis observaciones en el hospital se emplazaron en la Sala 2, el predio institucional, en la Sección de Rehabilitación y Recreación (la Escuelita), en el Servicio de Psiquiatría y ocasionalmente en otros servicios como la guardia médica o la Dirección del hospital cuando seguía a mis informantes en sus recorridos. Los últimos dos meses de investigación pernocté en la institución, lo cual me permitió ampliar mis horarios de observación a la tarde y la noche, así como los fines de semanas. De este modo, pude etnografiar mejor la vida hospitalaria observando la rutina formal que establece la institución en su regulación de la cotidianeidad. También participé de fiestas de cumpleaños que se hicieron en la sala, de salidas fuera de la institución, tanto organizadas por el equipo de salud como de permisos de salidas otorgados a las pacientes para ir al centro de la ciudad, al “baile” o al domicilio familiar. En las siguientes estancias de campo, regresé para ampliar los registros.

Además de estos registros, también utilicé datos recogidos y entrevistas realizadas durante una breve estadía de campo en el año 2010 en la sala de mujeres¹⁵. Los registros separados en el tiempo me permitieron tomar distancias del campo durante las pausas, distancia que posibilita extrañarse de aquello que se volvió cotidiano. También fue una oportunidad de ver aquellas cuestiones que cambiaron y aquellas que no lo hicieron, identificar situaciones críticas y contrastarlas con otros momentos más estables de la vida institucional.

¹⁵ Esta actividad de investigación se enmarcó en la realización del proyecto de tesis de Maestría en Antropología de la Universidad Nacional de Córdoba. Dicha experiencia fue el antecedente del diseño del proyecto doctoral. Mis observaciones partieron de nociones teóricas relativas a la teoría goffmaniana.

2. Población vulnerable

Investigar en el campo de la salud mental supone el trabajo con personas consideradas como “población vulnerable” para la administración de la salud pública. Es vulnerable quien “puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente” (DREA). Por ello, además de la autorización de la institución, tuve que solicitar un permiso de investigación en el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Esto implicó volcar mi proyecto de investigación en un “protocolo de investigación” para ser evaluado por un comité de ética. Entre otros requisitos, se me solicitó que hiciera firmar un consentimiento informado a las pacientes que participaban en la investigación junto con la firma de su familiar o responsable legal. Este requerimiento me enfrentó con dos dificultades que describen el campo de estudio. Por un lado, la mayoría de las internas no saben leer y escribir. Además, su entendimiento está disminuido a causa de su padecimiento mental lo cual dificultaba la comprensión del alcance de mi investigación, el cual tampoco era de su interés. En relación a mí, sus intereses estaban restringidos a cuestiones prácticas: demandarme dinero, pedirme regalos, gestionar contactos con su familia o contarme situaciones de la vida diaria. Ellas tenían sus propias demandas de escucha y de acción. Por lo cual, su consentimiento era una condición necesaria pero no suficiente. Por otro lado, eran muy pocos los familiares de las pacientes que mantenían contacto con ellas. La mayoría no vivían en la ciudad, les resultaba muy costoso movilizarse hasta la institución o simplemente hacía años que no se sabía de ellos. Las fiestas que se realizaban en la sala para festejar los cumpleaños o para fin de año resultaron ser ocasiones propicias para hacer contacto con las familias. También tenía ocasión de contactar a un familiar durante una situación de enfermedad o de tratamiento médico especial. Éste era avisado por el hospital, y en algunos casos se hacía presente para acompañar a la enferma. En otras ocasiones sucedía que me encontraba con un familiar que se presentaba espontáneamente a la institución para hacer una visita o solicitar algo. Pero ello requería de mi permanencia en la sala en el momento preciso en que el familiar se hacía presente. El “estar allí” me abría posibilidades de encuentros y de registros. Para solventar estas dificultades también hice firmar un consentimiento informado al director del Área de Salud Mental que me autorizaba para realizar la

investigación con las mujeres internas en Sala 2, observarlas y entrevistarlas, y acceder a las historias clínicas y demás registros escritos. A modo de preservar la identidad de las internas, cambié sus nombres y también el de todas las personas mencionadas en el estudio. Con el mismo fin, tampoco utilicé fotografías donde se vean sus rostros. Éste último era un requisito que me solicitaba, juiciosamente, el comité de ética. Las imágenes no sólo debían proteger la identidad de las personas retratadas, sino también su honor y dignidad. Estos reparos necesarios que se me solicitaron para realizar la investigación social contrastaron fuertemente con los usos de las imágenes de los internos que me encontré en las redes sociales o en los medios de comunicación donde aparecían sus cuerpos desnudos o sus rostros sin difuminar. También presenté un documento llamado de “buenas prácticas” en donde me comprometía durante la investigación a respetar la voluntad de las pacientes de participar en la investigación; a brindar explicaciones a pacientes y familiares sobre los fines y alcances de la institución cada vez que me sea requerido; a respetar las indicaciones, límites y normativas sugeridas por los profesionales y personal de la sala respecto al trabajo con las pacientes; a respetar las normas, horarios y rutina de la institución a los fines de no alterar el tratamiento que las pacientes reciben de la institución; y a dar un uso científico y académico a los datos obtenidos.

3. ¿Con quiénes trabajar?

La población en estudio está integrada por los pacientes del área de Salud Mental del Hospital Dr. José A. Ceballos. A modo de acotar el campo, decidí trabajar sólo con la sala de mujeres denominada “Sala 2” por distintas razones. La primera es que en esta sala había trabajado anteriormente, por lo que me sentía familiarizada con su funcionamiento y con las internas a quienes conocía. La otra razón es que me pareció interesante abordar la cuestión de la maternidad que, en muchas de estas mujeres, emergía permanentemente de sus discursos: el reclamo, la mención o el recuerdo de sus hijos nacidos durante la internación o antes de ésta. Por otro lado, desde el rol de investigadora, ser alguien que está simplemente observando, mirando con propósitos ajenos a la institución puede ser difícil de

tolerar. Pienso que, al ser yo mujer en una sala de mujeres, mi presencia incomodaba menos, especialmente en situaciones donde los cuerpos están desnudos. También me pareció interesante producir conocimiento sobre un grupo social que se construyó históricamente como subalterno y que, en este caso, se encuentra en una situación de marginalización.

También incorporé al estudio a una mujer que vivió mucho tiempo en esta sala y se externó hace unos años por sus propios medios. El criterio de selección de la muestra fue por saturación teórica y por tratarse de un diseño emergente no se estableció *a priori* los sujetos de investigación (Glaser y Strauss, 1967). Los casos fueron seleccionados considerando la voluntad e interés de las personas en participar de la investigación. También seleccioné los casos a partir de la dinámica que se generaba por mi presencia en la sala. Algunas internas interactuaban conmigo más que otras, por lo cual compartíamos más tiempo juntas. Además, a la selección traté de hacerla buscando construir heterogeneidad: internas sin familia e internas con ella, con hijos, sin hijos, con familiares en la institución, diferentes tiempos de internación, diferentes grados de afectación de su autonomía.

Otra cuestión teórico-metodológica que tuve que resolver fue cómo denominar a las mujeres de mi estudio. En un principio utilicé la categoría que se utiliza en el campo: “paciente”, la cual también me encontraba en los escritos de Goffman y no me generaba mayores inconvenientes. Pero en una presentación de mi trabajo esta categoría molestó a algunas personas. La carga simbólica de pasividad que encierra la palabra -de recibir la acción de un agente- sumado al hecho de formar el par necesario a la figura del médico, parecía que les estaba negando agencia y relegando a la sombra del médico. A mí no me parecía del todo inadecuada. Utilizar como término *etic* un término *emic* en este caso tiene cierto sentido. Por un lado, porque la primer significación de paciente es funcionando como adjetivo que refiere a “quien tiene paciencia” y si hay algo que caracteriza a estas mujeres es su posición de espera, para lo cual tienen que ser muy pacientes. Por otro lado, paciente hace referencia al rol que desempeñan en este espacio social, y que es un rol que se desempeñan las 24 horas del día, del cual no pueden librarse estando allí, que incluso las identifica por fuera de la institución y del que en ocasiones se apropian.

Una opción era reemplazarla por el término “usuario” que es en la actualidad ampliamente aceptado y utilizado en el ámbito de la salud pero, en mi campo, no tenía presencia alguna. Mantilla et al. (2012) en su trabajo refieren que *“parte de las discusiones generadas por los procesos de reforma psiquiátrica se vincula con el pasaje de “paciente psiquiátrico” a “usuario de salud mental” o “enfermo mental” a “portador de sufrimiento mental” (p.103)*. No obstante, los autores eligen para su escrito la categoría “paciente psiquiátrico” por ser la denominación más común en el contexto de salud mental argentino, lo cual confirma mis observaciones del campo. Decidí no usar “usuario” porque no me pareció una buena idea imponer una categoría al campo y porque me costaba pensarlas como “usuarias de salud mental” en la medida en que uno puede preguntarse quién usa a quién: ¿ellas al sistema? ¿o el sistema a ellas?

Otra palabra que emerge del campo es la palabra “chicas”, en plural, y que es singularizado por el nombre personal. La utilizan tanto las mujeres para nombrar a sus pares como algunos miembros del personal del hospital en reemplazo de “paciente”. Es una forma más cercana y afectuosa de referirse a ellas aunque con un matiz infantil. Me decidí por el término “interna” porque me pareció más descriptivo y menos ideologizado que los otros. A la vez que hace hincapié en el situación de estar “dentro”.

Si bien la investigación está centrada en las internas, también se incluye a otros actores sociales: personal de la institución, vecinos, familiares, etc. Menéndez (2012) señala que *“en cualquier proceso de s/e/a a estudiar siempre hay más de un actor significativo, y por lo tanto debiéramos detectarlos y trabajar no sólo con todos ellos sino sobre todo con las relaciones de diferente tipo (cooperativas, competitivas, simétricas, asimétricas, de hegemonía/subalternidad, etc.) que operan entre dichos actores y frecuentemente en forma simultánea” (Pág.343-344)*. Estas personas fueron incorporadas en la investigación en la medida en que formaban parte de los itinerarios y encuentros cotidianos de las internas.

4. La construcción de los datos etnográficos

La comprensión de la experiencia de las mujeres institucionalizadas implicó la utilización de diferentes técnicas e instrumentos de indagación para recolectar y construir los datos etnográficos. Para ello, hice uso de revisiones bibliográficas, análisis documental, registro fotográfico, observación participante y realización de entrevistas.

La etnografía permite “documentar lo *no- documentado* de la realidad social” dice Rockwell (2010:21). Para lograr este cometido, la observación participante es la técnica por excelencia del trabajo de campo y se caracteriza por involucrar actividades muy disímiles e inespecíficas. Posibilita “estar allí”, es decir, experimentar y ser testigo del universo social y cultural que se estudia (Guber, 2012). En esta tesis, la emplee principalmente en la Sala 2, lugar donde las internas pernotan y pasan la mayor parte del día. Además, la sala es un lugar importante para observar porque es el punto de encuentro de las internas con otros actores sociales como el personal de enfermería, el personal del Servicio de Psiquiatría y los familiares cuando acuden allí de visita. Otros espacios de observación dentro de la institución fueron la “Escuelita” y el parque del hospital, dos lugares por donde las internas transitan y donde tienen lugar otras interacciones. Las observaciones también excedieron el *setting* del hospital porque la vida cotidiana de muchas de estas mujeres también lo excede. La investigación está centrada sobre los sujetos mas que sobre el lugar de estudio. De igual modo procede Majastre (1973) en su trabajo etnográfico que va más allá de los muros del asilo porque hay salidas fuera de la institución, llegan visitas de fuera, una historia personal que comienza fuera de ese lugar, y otros sucesos que desencadenan derivaciones y diálogos con el afuera. Considero que de este modo es posible dar cuenta de la porosidad del adentro y el afuera que existe en la institución y que atraviesa las prácticas.

La flexibilidad de la observación participante me permitió observar al mismo tiempo que me involucraba en variadas actividades: ir al baile, participar de una fiesta sirviendo la comida, salir al parque, pasear por el centro, tomar mate con las enfermeras, permanecer en la sala, etc. De este modo, participar desempeñando diferentes roles, fue un esfuerzo por integrarme a una lógica nativa y me permitió

obtener información significativa. Pero, a su vez, esta técnica encierra una tensión epistemológica en la relación deseable entre investigador y sujetos de estudio: observar supone mayor separación mientras que participar supone mayor involucramiento (Guber, 2012).

Mi presencia en el hospital era por días y por horarios, mientras que el transcurrir de la vida social allí es continuo. Vivía lo que allí sucedía dosificado, por escenas, por capítulos cuando la vida cotidiana avanza en un ritmo fluido que no se detiene. Mientras mis observaciones, lejos de ser la expectación de una serie de televisión donde un capítulo comienza donde terminó el anterior, entre observación y observación hay sucesos que escapaban, que se daban en los cortes, que se perdían a la observación y que solo podía conocer por sus consecuencias en la vida actual que observaba.

Por ello, la observación participante en distintas escenas institucionales y encuentros de personas en interacción, me fue útil para conocer dinámicas de la identidad, entendiendo que ésta se recrea en cada interacción social. Puntualmente, la indagación aborda aquellas situaciones sociales en las que se producen encuentros entre las pacientes con un otro (paciente, personal del hospital, persona ajena a la institución, investigador, etc.), en un espacio adentro/afuera, donde se ponen en juego y se construyen sus identidades y se entablan relaciones sociales.

La participación en el trabajo de campo implica también el establecimiento de diálogos cotidianos, charlas informales y espontáneas que se producen en la contingencia del encuentro. Participar algunas veces implicaba sentarme al lado de alguna interna y comentar sobre lo que estaba haciendo o escuchar lo que tenía para contarme. Este tipo de entrevista antropológica, informal o no directiva, tiene un carácter performativo más que referencial (Guber 2012).

La entrevista es un encuentro cara a cara que implica el establecimiento de una relación social y el encuentro de diferentes reflexividades (Guber 2012). Realicé entrevistas formales a distintos actores sociales: las mujeres internas, personal de la institución, familiares y otras personas vinculadas a la institución o a las internas. El registro de estas entrevistas concertadas se realizó con grabador y fueron transcritas para su análisis. Pero también realicé entrevistas abiertas a

familiares que fueron registradas tomando apuntes. Este método de registro es común en éste ámbito, ya que es habitual que los profesionales registren en la historia clínica los dichos del familiar o de las pacientes. Las entrevistas realizadas en el hospital utilizando el grabador tuvieron lugar en el “box de enfermería” que es el espacio donde trabaja el equipo de salud mental y enfermería.

Las entrevistas con las internas adoptaban la forma de charlas abiertas a partir de temas que surgían en relación con su historia. Las entrevistas tenían como finalidad recoger relatos de sus trayectorias, buscando la distinción entre un antes y un después de la internación y también recoger su experiencia sobre la institucionalización psiquiátrica. Las preguntas apuntaban a los recuerdos y memorias (“¿qué te acordás de cuando estabas en tu casa?, ¿Qué te acordás de cuando eras chica?”). En ocasiones, estas entrevistas se caracterizaron por obtener respuestas muy cortas y a veces muy fragmentadas y desorganizadas, lo que daba lugar a constantes interrogaciones para poder construir un relato. Con los profesionales utilicé una guía temática junto con otras preguntas más espontáneas surgidas en el contexto de entrevista. La motivación principal de las entrevistas con los familiares era la de construir la trayectoria de la interna, la reconfiguración de la vida y vínculo familiar a partir de la internación y también su vivencia de la internación. Los convoqué personalmente o por teléfono. He podido coordinar entrevistas con éstos en el hospital o en sus domicilios para lo cual debí desplazarme en ocasiones a otras ciudades. Considero que cada relato es relevante en sí mismo pero también en conexión con los restantes, en aquello en que las historias se asemejan y se diferencian encarnando un destino colectivo. Así, cada experiencia relatada es entrelazada con las otras.

Menéndez (2012) desde el enfoque relacional señala la necesidad de trabajar no sólo con las representaciones sociales de estos actores sino también con sus prácticas sociales. Por ello, la técnica de la observación y la de la entrevista posibilitan completar la información obtenida y visualizar las diferencias entre lo que la gente hace y lo que la gente dice.

Otros datos provienen del análisis de registros documentales y material de archivo: las historias clínicas, documentos de la sala y periódicos. Las historias clínicas se abordan como fuentes del material biográfico y para analizar la mirada

profesional. La utilización de noticias de los periódicos, me sirvieron para conocer la visión externa del hospital, donde diferentes sucesos de dentro repercuten en la opinión pública a través de los medios de comunicación y luego en el hospital y en la gestión pública.

Por otro lado, también recojo producciones gráficas de las internas y fotografías que tomé en el lugar que las utilizo especialmente en el capítulo siguiente. Estas técnicas permiten el registro de información sensible y son una estrategia de captación de lo expresivo (Scribano, 2008). Las fotografías permiten registrar los espacios que son habitados. Fotografié índices y detalles, llevando la mirada a los cuerpos de las internas, a sus ropas, y a lo edilicio para reflejar al vida en la institución. Finalmente, las revisiones bibliográficas son las que posibilitan el análisis y la producción del material recogido, por lo cual atravesaron el trabajo de principio a fin.

5. Tamizar las vivencias

El trabajo de campo implica un encuentro con un “otro” y como toda vivencia humana, una experiencia profundamente subjetiva. Toda experiencia encierra un punto de intrasmisibilidad, de imposibilidad absoluta de comunicación, irreductible a palabras que puedan describirla. El calor que sentí caminando hacia el hospital en las tardes de verano, el frío en las mañanas de invierno, los olores de la sala, los ruidos y gritos que escuché, los abrazos que recibí, las angustias, así como las alegrías y los enojos que viví componen parte de lo que significó sumergirme en un mundo ajeno al mío, un mundo que viven otras personas y que yo viví con ellas durante ese tiempo. Pero esta experiencia a la que me expuse no dejó de ser una experiencia intencionada y guiada por mis interrogantes teóricos. Traspasar esa experiencia que se vive como completa, total y plena de sentido en sí misma conlleva un esfuerzo por desmembrarla, agujerearla y tamizarla por la teoría para salir de lo anecdótico y poder comunicar una experiencia humana produciendo un conocimiento desde las ciencias sociales. Este “tamiz” es quizás la parte más ardua de la tarea investigativa, no sólo por la

soledad de la escritura, sino por la ruptura que produce en nuestra concepción de la realidad vivida.

Este tamiz constituye el análisis de los datos que es de orden cualitativo, utilizando la descripción densa (Geertz 1992), es decir, interpretando los símbolos clave de manera simultánea con el registro de los datos. El análisis etnográfico es entendido en tanto proceso que atraviesa toda la investigación, desde las decisiones iniciales acerca de qué observar hasta la etapa final de redacción (Rockwell 2009). Por ello, la interpretación está presente desde el propio registro de los datos. La descripción densa se opone a una descripción superficial y puramente fenoménica al introducir un principio de definición de los contextos en que los fenómenos tienen sentido (Martínez Hernández, 1998).

La contribución de la etnografía, señala Rockwell (2010:34) es recuperar lo significativo desde lo local para situarlo en una escala social más amplia y en un marco conceptual más general. El tipo de generalización que se lleva a cabo en la antropología se produce dentro de los casos particulares, situándolos dentro de un contexto inteligible, afirma Martínez-Hernández (1998) siguiendo a Geertz.

El análisis de los datos etnográficos está asociado a la interpretación y la comprensión más que a la explicación. Wilhelm Dilthey (1966) establece una diferencia entre las ciencias de la naturaleza que buscan explicar los fenómenos frente a las ciencias del espíritu que buscan comprenderlos. Si los datos son explicados, lo son en diálogo con la comprensión, es decir, dentro de un arco hermenéutico, señala Martínez-Hernández (1998).

Weber (1987) afirma que el objetivo de las “ciencias empíricas de la acción” es capturar el “sentido subjetivo de los sujetos en acción” que, como señala Martínez-Hernández (2010), es esto mismo lo que la antropología ha definido como “punta de vista nativo”. No se trata de dictaminar la moralidad o la normatividad de la acción, sino de comprenderla. Para Martínez Hernández (2010) el “sentido de la acción social” weberiano es un sentido compuesto tanto por lo que podemos llamar conceptos profesionales como por nociones locales.

6. El extraño rol de etnógrafa

Los datos recogidos en el diario de campo y los datos aportados por otras fuentes documentales son leídos a la luz de la teoría social, pero también de mi auto-reflexividad como investigadora. La reflexividad, característica del método etnográfico, implica la consideración de que el investigador forma parte del mundo social que estudia (Hammersley y Atkinson, 2009). Rockwell (2010) señala que acompañar la experiencia etnográfica con un trabajo reflexivo permite transformar y precisar la concepción desde la cual se mira y se describe la realidad.

Las técnicas etnográficas se han considerado instrumentos inseparables del propio sujeto cognoscente, quien desde su experiencia recompone el paisaje cultural desde una posición oscilante de extrañamiento y pertenencia (Martínez-Hernández, 2010). Mi paso por la institución me dotó con el “*habitus* institucional”¹⁶. Como señalé, ello me facilitó muchas cosas, al trabajar en un lugar con el cual ya estaba familiarizada. Pero a la vez, me implicó una gran tarea de reflexividad, de extrañamiento como modo de ruptura con el sentido común. Fue necesario este trabajo de extrañamiento continuamente del antiguo rol que cumplía allí. Mi vinculación principal era con el equipo del Servicio de Psiquiatría, compuesto por profesionales de la medicina, psicología, psicopedagogía y trabajo social. Yo heredé la jerarquía que estas profesiones tienen en la sala en relación a enfermería. Debí extrañarme del modo de pensar de estas profesiones, de los profesionales del hospital al cual yo estuve identificada y formando parte, y por lo tanto, extrañarme a mi misma de mi rol de psicóloga para dar lugar a la construcción del rol de investigadora.

Las personas con las que interactuaba durante mi trabajo de campo interpretaban mi presencia en los términos más próximos a su experiencia: las enfermeras me preguntaban si ya había “presentado carpeta” para trabajar en el

¹⁶ El concepto de *habitus* desarrollado por Bourdieu refiere a “un sistema de disposiciones adquiridas, permanentes y generadoras” (p.86). “Producto de la historia, el *habitus* origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, de acuerdo con los esquemas engendrados por la historia; es el *habitus* el que se asegura la presencia activa de las experiencias pasadas que, registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción, tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (p.87)

hospital, los colegas del Servicio de Psiquiatría pedían al director que me contraten, los familiares interpretaban que yo era “trabajadora social” por ir a sus casas a realizar entrevistas y las mujeres internas entendían que yo pertenecía al equipo del Servicio de Psiquiatría. Para las internas yo representaba un vínculo con el afuera, por eso se relacionaban conmigo para que escriba cartas a sus familiares o que las contactara telefónicamente con ellos.

Un obstáculo epistemológico importante con el que me encontré, fue el encuentro con el sufrimiento humano. El encuentro con personas con padecimiento mental o con serias dificultades motrices es un encuentro con el dolor. Pero no solamente o necesariamente un sufrimiento que siente el otro, sino un sufrimiento que genera la situación del otro. Muchas veces me costó trabajar allí, ir a la sala por las deplorables condiciones de higiene o la angustia ante la situación de las internas: una demanda continua de contacto con el familiar o un cuerpo mutilado. Una sensación de desánimo ante su realidad operó como un obstáculo al conocimiento pero también mis sensaciones las podía observar en otras personas (en varios profesionales del lugar, en los familiares). En cierta forma mi “estar allí” se tiñó con un intento de hacer algo por ellos: escribir cartas, llamar a los familiares; es decir, responder a la insistencia.

El enfoque etnográfico es también una relación social en sí misma que ofrece un vínculo singular con los actores y colectivos sociales (Martínez Hernández, 2010). Este vínculo está marcado por dos cuestiones que señala Guber (1986) que son esenciales en mi trabajo: la consideración de que a la hora de construir conocimiento hay un interés político y un vínculo afectivo con la población estudiada. Ambos aspectos se encuentran ligados. Mi interés por producir un conocimiento antropológico en cierta medida parte de mi indignación por las condiciones en las que viven las personas internadas en los hospitales psiquiátricos. A la vez que también implica escribir sobre personas a quienes aprecio, con las que compartí parte de mi vida, y a las cuales me interesa dar voz y, por lo tanto, visibilizar su situación.

CAPÍTULO 3

AZÚCAR, YERBA Y TABACO

-La construcción de lo cotidiano-

Este capítulo tiene por objetivo explorar la vida cotidiana que se instaura dentro de la institución, específicamente en la Sala 2. Ello permite conocer el encuentro diario que se produce entre las internas y la institución, donde distintos actores sociales ponen en funcionamiento un conjunto de prácticas que se repiten día a día y construyen lo cotidiano. El interés es indagar cómo, en la construcción de esta cotidianeidad, las mujeres internas habitan los espacios de esta institución. Conocer estas prácticas permite comprender cómo las personas crean la institución a la que pertenecen y cómo se establece un interjuego entre las rutinas instituidas y organizadas formalmente con aquello más espontáneo y singular que ocurre cada día en el encuentro con esas rutinas.

Para describir este espacio y las prácticas diarias que allí suceden, se aborda la vida cotidiana como una dramaturgia, es decir, desde la perspectiva de la actuación o representación teatral¹⁷. De este modo, podemos distinguir actores que desempeñan diferentes papeles, un escenario y las puestas en escena o funciones, donde un guión de actuación lleva a la repetición diaria de distintas prácticas. Dichas prácticas se distinguen por la regularidad con las que son ejecutadas, desde prácticas frecuentes a otras más esporádicas.

La descripción de los lugares que componen la sala permite indagar el uso social de los espacios, los cuales funcionan como escenario o marco de los encuentros¹⁸, posibilitando y limitando las interacciones. A su vez, el momento del día marca un ritmo particular y entre estas dos variables, el tiempo y el espacio, los actores despliegan su hacer cotidiano.

1. El elenco

En la Sala 2 pueden encontrarse personas que desempeñan diferentes *roles* pero hay dos *personajes* que constituyen el “*elenco estable*” del lugar: mujeres en posición de pacientes y mujeres en posición de enfermeras. En todo momento, dentro de la sala, habrá alguien desempeñando ambos roles; entre los cuales,

¹⁷ Esta perspectiva desarrollada por Goffman (2006) en tanto modelo analógico presenta sus limitaciones.

¹⁸ Entendemos “encuentro” como la interacción cara a cara que Goffman (2006) define como “la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física inmediata” (p.27).

como señala Goffman (2007:20), existe una movilidad social restringida y una distancia social que está formalmente prescrita. Otra diferencia es que las pacientes viven dentro de la institución y tienen limitados los contactos con el mundo; en cambio, el personal cumple una jornada laboral de ocho horas y está socialmente integrado con el mundo exterior.

Las pacientes¹⁹ son mujeres mayores de edad que se encuentran internas en la institución a causa de un padecimiento mental. Este padecimiento es diagnosticado principalmente, conforme a las categorías de los manuales internacionales de psiquiatría, como “retraso mental” que es clasificado como “leve”, “moderado”, “grave” o “profundo”²⁰. También existen otros diagnósticos, como el de esquizofrenia, pero representan una minoría en la población de la institución (una interna). Esta prevalencia diagnóstica del hospital es debida a una especialización a nivel provincial en esta problemática, lo cual ha influido en la práctica médica de derivación de pacientes y en los destinos judiciales. Szasz (en Basaglia et. Al., 1983) considera que estar enfermo y ser un paciente son dos variables independientes. Mientras que estar enfermo requiere de una comprobación empírica, ser paciente es un rol que se puede dar de forma voluntaria o involuntaria. Argumenta que la psiquiatría ha negado, reprimido e incluso rechazado el hecho de que el llamado “paciente mental” sea colocado involuntariamente en este rol. Por ello, afirma que dada la involuntariedad del rol, más que pacientes son prisioneros. Caudill (1966) también distingue entre el rol del enfermo del rol del paciente. El rol del enfermo es el propio de una persona que necesita atención médica, mientras que el rol del paciente está a su vez íntimamente relacionado con la dependencia institucional. Al ingresar a la institución psiquiátrica es probable que el rol de enfermo haya sido asumido con anterioridad por la persona afectada y su familia, pero el rol específico del paciente se adquiere en relación con el resto de los pacientes y con el personal, a través de todo un proceso de aprendizaje y adaptación al espacio y sus normas.

¹⁹ La categoría “paciente” es aquí utilizada como término nativo que designa a las personas bajo atención médica tanto si se encuentran ingresadas en el hospital o si demandan asistencia de forma ambulatoria.

²⁰ El diagnóstico es explorado en el capítulo 6.

El personal de enfermería es el principal encargado de poner en funcionamiento la rutina que establece la institución. Enfermería tiene una organización jerárquica propia dentro de la institución y en su estructura interna se distribuyen los turnos de trabajo y días libres, así como también se instauran ciertas normas y se abordan los problemas que surgen²¹. La instancia superior es Supervisión de enfermería que responde a la Dirección del hospital, mientras que en cada sala hay un enfermero jefe. En Sala 2 la jefa ocupa principalmente el turno de la mañana. Es la autoridad frente a las otras enfermeras y es quien designa tareas y organiza el funcionamiento de la sala.

También hay un equipo de profesionales pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del hospital que trabajan en la sala. El equipo está compuesto por profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y medicina generalista. Una vez a la semana, el equipo se reúne en la sala. Luego cada profesional se hace presente según las demandas o su ritmo particular de trabajo con una regularidad variable. El trabajo se realiza de lunes a viernes por la mañana y, de ser necesario, este personal se presenta en otros momentos por medio del servicio de guardias como es el caso de las urgencias, nuevos ingresos, etc.

La sala también dispone de personal de limpieza que consiste en una persona que trabaja en el turno mañana y una en el turno tarde. Otras personas acuden a la sala desde otros lugares del hospital: Servicio de Lavandería y Cocina.

Cada *rol* es acompañado por una vestimenta diferente: enfermería viste un ambo blanco y calzado claro; el equipo del Servicio de Psiquiatría en su mayoría porta una bata blanca²² y en algunos casos un ambo de color; el personal de limpieza un ambo verde seco, mientras que el personal de cocina un ambo blanco con cofia. El uniforme permite distinguir rápidamente si la persona forma parte del personal de la institución o no y, por lo tanto, que no se trata de un paciente. Utilizando las categorías de P. Bourdieu (2002) puede pensarse el uniforme profesional como un símbolo de distinción social para quien lo porta que permite

²¹ El número de enfermeras en la sala ha ido variando a lo largo del trabajo de campo. En la primera etapa de mis observaciones había tres enfermeras a la mañana, dos a la tarde y una a la noche. Luego del episodio de denuncia por las condiciones de las internaciones en salud mental, una de las medidas de cambio fue la incorporación de mayor personal de enfermería. Lo que se mantuvo invariable fue la división del trabajo en tres turnos rotativos de 8 horas cada uno.

²² El trabajo de Tristán et al. (2007) realiza un análisis simbólico del significado de la bata blanca mostrando su relación con la idea de vida y de curación que transmite su uso en los hospitales, a la vez que el color blanco conlleva una idea de higiene y, por lo tanto, de salud.

una clasificación, aunque no equívoca, del personal y como símbolo del capital cultural ubica a las personas en el campo social. El único personal del Servicio de Psiquiatría que no porta un uniforme es el profesor de educación física y el técnico en actividades recreativas. La falta de un uniforme distintivo puede relacionarse con que sus profesiones no son específicas del ámbito de la salud, ni tradicionales dentro de un hospital.

En cuanto al *vestuario* del rol de “pacientes”, éste forma parte importante de la rutina de la sala. Las mujeres internas no visten un uniforme institucional, sino que llevan ropas comunes. Esta ropa proviene en su mayoría de donaciones (muchas veces pasada de moda), otra de sus hogares, o son regalos que trae la familia o alguna prenda que han comprado ellas mismas con su dinero. A su vez, el hospital provee algunas prendas de vestir: chándal y buzos color azul marino y zapatillas.

2- Escenarios: recorrer la sala

Para llegar a la Sala 2 (Ver figura 4), una vez atravesado el arco de ingreso del hospital, hay que continuar el camino que se abre hacia la izquierda. Siguiendo esta calle interna, que se dirige en dirección al río, se pasa por el Servicio de Psiquiatría y se deja atrás a las salas del Área de Salud Pública. El final del camino es la zona de la morgue. Pero antes de desembocar allí, e incluso antes de que el camino doble hacia la derecha en dirección al Hospital de día, la Escuelita y las otras salas de Salud Mental, se abre hacia la izquierda otro camino que conduce a la puerta principal de Sala 2. Esta sala funciona en un gran pabellón, de forma predominantemente rectangular, que no colinda con ninguna otra construcción. Los edificios más próximos son, de un lado, la nueva cocina y lavadero construidos en los últimos años, y del otro, la antigua lavandería y el parque que se utiliza para colgar la ropa al sol. Por detrás de la sala se abre un espacio verde que termina con un alambrado que delimita las fronteras con el barrio de la ciudad.

En el comienzo del camino que conduce a la sala, un gran árbol brinda sombra a unas mesas y bancos de hormigón. Este es uno de los lugares elegidos por las internas para pasar su tiempo libre. Allí toman mate, charlan, tejen, dibujan

o escriben y allí se reúnen con las visitas que provienen de otras salas o de fuera de la institución. El ingreso principal de la sala (ver figura 5) consiste en una gran puerta de doble hoja ubicada en el medio de la pared frontal del pabellón. Por los laterales exteriores, la sala tiene galerías que comunican con los dormitorios. Por fuera está pintada de color blanco y hace unos pocos años tenía la leyenda “Pabellón nº2” en el frente. Aún permanece pintado un cartel rojo que cuelga por encima de la puerta donde se lee: “Amparo de vidas. Sala 2”.



Foto 1. Bancos bajo el árbol en el ingreso a Sala 2

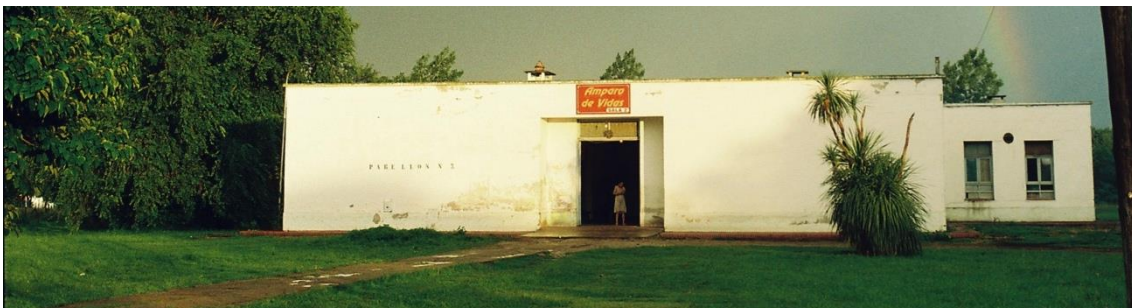


Foto 2. Frente Sala 2



Foto 1. Vista galería lateral izquierdo

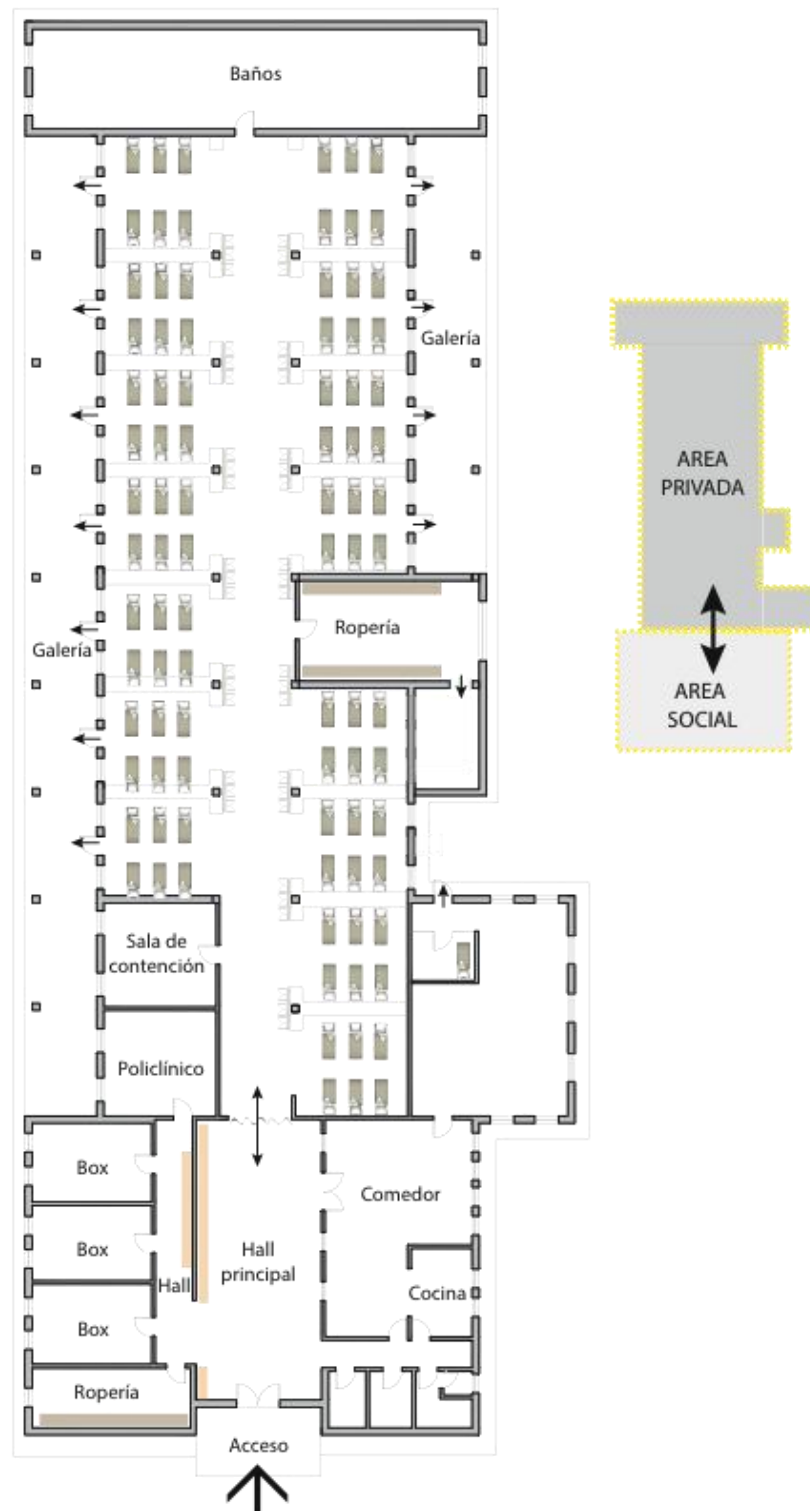


Foto 2. Cartel entrada "Amparo de vidas. Sala 2"



Foto 3. Detalle leyenda pared frontal "Pabellón N°2"

Figura 5. Plano Sala 2²³



²³ Este plano no es el plano original de la sala, sino una reconstrucción aproximada realizada con fines ilustrativos. Dicho plano fue realizado en base a fotografías y al recuerdo de la sala.

Atravesando esta gran puerta se ingresa a un amplio espacio llamado *hall* principal, el cual comunica hacia los diferentes sectores de la sala. A la derecha se encuentra el comedor y la cocina de la sala, mientras a la izquierda se ubican los box de enfermería, ropería y el policlínico. Uno de estos box, es utilizado tanto por las enfermeras como por el personal del equipo del Servicio de Psiquiatría para trabajar cuando van a la sala. Allí está ubicado el teléfono de la sala y es donde se almacenan las historias clínicas y otros instrumentos de registro, como ser: el cuaderno de visitas, cuaderno de novedades, cuaderno de medicación, cuaderno dirección de las pacientes, cuaderno de convulsiones, cuaderno de tratamiento y medicación psiquiátrica de la pacientes. Las enfermeras son las principales encargadas de completarlos dado que son el único personal que tiene una presencia permanente en la sala.

El *cuaderno de novedades* está destinado a los pormenores de la vida diaria que suceden durante el turno de las enfermeras. Allí se incluyen noticias tales como los llamados telefónicos recibidos o realizados, las peleas entre las internas, etc. Mi presencia en la sala, especialmente cuando iba por las tardes, era registrada en este cuaderno en el comienzo de mi trabajo de campo. Según me conociera más la enfermera o se habituaran a mi presencia, dejaba de ser una novedad y mi nombre dejaba de aparecer en él.

En el *cuaderno de visitas* se registran las personas que llegan para visitar a alguna interna. Estas anotaciones pueden ir acompañadas por una breve descripción del encuentro, tal como si han salido o permanecido en la sala, y en qué horario fue el encuentro. Es interesante observar que el tema de las visitas podría ser considerado parte del registro del cuaderno de novedades. Pero esta es una novedad que, para la institución, merece un registro aparte.

El *cuaderno de medicación* es utilizado para apuntar las indicaciones medicamentosas de todas las pacientes, que también figuran en la historia clínica de cada una. Estos registros pueden entenderse como parte de un mecanismo disciplinario en el interior de los hospitales, tal como señaló Foucault (1996). Para este autor, la disciplina supone el registro continuo de todo lo que ocurre. Ello permite el control del individuo y la transmisión de la información de forma ascendente. Cuando las enfermeras toman su turno, se ponen al día sobre lo sucedido en la sala con la lectura de estos registros. Especialmente en los turnos anteriores donde no se tiene un encuentro cara a cara entre el personal. La jefa de

la sala conoce de este modo todo lo que ha sucedido de mayor relevancia y si es necesario puede comunicarlo al psiquiatra de la sala o a algún otro profesional. Y así sucesivamente puede irse elevando la información según su relevancia.

El policlínico es un cuarto que se utiliza cuando las internas presentan algún cuadro clínico (no psiquiátrico) que requiera mayor observación y cuidado. Al fondo del *hall* de entrada hay una cortina que delimita el inicio del internado o dormitorios. El *hall*, que funciona como punto de enlace, es a la vez un lugar de tránsito y permanencia. Las internas suelen permanecer allí durante diferentes momentos del día, sentadas sobre bancos de cemento unidos a la pared por su contorno izquierdo o en los bancos de madera sobre el perímetro derecho. También en el *hall* tienen lugar muchas escenas de la vida cotidiana, en especial con las visitas: por allí llegan, allí permanecen y de allí se van. Este es el lugar más “público” de la sala y donde, además, tienen lugar las celebraciones.

Detrás de las cortinas del *hall*, gran telón de fondo del tras bambalinas²⁴, se encuentra el internado. Este espacio, que ocupa la superficie mayor de la sala, es el sector donde pernotan las internas. Un largo pasillo que recorre todo el internado dividiendo la sala por la mitad y finaliza en el ingreso a los baños (foto 6). A cada lado del pasillo se ubican las camas separadas por muros que no superan el metro y medio de alto. De este modo, se delimitan pequeñas salas o dormitorios abiertos, a veces llamados “box”, que contienen seis camas enfrentadas de tres en tres (foto 7). En algunos de estos espacios hay una puerta que comunica con la galería exterior o, en su lugar, hay ventanas con persianas. El acceso a esta parte de la sala está restringido al personal del hospital y a las internas. Los familiares no pueden ingresar aquí cuando están de visita.

²⁴ Utilizo “tras bambalinas” para resaltar la noción de “espacio detrás de escena”. No obstante, el espacio que puede identificarse como detrás de escena puede cambiar según el enfoque. El hospital puede ser en sí mismo un tras bambalinas de la sociedad y la sala del hospital.



Foto 4. Pasillo internado



Foto 5. Box o dormitorio de Sala 2



Foto 6. Muros media altura

Las paredes de la sala están pintadas en la mitad superior de color blanco y en la mitad inferior de otro color para evitar que se ensucien, aunque la pintura está en muchos lugares sucia, descascarada y con humedades, lo que dota a la sala de un aspecto descuidado. La refacción de la sala y la nueva pintura mejoró el aspecto general del espacio, a la vez que se pusieron cubrecamas.



Foto 9. Sala refaccionada

La decoración que se encuentra en la sala es producto, sobre todo, del trabajo e iniciativa del personal de enfermería que interviene especialmente sobre las paredes. Ello se observa en el *hall* de ingreso y en el comedor. Esta decoración

fue cambiando con el tiempo, especialmente cada vez que se vuelve a pintar la sala. En una época, sobre las paredes se encontraban escritos los nombres de las internas que luego fueron tapados con una nueva capa de pintura y las enfermeras aprovecharon para agregar nuevos adornos (ésta decoración será explorada con más detenimiento en el capítulo 5). Sobre la puerta que conduce al internado se hallaba escrita la leyenda “Bienvenidos”. También colocaron paneles con fotos de las internas tomadas en distintas celebraciones. Algunos integrantes médicos del Servicio de Psiquiatría no estaban de acuerdo con que hubieran papeles y fotos pegadas en las paredes, entendiendo que éstos son inadecuados para un lugar de salud que requiere de condiciones asépticas. Sin embargo, Trinidad, una interna que a falta de habla logra comunicarse a través de gestos y sonidos, me tomó varias veces del brazo para conducirme a la pared donde estaban estas fotos y señalar, entre ellas, aquella donde aparecía su imagen y a continuación se señalaba a sí misma. Este panel improvisado de fotografías con el que las enfermeras quisieron decorar la sala, para Trinidad funcionaba como un *soporte de identidad* que le permitía reconocerse en un lugar donde no hay espejos. Estas diferencias sobre cómo deben estar las paredes de la sala reflejan en parte las tensiones que encierra este espacio que es, al mismo tiempo, un hospital y un hogar.



Foto 10. Pared hall de entrada

No sólo las enfermeras decoran las paredes, sino que las internas también lo hacen colgando distintos objetos: un afiche de una banda de música, otro del Papa, un crucifijo, etc. Ellas también decoran sus camas exhibiendo sus peluches.



Foto 11. Peluches sobre camas 1



Foto 12. Peluche sobre camas 2

Los peluches pueden verse sobre las camas pero también sobre las mesitas de luz, en los brazos o, si son pequeños, pueden ir colgados del cuello. Éstos son objetos muy valorados por las internas y en ocasiones se los roban entre ellas o disputan su propiedad.

Rebeca, gracias a las relaciones que ha establecido con distintas personas del hospital y de la comunidad, tiene gran cantidad de peluches:

“Rebeca le pide a la enfermera sus peluches. Ésta abre ropería y de allí saca una gran bolsa que contiene los peluches. Rebeca juega al matrimonio, les canta el arrorró. Silvana me muestra su peluche que le regalo Rebeca y se lo da a Beatriz para que se lo guarde” (Nota de campo, 2013).

Estos peluches, en ocasiones muñecas, son elementos privilegiados de afecto, de cuidado, de juego y de compañía. Suelen llegar a sus manos como un regalo, que le realiza otra interna, personal de la institución o amistades que han establecido tanto dentro como fuera de la institución. Incluso, pueden llegar como un “don anónimo” (Silber, 2008), don entre extraños, a través de las donaciones que se realizan desde la comunidad donde la institución demanda peluches. Si el peluche no es exhibido en la cama o muebles próximos de su propietaria, es dado a otra persona para que se lo guarde y se lo cuide, en un lugar seguro. Las

enfermeras suelen ser quienes proveen estos espacios, pero también otra interna con acceso a un ropero puede hacerlo.

Por otro lado, entre las camas, también pueden encontrarse un gato o algún perro durmiendo. La presencia de los animales domésticos es otro de los elementos que tensionan este espacio que se constituye entre el hogar y el hospital.



Foto 13. Perro durmiendo



Foto 14. Gato sobre cama

Es frecuente observar en el hospital la presencia de perros que andan sueltos por allí. También es frecuente encontrarlos en la entrada de la sala 2, y a veces dentro. Estando en el box de enfermería, participo en una conversación entre las enfermeras que gira en torno al tema de los perros en la sala. Comentan que

son más de diez los perros que tienen las internas y el personal de limpieza se quejó de que tiene que recoger los excrementos de los perros, a su vez que ello llena de moscas el lugar. La presencia de los perros en la sala como mascotas de las internas tensiona al espacio hospitalario. El hospital como espacio higiénico de salud y el hogar como lugar del afecto, se superponen aquí incómodamente. Estos perros, objeto de compañía, cuidado y cariño, se vuelven problemáticos en una sala de hospital que solapa sus funciones con la de un hogar.

Dora es una de quienes tienen perro y se ocupa de su cuidado:

“Luego de almorzar, Dora va a su ropero. Saca la puerta que tiene sin candado y saca un plato de comida para perro con alimento balanceado. Me dice que ella compra el alimento con la plata que le da la secretaria del Servicio de psiquiatría por trabajar con ella o con la plata que le da la enfermera de la noche cuando ayuda con las internas. Dora sale de la sala y llama a su perro. Le pone el plato con la comida en el suelo. Tiene otro en un corral” (Nota de campo, marzo de 2012).

Dora me pide que le saque una fotografía con sus perros. Sacamos una con el perro marrón que está fuera de la sala y luego otra con el perro negro que está encerrado en un corral cerca de la morgue. Lo encerraron allí por ser agresivo, para que no ataque a las personas que concurren al hospital y, a la vez, fue una forma de que Dora pudiese conservarlo como mascota.

“En la office de enfermería viene Dora a avisar que viene la perrera. Salimos a ver porque está muy preocupada. Me dice que el perro marrón es de ella, que no quiere que se lo lleven. Silvia agarra un perrito negro y se lo lleva adentro para esconderlo. Narina agarra a otro perro y se queda sentada abrazada a él. Dora se pone nerviosa, me dice que el negro lo tiene en el corral que no molesta. Pero al marrón lo quiere tener. Además hay dos perros más grandes. La enfermera me dice que siempre ladran y dificultan a los enfermeros entrar a la noche. Además de la suciedad que generan dentro del lugar. Ante la inminencia de la presencia de la perrera, me dice

otra enfermera que el perrito chiquito que tiene Silvia se puede quedar porque ese no molesta. Micaela aseguraba que había pasado el camión de la perrera, pero resultó no ser cierto. Esperamos todas afuera; la perrera no apareció. Dora estaba muy molesta con la mentira” (Nota de campo, marzo de 2012).

El cuidado connota algún tipo de compromiso y éste no está restringido a la interacción con los otros (Tronto 1994). El cuidado ocurre también con los objetos y los animales en la sala. Los peluches sirven de adorno, juego, cariño y compañía. De modo similar, los perros en la sala, convertidos en mascotas, tensionan el espacio médico y se puebla el lugar de “otros significativos”.

¿Qué espacio debe ofrecerse a estas mujeres? ¿El de un hospital o el de un hogar? Le Breton (2002) entiende que la casa y el espacio tradicionales son una prolongación del cuerpo construida por el hombre, una extensión cultural, que ofrece a los individuos seguridad física y moral y, también, intimidad. Por el contrario, la modernidad parece fabricar espacios para que el cuerpo funcione y no para que viva en ellos. El cuerpo, dice este autor, “se asimila a una forma pura, fuera de toda forma de existencia, sin historia, sin cualidades, simple volumen” (p.107). De este modo, puede considerarse que la Sala 2 se constituye como un espacio funcional: hay un lugar para dormir, para comer, para el aseo, para circular, etc. La medicina, señala también Le Breton, en su mirada hacia las enfermedades tiende a dejar de lado sus aspectos simbólicos reduciendo al cuerpo a un puro mecanismo fisiológico. Si entendemos el espacio físico como la prolongación material del cuerpo, pueden pensarse que la sala refleja una concepción de los cuerpos y, por ende, de las personas que aloja. Por su diseño, la sala deja poco lugar para la intimidad: dormitorios colectivos y duchas sin puerta son ejemplos de lo que Goffman (2007) entiende por promiscuidad como falta de intimidad. El cuerpo se recorta “según una ideología de las necesidades que lo separa en pedazos y lo priva de la dimensión simbólica que lo envuelve” (Le Breton, 2002:108). Si el espacio se reduce a lo estrictamente médico, poco lugar queda para construir allí un hogar.

Dentro de la sala, las pertenencias personales son escasas y su cantidad y posesión varía de una interna a otra. Esta variación se debe a una conjunción de múltiples factores: el grado de autonomía de la interna, la frecuencia del contacto familiar, el contacto con personas externas a la institución, la participación en talleres y/o la disponibilidad de dinero. Pero tener un objeto implica también poder conservarlo, y para ello, es necesario encontrarle un espacio en la sala.

Los espacios que fueron pensados en el diseño de la sala para que las internas guarden sus pertenencias son los roperos. Éstos están ubicados a los costados del pasillo principal del internado dentro de una estructura de cemento. La mayoría de estos roperos no disponen de puertas, las cuales se han ido rompiendo con los años. Sin puerta no pueden utilizarse porque no resguardan la propiedad. Los pocos que sí disponen de una puerta, son utilizados por algunas internas para guardar sus objetos. Algunos roperos son cerrados con candados y sus llaves enhebradas por una soga cuelgan alrededor del cuello de sus dueñas o se las dan a una enfermera que las guarde. El candado permite preservar las pertenencias y asegurarse de que no haya robos. Esta medida de seguridad por mucho tiempo corrió por cuenta de cada interna:

–“Quiero un candado para el ropero, ¿cuánto sala uno? –me pregunta Pocha”
(Nota de campo, 2011).

–“Yo a las cosas que me traen se las doy a Mariela (enfermera) que me las guarda porque sino me las sacan acá. Florencia, deciles que me hagan armarios con bisagras así guardo la mercadería –Me pide Rebeca” (Nota de campo, 2011).

Alicia, que dispone de dinero a través de una pensión, fue ella misma a una ferretería cercana del hospital a comprar el candado junto a unos tornillos y bisagras para que el encargado de mantenimiento le coloque la puerta:

–“¡No te olvides de ir a poner la puerta del ropero! –le grita Alicia al encargado de mantenimiento que pasa a nuestro lado por el hall de entrada de la sala (Nota de campo, 2013).

“Una vez colocada la puerta, Alicia le entregó una llave a la enfermera jefa de sala y otra la guardó ella. Le pido me muestre su ropero. Alicia busca la llave en el cajón de su mesita de luz y lo abre para que yo lo vea. Dentro hay un par de zapatos y un poco de ropa” (Nota de campo, 2013).

Unos años antes, cuando Alicia no tenía ropero, recurría a sus relaciones de confianza en la sala para proteger sus pertenencias:

–“Narina tiene las fotos de mi hermana y de mi hija que no quiero se me pierdan” –me explica Alicia (Nota de campo, 2010).

Si bien el candado restringe el acceso, no impide que el personal de enfermería pueda saber qué se halla ahí guardado, tanto si tiene la llave como si no la tiene:

“Al llegar a la sala me encuentro con Celia, la jefa de sala, rodeada por varias internas en el pasillo del internado. Junto a ellas, hay una pila de ropa en el suelo y otros objetos como osos de peluche. Los ha sacado de los roperos de las internas. Uno a uno, fue revisando que había en el interior de los roperos y separando la ropa para lavar de otra que consideraba debía tirarse por estar muy vieja o rota. Celia me explica que las internas guardan mucha ropa húmeda que luego “se pudre toda”. A Narina la llama y la regaña porque tiene muchos roperos. Entre toda la ropa que hay en ese momento en el suelo, hay un vestido de novia que alguien donó alguna vez, al parecer sin mucha preocupación por la utilidad de esta vestimenta. Micaela le pone el vestido y un tul en la cabeza a Lara que camina disfrazada de novia, toda blanca entre una montaña de ropa. Todas nos reímos y se ameniza un momento que es vivido con tensión. Pero la requisita continúa y la enfermera pide a Carla, en tono de voz fuerte y con mucha seriedad, que abra el ropero de Carmela que quiere ver que tiene. Cuando lo abre, observamos que hay mucha ropa, entre ella, una bolsa de bombachas que Carla dice que son de ella” (Nota de campo, 2012).



Foto 15. Roperos internado sin puertas

Si bien la revisión de los roperos puede tener un sentido higiénico como señala la enfermera al detectar ropa podrida o algún otro objeto en malas condiciones, tiene como contra cara la *mortificación del yo*, como señala Goffman: “La falta de gavetas individuales, así como los registros y las confiscaciones periódicas de objetos personales acumulados, refuerzan el sentimiento de desposeimiento” (2007:31).

Además de estos roperitos, hay un par de armarios de madera y mesitas de luz donde guardar cosas, pero no todas disponen de ellos. Uno de estos armarios es de Dora, que lo tenía cuando vivía en la “Casa de medio camino” donde estuvo por algún tiempo y que al volver a la sala se lo trajo con ella:

“Dora me lleva hasta su armario. Lo abre y me muestra el alimento balanceado para su perro, un collar y un perfume de perro que le han regalado en un negocio. Me cuenta que la dueña de ese negocio va a hablar con la psiquiatra para que ella pueda visitarla” (Nota de campo, de 2012).

Pensando por fuera de los lugares específicos destinados al almacenamiento, la cama de cada interna se convierte en un lugar propicio. Dentro de este espacio colectivo que es la sala, la cama, que es de uso individual y exclusivo de cada interna, otorga un pequeño espacio personal a cada una. Por extensión, las zonas próximas a ésta también pueden ser utilizadas para colocar objetos personales: Beatriz tiene varios peluches distribuidos sobre su cama y

sobre el muro de media altura puso un portarretratos que confeccionó en la Escuelita con una fotografía en la que está junto a su novio de Sala 3. En cambio, Rebeca, que tiene un gran número de muñecos, sólo deja uno o dos sobre su cama, y a los demás se los da a la enfermera para que se los guarde y se los pide sólo cuando quiere jugar con ellos. También puede encontrarse alguna imagen como un poster pegado en la pared sobre la cama de su dueña, una bolsa con objetos que cuelga de un gancho de la cama e incluso cosas guardadas bajo ésta. Es decir, la cama es utilizada para *alojar*, *guardar* y también *exhibir* las pertenencias.

Otra forma de suplir la falta de roperos y por ende, de espacio personal, es almacenando sus pertenencias en carteras, bolsos y bolsas. Éstos se convierten en instrumentos idóneos para guardar sus objetos con los que pueden y deben andar a cuesta, lo que implica una proximidad máxima. Pocha me muestra y enumera las cosas que lleva en unas bolsas:

–“...Un termo, donde no dura el agua caliente, una cartera, dos potes grandes: uno para el azúcar y el otro para la yerba, un cuaderno para escribir cuando me aburro lo uso, y ¿adiviná que tengo acá...? una bombacha –continúa bajando la voz –. Quiero una pava, un pullover. Tengo un caracolito, ya te lo voy a enseñar. Un corazoncito que me lo regalaron en la escuela, una gorrita que me dio la Mariela. Una mochilita para guardar las cosas, esta camisita que me regaló mi hermana, la tengo” (Nota de campo, 2010).

La falta de lugares de almacenamiento personal, dice Goffman, explica que los internos se fabriquen lugares propios para ese fin, siendo el escondrijo más común el que una persona puede llevar encima en sus idas y venidas (2007:248).

Para Goffman, la falta de lugares de almacenamiento personal implican una *mutilación del yo*: “Si la gente no tuviera yo, o si se le exigiera renunciar a él, podría haber alguna lógica en negarle un lugar privado para guardar sus cosas. [...] Pero todos tenemos un yo” (2007:248). De este modo, esta falta de mantenimiento del espacio destinado a guardar los objetos personales da lugar a que las internas, haciendo uso de su agencia, se las ingenien para encontrar espacios alternativos de almacenamiento. Estas estrategias van desde recuperar los roperos consiguiendo

un candado o arreglando sus puertas, hasta utilizar otros muebles, los espacios cercanos a la cama, e incluso la propia cama o llevar consigo sus pertenencias en bolsos colgados al cuello o en sus manos. Otra forma que encuentran es haciendo uso de las relaciones interpersonales, dando sus objetos de valor a alguien de confianza, sea ésta una enfermera u otra interna que podrá guardarlos. Cada pertenencia debe encontrar su lugar para ser conservado.

Cuando la sala es refaccionada, se arreglaron todos los roperos²⁵ con sus cerraduras y se adjudicaron propietarias y llaves. A partir de entonces, la mayoría de las internas llevaba colgado de sus cuellos la llave de su ropero. “*Si la pierden, pierden su uso*”, repetía el equipo de la sala y enfermería a los fines de concientizar sobre la importancia del cuidado de la llave. La misma institución que durante años les negó un espacio apropiado para guardar sus cosas, una vez que éste está disponible se las híper-responsabiliza en su uso con la amenaza de perder un privilegio cuando en realidad se trata de un derecho.



Foto 16. Ropero refaccionado de Dora

La ropa ocupa mucho lugar dentro de la sala y conlleva gran parte del trabajo de enfermería. Existen dos espacios en la sala destinados a guardar la ropa que se llaman “roperías”. Una ropería está ubicada dentro del internado y, la otra, al lado de los box de enfermería. La ropería dentro del internado es un espacio muy amplio lleno de ropa suelta o en bolsas. Acá se almacena la mayor parte de la

²⁵ Esta *revitalización del yo* o reconocimiento de las subjetividades de las internas debe pensarse en el contexto en que se produce esta refacción lo que es explorado en el último capítulo de esta tesis.

vestimenta que disponen. Se seleccionan las prendas de uso diario las cuales se almacenan en la otra ropería más pequeña. Parte de la ropa considerada de “fiesta” está colgada en uno de los box de enfermería.

Estos lugares se cierran con llave. Cuando una enfermera quiere ingresar a la ropería de uso diario, si hay otra enfermera dentro, golpea la puerta con cuatro golpes seguidos pausa y dos golpes más. Esta forma de golpear funciona como un código para que la enfermera que está dentro sepa que se trata de otra enfermera y no de una interna. Las internas suelen acudir allí en busca de las enfermeras o pueden ingresar y sacar ropa, lo que les entorpece el trabajo. Trinidad siempre aprovecha algún momento en que ve esta puerta abierta para sacar alguna prenda y salir corriendo con ella para cambiarse la que tiene puesta.



Foto 17. Ropería

Hay ropa que tiene dueña y otra que es de uso común, pero ninguna ropa está marcada con el nombre de su propietaria. En cambio, muchas de estas prendas están marcadas de modo visible con el número 2 que refiere a la sala. Ello permite distinguirlas de la ropa de las otras salas cuando están en la lavandería del hospital. El número 2 sólo demarca un sector del hospital pero no diferencia su

pertenencia dentro de la sala. Si bien esta marcación es un sistema que facilita la organización interna, hacia fuera de la institución las ropas marcadas son un factor estigmatizante. Al privilegiar la institución su organización burocrática sobre la presentación de sus internas produce de forma indirecta una *mortificación del yo*.



Foto 18. Marca número 2

Vanesa²⁶ me pide que la acompañe a la sala donde quiere buscar un pantalón corto que ha pedido a la enfermera. Encontramos a las enfermeras tomando mate en el box. Vanesa pide su pantalón pero Celia le responde que no tuvo tiempo de buscar uno:

-¿Vos no querés uno marcado, no? ¿Uno que tenga el número dos?

-No -responde Vanesa.

-Bueno, entonces yo te llamo cuando busque uno.

-Bueno, chau mami.

-No, Vane... -se corrige Celia -Vení mañana mejor que te busco uno porque hoy tengo que lavar alguna ropa (Nota de campo, 2012).

Si bien el lavadero del hospital se ocupa de recoger la ropa, lavarla y entregarla nuevamente a la sala, algunas prendas salen de este circuito y son lavadas a mano por las enfermeras y por las internas. La Jefa de enfermería me

²⁶ Vanesa estuvo interna en Sala 2 por varios años hasta que se externa por su cuenta. Se fue a vivir junto a su novio a una casa ubicada frente al hospital. Tras su partida, continúa recibiendo la medicación en la sala.

cuenta que es la ropa más linda la que lavan a mano para evitar que el lavadero las arruine. Luego la cuelgan sobre el alambrado para secarla al sol y, una vez seca, la doblan y guardan. Bárbara, Carmela, Lucía y Claudia son quienes suelen ocuparse de lavarla. A la vez, Beatriz, que sabe coser, es la encargada de realizar arreglos de costura a la ropa que se ha roto.



Foto 19. Internas colgando ropa sobre el alambrado



Foto 20. Sábanas y frazadas secándose al sol

La vestimenta de una persona tiene una especial relación con su yo en la medida en que ésta le permite controlar de algún modo el aspecto que presenta ante los demás. Es parte de lo que Goffman denomina “equipo de identificación

personal” (2007:32). Como hemos visto, esta vestimenta varía desde prendas más impersonales, marcadas con el número de la sala a otras que son especialmente apartadas del circuito y reciben un trato especial para poder manejar mejor la imagen, por ejemplo, cuando tengan que salir de la institución. Aquí las enfermeras cumplen un rol fundamental al ayudar a sostener esta práctica de cuidado y distinción de las vestimentas, alejándolas de la maquinaria hospitalaria que mezcla e indiferencia. En relación a ello puede entenderse el comentario que me realiza una enfermera sobre una interna que se “escapó” para ir al centro “*toda mal vestida*”. “Si viera con el pantalón que salió” –se lamentaba la enfermera. Igual conciencia de la importancia de la ropa tiene Emilia:

“Emilia me pide que la acompañe al centro a comprarse unas zapatillas. El dinero se lo ha dado su hermana, que vive en la ciudad, y le cobra la pensión graciable de la que es beneficiaria. A su vez, Emilia le entrega este dinero a la enfermera para que se lo guarde. Me dice que cuando vayamos a comprar las zapatillas, ella antes se va a bañar y a vestirse bien porque sino “la gente se ríe”. En la tienda de las zapatillas, Emilia elige su par y a la hora de pagar pide al vendedor que le haga un descuento porque “es paciente del hospital” y el vendedor le otorga un pequeño descuento” (Nota de campo, 2012).

Emilia busca controlar el estigma de la identidad de paciente a través del cuidado en su apariencia. No busca ocultarlo sino de darle dignidad a través de una buena presentación. Barth (1969) señaló que la identidad étnica es una manera de organizar las relaciones sociales. El uso que Emilia hace de su identidad de “paciente” puede pensarse de igual modo, como una manera de organizar las relaciones sociales con el afuera. Posicionada como “paciente” espera recibir algún beneficio de los otros con quienes se relaciona haciendo un uso positivo de esta identidad, lo que le permite aprovechar del sistema hospitalario en las relaciones de sociabilidad con el exterior. Esto puede entenderse como lo que Goffman (2007) denomina “*explotación del sistema*”.

Continuando la exploración de la sala, desde la ropería del internado se accede a otra habitación pequeña que dispone de un baño propio y una pequeña cocinita. “–*Esta es una habitación muy linda –me dice Celia– no se llueve*”. Tiempo

atrás, Dora y Vanesa, consideradas “pacientes de buen nivel”, vivían allí. Dora transitó por distintos espacios que ofrecían mayor privacidad y autonomía. Primero el “departamento” y luego la “Casa de medio camino” ubicada próxima a la Sala 2. Pero ninguno de esos espacios pudo la institución sostenerlos en el tiempo. El departamento ahora está lleno de ropa. Celia me comenta que no quiere que Dora vuelva allí:

–...es hacer diferencias con el resto de las chicas. O todas o ninguna. Eso le da mucho poder en la sala y después las que mandan son las pacientes y no respetan a las enfermeras (Nota de campo, 2012).

La enfermera sabe que dar ciertos privilegios conlleva otorgar mayor poder a la favorecida, lo que puede no ser conveniente en la organización de la sala para quien ejerce el poder real. El privilegio que conservó Dora es su trabajo dentro de la sala ayudando a las enfermeras quienes, por su colaboración, le dan algo de dinero.

–Trabajo en la sala. Hago los mandados, limpio la sala, la ayudo a la enfermera a la noche... –me cuenta Dora (Nota de campo, 2011).

Las galerías de los laterales de la sala son utilizadas durante el día por las internas: allí suelen reunirse, tomar mate y escuchar música. Si el tiempo acompaña, las enfermeras eligen este espacio para merendar, aprovechando el sol que da por la tarde. La mayor parte del tiempo están allí las internas consideradas “más profundas”, es decir, aquellas que necesitan más asistencia por sus dificultades motrices. Las internas consideradas de “mejor nivel” se encargan de llevarlas allí y luego ingresarlas a la sala. Bajo las órdenes de enfermería y bajo su observación, algunas internas ayudan en el desplazamiento de las internas en silla de ruedas. Esta tarea la asumen de forma cotidiana y sin cuestionamientos:

“Celia da la orden de que entren a las “chicas” de la galería. Son aproximadamente 15. Narina, Inés y Carla ayudan a entrarlas a la sala. Pasan con las sillas de ruedas y las van entrando una a una. Pero unas

cuatro permanecen afuera hasta que Celia pega un grito de que entren a las que faltan y obedientes van a buscarlas” (Nota de campo, 2012).



Foto 21. *Galería Sala 2*

La sala del comedor consiste en un espacio amplio donde se distribuyen mesas de madera con largos bancos sin respaldar. En una pared cuelga en lo alto el televisor que es utilizado en diferentes momentos del día. El comedor se comunica con otra sala llamada la Estufa, por un lado, y por el otro, con una pequeña cocina y una salita con baño que utilizan las enfermeras. El espacio que ocupa el comedor tiene ventanas que dan hacia el exterior y otras hacia el *hall*.

El comedor es utilizado para las cuatro comidas del día: el desayuno, el almuerzo, la merienda y la cena donde las internas suelen ocupar siempre el mismo sitio. Además de las comidas, las internas utilizan el comedor durante el día para realizar diferentes actividades como leer, escribir, ver televisión, tomar mate, o tan sólo permanecer allí sentadas.

La Estufa es una sala comunicada con el comedor que se llama así porque anteriormente había una estufa. Tiene ventanas y una puerta que comunica al exterior sobre un lateral de la sala. Allí hay bancos donde suelen estar las internas consideradas “profundas”. Una puerta de rejas la separa con el comedor. Dentro de esta sala hay un pequeño cuarto que se llama “Sala de contención”. Esta habitación

dispone también de una puerta de rejas, no tiene ventanas y en su interior apenas hay espacio para una cama. Existe una segunda sala que cumple la misma función a la que se accede desde el internado. Ésta también contiene sólo una cama, pero es un espacio de mayores dimensiones, tiene ventanas que dan a la galería exterior aunque con vidrios opacos y una puerta de madera con una ranura en la parte inferior. La puerta se cierra y se bloquea retirándole el picaporte que queda apoyado sobre un roperito que está a su lado. A diferencia de la otra sala, aquí no puede verse el interior una vez cerrada la puerta. El uso de estos espacios son analizados en el capítulo siguiente.

3. El comienzo de la función

La institución impone horarios y rutinas a lo largo del día, lo cual insta un ritmo y regula los tiempos de las diferentes actividades. Para producir cuerpos dóciles (Foucault, 2002) y obedientes, la disciplina controla la actividad a partir del empleo del tiempo. Para ello establece ritmos, obliga determinadas ocupaciones y regula los ciclos de repetición. Cada actividad cotidiana se lleva a cabo en diferentes lugares de sala, haciendo un uso particular del espacio.

El día en la sala comienza entre las 6 y las 6.30 h de la mañana. En ese horario cambia el turno enfermería. Mientras las internas se van levantando, la persona encargada de la limpieza inicia sus labores en los dormitorios.

Las internas se dirigen a la Estufa donde las enfermeras las cambian o le dan la ropa para cambiarse si éstas pueden hacerlo por sí mismas. Aquellas que no controlan esfínteres son primero bañadas. Una vez vestidas, las enfermeras reparten la medicación y las internas se acomodan en el comedor esperando el desayuno.

Como se verá a lo largo de la rutina diaria descrita, la medicación acompaña a las principales comidas del día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) marcando el mismo ritmo. La medicación que se suministra a las internas en la Sala 2 está indicada por el personal médico en la historia clínica de cada paciente. Esta medicación puede ser de tipo clínica o psiquiátrica. No todas las internas reciben medicación psiquiátrica. Una enfermera es la encargada de prepararla por

cada turno. La preparación consiste en volcar los medicamentos en una caja compartimentada según el tipo de medicamento del que se trate. De allí, suministrar las píldoras a cada interna siguiendo las indicaciones plasmadas en unas pequeñas cartulinas. Las píldoras se dan acompañadas de un dulce que está dentro de un tarro. La enfermera mete la cuchara en el tarro para tomar un poco del dulce, coloca encima la/s píldora/s luego de consultar una de las cartulinas y la lleva a la boca de la interna correspondiente. La enfermera recorre la sala en busca de las internas para darle a cada una su medicación. Tanto por el momento en que es dada (junto a las comidas), como por la forma (con el dulce), la medicación puede asociarse a un alimento.



Foto 22. Caja de medicación

La medicación forma parte de la rutina de la sala y las internas están habituadas a su toma. La medicación establece un tipo de relación de sumisión ante el poder médico. Es decir, aceptar la medicación implica aceptar el poder institucional y negarse a su toma es una forma de confrontarlo:

“Checha entra gritando que extraña y quiere irse a su casa, pregunta si

cuando haga calor se va a ir. La enfermera le pide que se calle o no le va a dar medicación: *-No, no, no -dice Checha -dame, dame. Checha quiere tomarla. -No le gusta que no se la den -me aclara la enfermera*” (Nota de campo, 2010).

La medicación ofrecida como don, en el sentido maussiano, traza relaciones entre las internas y las enfermeras; pero se establece una relación entre el dar y el devolver no es de reciprocidad sino de sumisión. La parte que da, aumenta o mantiene su poder, mientras que la que recibe sólo puede devolver obediencia. La aceptación de la medicación e incluso sentir como un castigo que no se la den, puede entenderse en términos hegemonía, es decir, de una autoridad que es obedecida. Como señala Juliano (1992: 88) “el ideal de todo grupo detentador de poder es imponerse con la aceptación -aunque sólo sea pasiva- de los subordinados”.

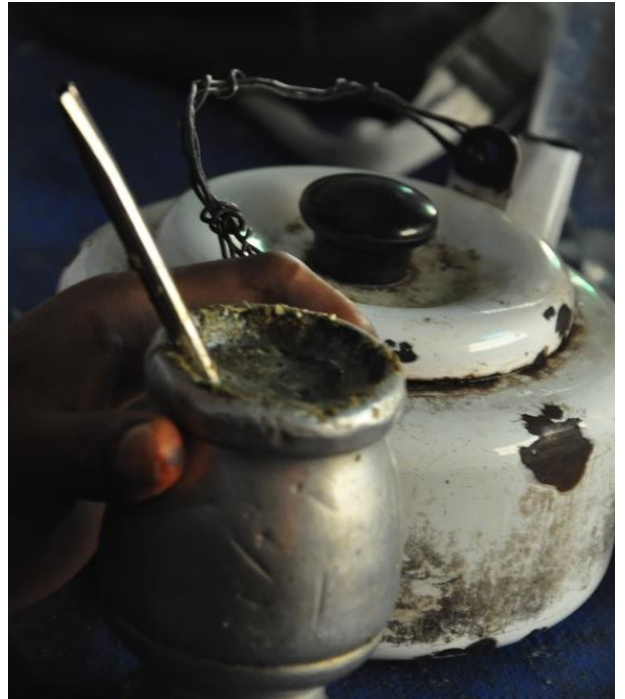
A las 8 h llega el camión de la cocina que trae la comida. Ingresando marcha atrás por el camino que desemboca en la puerta principal de la sala, de modo tal de poder abrir sus puertas traseras para bajar las grandes bandejas de metal con el desayuno. Las internas esperan en el comedor a que les distribuyan la comida.

Una vez finalizado, algunas internas regresan a dormir, otras van a la Escuelita del hospital, mientras otras deambulan por la sala o se sientan en el *hall* o fuera de la sala. La actividad por excelencia a lo largo del día es tomar mate, generalmente en grupo. Las internas con mayor autonomía tienen su equipo de mate, yerbera y algunas incluso pava. En la sala reciben las provisiones necesarias: las enfermeras guardan en uno de sus box bajo llave la yerba y el azúcar que se les reparte junto con el tabaco y el papel para armar cigarrillos. Llegado el día de la entrega de provisiones, las internas que se amontonan impacientes en la puerta del box. En este momento de repartija, las internas que lo demanden recibirán la fracción que les corresponda, la cual deberán saber administrar hasta el próximo aprovisionamiento. El abastecimiento de estos productos corre por cuenta del área del hospital llamada “Depósito” desde donde se distribuye a las distintas salas de Salud Mental. En los meses en que Depósito no logra cumplir con estas provisiones por falta de recursos, se recurre a la cooperativa del hospital para suplir el stock faltante, generalmente de azúcar y yerba.

El azúcar, el tabaco y la yerba son tres elementos que cumplen un papel importante en la estructuración del tiempo libre, entendiendo por éste, al tiempo que no está organizado formalmente por la institución. Por ello, estos insumos, en especial los del mate, constituyen un bien muypreciado. Tomar mate, costumbre cultural muy difundida en el país, se constituye en una rutina central en el día a día de estas mujeres. Mañanas y tardes se ocupan tomando mate en alguna “ronda”, en distintos lugares de la sala, en el parque del hospital o en la Escuelita, en la que participan internos de otras salas. Quienes disponen del “equipo de mate” comparten con quienes no lo tienen. La reunión en torno al mate tiene también un rol importante en la socialización dentro de la institución en la medida que les permite compartir con otros internos y crear vínculos con ellos. Pero también toman mate solas, en algún rincón del hospital.



Foto 23. Preparando el pucho



Fotos 24-27. *Mates, pavas y yerberas*

A media mañana, se reparte una colación sólo para aquellas mujeres que necesiten un refuerzo alimentario. La enfermera las busca una a una y se las entrega:

“La enfermera reparte las colaciones de media mañana. A Marcela le da un vasito con la colación. Ella se queja de que no ve y llorisquea un poco. La enfermera la anima y le recuerda que ella sabe comer sola. Marcela comienza a comer luego de su protesta mientras a Narina le dan una banana (Nota de campo, 2011).

La alimentación diferenciada permite atender a las necesidades particulares de cada interna. En este caso, la enfermera cumple un rol importante respetando y sosteniendo la autonomía de Marcela para que ella se alimente sola.

Por la mañana también se suele lavar la ropa que no va al lavadero. Las enfermeras ayudan y supervisan estas tareas. Esta actividad tiene lugar en lo que era el “departamento”, que es un espacio adecuado para la tarea, por ser de acceso restringido, contar con agua corriente y estar comunicado directamente con el exterior donde pueden colgar la ropa recién lavada.



Foto 28. Traen ropa lavadero

Otra actividad de la sala en la que participan las internas es tender las camas por la mañana y por la tarde después de la siesta. Colaborar con esta tarea es valorado positivamente por ellas. En cambio, no hacer ninguna actividad de colaboración es percibido negativamente. Carmela me dice:

–“Pongo frazadas todos los días. No me gusta estar todo el día de vaga. Después me pongo a escribir” (Nota de campo, 2010).

“Emilia, Mónica y Silvia me cuentan que ellas se encargan de tender las camas a la tarde y a la mañana lo hace Beatriz. Me dicen que Lucrecia es una vaga, porque no quiere hacer nada” (Nota de campo, 2011).

No colaborar en la sala cuando se tiene la posibilidad de hacerlo es considerado “vagancia”. “*Ser vaga*” o “*estar de vaga*”, es una categoría negativa que descalifica a las mujeres que no muestren conductas solidarias con sus compañeras y con la vida en la sala en general. La colaboración se construye como una obligación moral en la medida en que están comprometidas con la organización diaria.

Antes de que llegue la comida del mediodía se vuelve a repartir la medicación repitiendo el mismo ritual. Entre las 12.00 h y las 12.30 h regresa el camión de la cocina para dar inicio al almuerzo. La camarera baja las bandejas con la comida, a veces junto al chofer y a un interno de otra sala que colabora en el reparto. Las internas se dirigen al comedor y se llama a las distraídas que no se han enterado que ha llegado la comida. Si alguna se ausenta por algún motivo, las enfermeras le guardan su ración. Enfermería ayuda a la camarera a servir la comida y ayuda a comer a las internas que lo necesiten. También las internas se ayudan entre ellas, llevando el tenedor a la boca de quienes no pueden hacerlo por sus propios medios. La dieta es diferencial para aquellas internas que tengan alguna restricción alimentaria ocasionada por patologías como la diabetes o por dificultad para masticar alimentos sólidos, por ejemplo. En muchas ocasiones las internas se quejan de que no les gusta la comida que les llevan.

Luego del almuerzo, la persona encargada de la limpieza arregla el comedor. Algunas internas van a la cama a dormir una siesta, otras salen a la galería al sol o permanecen por algún lugar de la sala. Hay quienes vuelven al comedor una vez limpio, donde charlan y toman mate. En ese momento, la sala es muy silenciosa. Las puertas del ingreso suelen cerrarse ya que no circula gente en ese horario. El ritmo se vuelve más tranquilo en todo el hospital donde el funcionamiento más intenso tiene lugar por la mañana.

En las horas posteriores a la comida, las internas demandan menor atención por parte de las enfermeras, por lo que éstas pueden dedicarse a otras tareas: preparan la ropa para después del baño y baldes con agua y champú. También organizan la medicación que darán junto con la merienda, mientras toman un descanso y unos mates. Alguna interna ayuda a realizar el “picado”, que consiste en

cortar con las manos el pan en trozos muy pequeños, que será servido en la merienda con la leche.

A las 16 h llega la camarera con la leche para merendar y el alboroto comienza nuevamente. Si el clima lo permite, comen en la galería; sino, se merienda en el comedor. Quienes dormían la siesta se levantan y se reúnen con las demás internas. Mientras tanto, se reparte por tercera vez la medicación.

Cada 15 días, por la tarde, acude a la sala una peluquera para cortar el cabello de las internas. Enfundada con un delantal, unos guantes y una cofia, la peluquera comienza su labor. Las internas se aproximan a ella y esperan su turno. Se coloca una silla en el centro del *hall* de ingreso y se sienta la primera. El corte lo realiza con máquina que regula en 0, 1, 2 o 3 (siendo 0 el más corto y 3 el más largo). Mientras esperan, algunas internas consultan a las enfermeras si deben cortárselo y éstas analizan caso por caso.

A algunas internas les llama mucho la atención mi pelo largo. Lo agarran, lo tocan y me dicen que es lindo. Es que ellas suelen tenerlo muy corto. Tanto es así que se transforma en un elemento de su *identidad social* (Goffman, 2003), un rasgo más entre los que puede identificarse a un paciente de un asilo (por eso mi abuela, retomando la introducción de este trabajo, al cortarse el pelo demasiado corto estaba adoptando un rasgo estigmatizador que caracteriza a este grupo). Este corto demasiado corto obedece, por un lado, a cuestiones de higiene. El corte contribuye a la prevención de la pediculosis que en varias ocasiones ha sido problemática en la sala. En las instituciones totales, dice Goffman, "...si se considera que algunas partes del cuerpo pueden dificultar su eficiente manejo, es posible resolver el conflicto a favor de la eficiencia. Parar mantener limpias las cabezas de los internos y clasificar fácilmente a sus propietarios, lo más eficaz resulta raparlas completamente, aunque perjudique el aspecto físico" (2007:88). Es decir, las cabezas rapadas responden a una lógica práctica que facilita el trabajo de las enfermeras. Sin embargo, la cabeza rapada puede interpretarse como una *disminución del yo* como señala Goffman (2007:57). Por ello, el largo del cabello es un asunto de debate entre el personal. En una época hubo un cartel pegado en el box de enfermería donde se indicaba el número de corte del cabello (de 0 a 3 en la escala de la máquina afeitadora) según el grado de afectación de la patología. Es decir, a mayor afectación (menor autonomía), menor el largo. En esta escala de la

máquina afeitadora se van borrando de 3 a 0 las subjetividades de las internas que se objetivan en un manejo burocrático de los cuerpos.

En esta discusión sobre el largo del cabello, parte del personal insiste en la importancia de que las internas que salen de la institución puedan llevarlo más largo contribuyendo con ello a su imagen personal en la presentación social. El cartel parece reflejar estas pugnas internas conformando la materialización de esas negociaciones entre el personal. Pero entonces llega Alicia para hacer trizas esta frágil política subjetivadora que busca salvar su imagen. Si bien ella sale con frecuencia de la institución (asiste a la escuela y suele ir a visitar a su familia) cuando llega su turno, le pide a la peluquera que se lo corte bien corto, casi rapado, a pesar de que parte del personal quiere que lo tenga más largo. *-Me gusta así* -nos dice, mientras se ríe, en actitud desafiante, casi burlándose de nosotras (yo también quiero que se lo deje más largo). Alicia tiene la posibilidad de elegir, pero muchas de sus compañeras de sala no pueden hacerlo y deben llevarlo igual que ella: estar casi peladas.



Foto 29. Corte de pelo

Luego de la merienda, llega el momento del baño. Los días lunes, miércoles y viernes se realiza un baño general, es decir, se bañan todas. Los demás días sólo

quienes quieran y/o lo necesiten por falta de autonomía para el aseo personal. Quienes se bañan solas, pueden hacerlo por la mañana, como lo hacen las hermanas Javiera y Luz antes de ir a la escuela especial a la que asisten fuera del hospital:

“Javiera pide permiso a la enfermera para bañarse. Ésta le responde que le va a buscar la ropa (que se pondrá luego del baño)” (Nota de campo, 2012).

Esta dinámica del baño es muy distinta a la del baño colectivo:

“Me voy a la sala y allí me encuentro que es el momento del baño. Las enfermeras están en la parte de atrás de la sala, muy cerca del baño. A su alrededor hay muchas internas. Algunas están desnudas esperando su ropa o su turno para entrar a la ducha. Claudia pasa con Melina en la silla de ruedas hacia el sector de la “Estufa”. La sienta en el banco. El lugar está vacío y el piso está recién baldeado. Le pregunto si la va a cambiar y me dice que no, que la van a bañar [...] La jefa de enfermería está en la galería, pidió que le manden una silla de ruedas para llevar a bañar a una paciente. Como hace calor decide bañarla en la galería misma. Para ello utiliza un balde con agua, champú y unas esponjas. También aprovecha y la rasura. La ayudan Beatriz, Claudia, Narina y Carla llevando a las internas al baño, lavándolas, acompañándolas hacia algún lugar de la sala o vistiéndolas. Las enfermeras buscan la ropa y guardan la ropa sucia, mientras ellas se visten. A la tarde son sólo dos las enfermeras” (Nota de campo, 2012).

Luego del baño de la tarde deben cambiarse de ropa. Una vez vestidas, las enfermeras descansan tomando mate una hora aproximadamente. Hasta que nuevamente retoman la actividad con la preparación de la medicación y la llegada de la cena. La cena se sirve a las 19 h y repite el ritual del almuerzo. Llegan desde la cocina con las bandejas y se reparte en el comedor. Cuando terminan de comer, salen del comedor al *hall* donde se reparte la medicación por última vez en el día y las desvisten una a una para ponerles el camisón. Enfermería guía y ayuda en la tarea y a medida que están listas se van a dormir. Algunas internas permanecen un

rato más en el *hall* charlando entre ellas o con las enfermeras o en el comedor mirando televisión hasta que cambie el turno de enfermería y las últimas se van a dormir.

De este modo, la vida cotidiana en la sala se establece a partir de una rutina formal que instala lo habitual dentro. Su organización se lleva a cabo a través de horarios y tareas ejercidas desde distintos roles y jerarquías. Por su presencia permanente en la sala, son las enfermeras las principales encargadas de poner en funcionamiento esta rutina. Una enfermera nueva me cuenta que, por lo general, las enfermeras empiezan a trabajar en el hospital por el área de Salud Mental a modo de “pagar derecho de piso”²⁷, hasta poder pasar al área de Salud Pública. Según me dice, le gusta el trabajo en la sala pero le gustaría “practicar más enfermería”, ya que el trabajo aquí es diferente. El trabajo en Sala 2 está más relacionado con prácticas asistenciales que podemos denominar como “cuidados domésticos”. Es decir, el cuidado de la salud asume aquí las características del ámbito doméstico relativo al cuidado de los cuerpos: corte de cabello, comida, baño, vestimenta, sueño, medicación, etc. Estos cuidados pueden asociarse a los procesos de autoatención que Menéndez (2012a) caracteriza como cotidianos y parte estructural del funcionamiento de todo sujeto y grupo. La institucionalización conlleva que estos procesos queden bajo la lente de la medicina donde las enfermeras organizan, coordinan y supervisan estas actividades diarias de autocuidado. En este espacio que se constituye entre el hogar y el hospital, el *cuidado lego o profano* (Haro, 2000) de la salud, que incluye también el cuidado de la sala y de sus pertenencias, queda subsumido en el cuidado profesional que presta la institución.

²⁷ Esta expresión da cuenta de la situación de las personas nuevas, por ejemplo en un puesto laboral, que antes de acceder a posiciones más deseadas o favorables deben primero pasar por otras situaciones más valoradas a modo de ganarse el privilegio al que aspiran.

CAPÍTULO 4

EL ENCIERRO A PUERTAS ABIERTAS

-Salir y entrar en escena-

El encierro a puertas abiertas es una contradicción en la que la institución está sumida y que debe resolver día a día. A veces, sus puertas se abren más. Otras, se cierran al extremo, casi herméticamente. Esta metáfora del movimiento de sus puertas, que se abren y se cierran, permite vislumbrar prácticas de encierro pero también de apertura y participación social propiciadas por la misma institución. La institución no debe ser entendida como un bloque homogéneo y coherente. Por el contrario, está conformada por tensiones en su interior y por heterogeneidades que tensionan las prácticas.

En este capítulo analizo dos espacios institucionales donde tienen lugar prácticas diametralmente opuestas. Por un lado, prácticas que podemos reconocer como *mortificantes del yo*; por el otro, prácticas que hemos llamado *revitalizantes del yo*. El primero de estos espacios son las “Sala de contención” o “calabozo” ubicadas dentro de la Sala 2. El segundo, es la Escuelita del hospital emplazada en el predio de la institución. En ambos espacios se inscriben prácticas con tendencias opuestas. Por un lado, un movimiento que tiende hacia el interior de la institución, reforzando sus tendencias absorbentes (Goffman, 2007) y manicomiales. Por el otro, un movimiento que tiende hacia el exterior, buscando traspasar los límites institucionales para que las mujeres ocupen y circulen por otros espacios. El primer movimiento podemos identificarlo con lo Martínez-Hernández (2013) denomina “estar *fuera* de escena” mientras que el segundo podemos entenderlo, de modo inverso, como un “*entrar en escena*”, salir de la periferia.

1. La Sala de contención o Calabozo: escenas del encierro

Dentro del hospital, y en sus proximidades, es habitual encontrarse con los internos: por el parque van a hacer un recado que le han solicitado en la sala, trabajan en algún sector del hospital, cuidan los autos estacionados a cambio de monedas, van al quiosco a comprar algo o simplemente deambulan, permanecen sentados o apoyados contra una pared pasando el rato. Esta circulación implica transitar espacios que son compartidos con el área de Salud Pública y también por espacios exteriores a la institución, como el barrio o el centro de la ciudad.

La errancia de la locura, es decir, la deambulaci3n de un lugar a otro sin rumbo fijo fue se~alada por distintos autores, como se~alan Ferreira y Mart3nez-Hern3nez (2003). El modelo asilar contiene el problema errante de la locura pero 3ste no desaparece sino que se reproduce en su interior (Mart3nez-Hern3nez, 2013). Uno de los argumentos que sostiene este cap3tulo, es que no s3lo esa movilidad es la que se reproduce en su interior sino que tambi3n se reproduce un segundo y un tercer encierro. Es decir, luego del primer encierro en el hospital, la movilidad tambi3n es controlada en el interior de la instituci3n imponiendo nuevos l3mites a la circulaci3n. Ello se lleva a cabo en la sala de internaci3n psiqui3trica, la Sala 2, y en la Sala de contenci3n. Este sistema de encierro tiene una estructura conc3ntrica, donde un espacio de encierro est3 contenido en el otro.

Si bien el hospital se define como de “puertas abiertas” haciendo referencia con ello, al hecho de que no hay medidas de seguridad que impidan la salida de los pacientes, para salir del hospital y, en algunos casos de la sala, las internas deben tener autorizaci3n del equipo del Servicio de Psiquiatr3a, de enfermer3a o del juzgado. Cuando esto no ocurre se dice que “se escap3” un paciente o que “se fug3”. Atravesar los l3mites del hospital puede ser un acto de transgresi3n en muchas ocasiones, o motivo de preocupaci3n para el personal de porter3a o los polic3as de la entrada, quienes solicitan a la sala que busquen a la interna. El regreso a la sala puede ocurrir espont3neamente o mediante alguien encargado de traerla de vuelta. Como veremos, distintas pr3cticas transforman a la instituci3n en un lugar de encierro a puertas abiertas.

“Cuando llego al hospital me encuentro con Gloria que estaba descalza en la Porter3a, fuera del hospital. Le pregunto que hace all3 y si viene a la sala conmigo. Me pide dos pesos para comprar puchos. Le doy los 75 centavos que tengo en el bolsillo y con ellos se va al quiosco. Yo ingreso al hospital y camino a la sala me cruzo con Pamela a quien han mandado a buscar a Gloria (N. de campo, 2012).

No todas las internas son llevadas devuelta a la sala por estar en Porter3a. Por el contrario, la presencia en este lugar de algunos internos de distintas salas es habitual y casi permanente. Pasean por all3 o simplemente se apoyan sobre un

muro o pasan la tarde sentados, juntando monedas. Pero a Gloria, como a otras internas, la tolerancia es baja y se llama rápidamente a la sala para que las conduzcan allí de vuelta. En el caso de Gloria, ello puede deberse a la reputación que se ha forjado: en una ocasión se ha ido de la institución hasta la ruta donde un transportista que la recogió y la llevó hasta otra ciudad. También sufrió una fractura de cadera por caerse desde un pabellón abandonado cuando deambulaba por el hospital. Al verla descalza, en Portería interpretan que se ha escapado de la sala por no estar en condiciones de vestimenta apropiadas para salir. Estamos ante un control social basado en la mala reputación (Goffman, 2003). Esta medida restrictiva de volver a la sala puede complejizarse según como negocie con enfermería la indicación. Si se resiste a ella o entorpece el trabajo de las enfermeras puede terminar en la Sala de contención. Es decir, los cuerpos de estas mujeres, que vagan de una parte a otra de la sala, del hospital o de la ciudad, son controlados en última instancia con la Sala de contención.

La Sala de contención implica una reducción de la movilidad de la interna y se utiliza para marcar una limitación de los espacios de circulación: no se puede transitar “generando interferencias” por determinados sectores del hospital, como en Cirugía, Guardia médica, Portería, o no se puede salir de la institución en cualquier momento o sin autorización. Estar *fuera de escena* es una situación que puede observarse en diferentes circunstancias y recrearse constantemente en diferentes contextos. Si bien el hospital funciona como un *fuera de escena* de la sociedad, esta categoría aparece también hacia el interior de la institución, en la definición de los límites de los espacios transitables y no transitables, donde la Sala de contención se configura como el último confín para estas mujeres.

Las Salas de contención se utilizan, siguiendo el discurso médico-psiquiátrico, para llevar a cabo el “aislamiento terapéutico”. Larraz (2007) lo define como “la ubicación del paciente en una habitación cerrada, destinada a la separación de su entorno” y lo ubica dentro de una serie de medidas restrictivas que se utilizan en la hospitalización psiquiátrica. Las otras son: la sujeción o contención física, la observación-permanencia en sala de hospitalización, el tratamiento médico forzoso y las restricciones de la comunicación con el exterior.

Un espacio similar existe en algunas salas del área de Salud Pública llamadas “Salas de aislamiento” que se utilizan para alojar a algún paciente en

solitario cuando su cuadro clínico lo requiera como medida preventiva, por ejemplo, para evitar contagios. En cambio, en las salas de Salud Mental, la indicación psiquiátrica para esta medida terapéutica es en “cuadros de importante desorganización conductual o disgregación psíquica, en el que es necesario una reducción temporal de estímulos externos” (Larraz, 2007:17). De este modo, el encierro es utilizado a modo de dispositivo terapéutico o “tratamiento moral” lo cual, como señala Amarante (2009), es una idea pineleana que no está superada en nuestros días.

Larraz continúa señalando que el aislamiento terapéutico es “una medida menos restrictiva que la sujeción y se debe aplicar previamente, a fin de evitar aquélla, y siempre que el estado de la persona lo permita” (2007:17). Esta medida, sostiene, requiere indicación y revisión médica continua, duración del tiempo mínimo estrictamente necesario, el espacio físico debe reunir las condiciones adecuadas para garantizar la seguridad y al mismo tiempo procurar el máximo confort de la persona y deben tomarse medidas de acompañamiento y control del personal de enfermería.

En varias ocasiones escuché que las internas utilizaban la palabra “calabozo”: me contaban que habían estado en el “calabozo” o que alguna de ellas estaba allí²⁸. Le pregunté a la enfermera cuál era el calabozo del que tanto me hablaban. Sorprendida, me respondió con mucha seriedad:

“-Acá no hay ningún calabozo, hay Sala de contención pero no le decimos calabozo” (Nota de campo, 2010).

En el discurso de las internas, las Salas de contención se transforman en “calabozos”. Yo no estaba segura de si se trataba exactamente del mismo lugar o no, por lo que formulé la pregunta con mucha ligereza sin tener en cuenta el peso de la palabra. Recibí una respuesta con tono seco como si la estuviera acusando de tener allí una prisión. Llamar a este espacio “calabozo” es tolerado de la boca de las internas, pero enunciada por otro actor social puede ser muy molesta. De esta

²⁸ Balzano (2007) también registra el uso del término “calabozo” en los internos de la Colonia Montes de Oca.

manera, “Sala de contención” y “calabozo” emergen como dos categorías diferentes que se enuncian desde dos discursos opuestos para nombrar el mismo espacio.

En este caso, los modos particulares en cómo se utiliza la lengua, permite entender las distintas representaciones de los lugares y la definición de las prácticas sociales que tienen lugar en ellos. La palabra *calabozo* puede ser entendida como parte de una “jerga institucional” que se elabora en las instituciones totales, señala Goffman (2007:62), y que sirve a los reclusos de vehículo para describir los acontecimientos cruciales en su mundo particular. La palabra *calabozo* enuncia explícitamente los propósitos del encierro: el castigo. Siguiendo a Scott (2003:218) el eufemismo puede entenderse como una de las técnicas de resistencia empleadas por los dominados para disfrazar un mensaje lo mínimo indispensable para evitar represalias. Pero aquí se daría el caso contrario. La palabra “calabozo” se enuncia como un contra-eufemismo, es decir, como una palabra de carácter despectivo que denota una realidad mucho más dura que aquella que acarrea la denominación oficial de “Sala de contención”. “Calabozo” hace una denuncia explícita; crea una metáfora carcelaria que señala una falta de libertad propia de las prisiones. El contra-eufemismo enunciado por las internas permite una producción de verdad. Esta libertad enunciativa puede relacionarse a la condición de “paciente”, y por tanto de “loca”, “sin razón” o “retrasada”, lo cual quita crédito a lo enunciado. De esta manera, podemos afirmar que los discursos desacreditados son menos censurados. Aún cuando lo que digan no valga mucho debido a un diagnóstico estigmatizador, al mismo tiempo pueden sacarle provecho a esta situación hablando libremente.

Si bien la enfermera me dijo que no utilizaban la palabra *calabozo*, en algunas ocasiones también la escuché en boca del personal de enfermería pero sólo cuando estaban en diálogo con alguna interna y no hacia otros actores. El personal se apropia de esta palabra para regular los comportamientos de las internas, de modo de volver más tangible la amenaza del encierro. Este fenómeno en las instituciones totales es descrito en los mismos términos por Goffman: “El personal, especialmente el de nivel subalterno, conoce este lenguaje (la jerga institucional), y lo usa para dirigirse a los internos, aunque vuelva a usar un habla más corriente en su trato con los superiores o con los extraños” (2007:62).

Por otro lado, puede pensarse que es el discurso médico quien utiliza un eufemismo de modo tal de “disfrazar el mensaje lo mínimo indispensable para evitar represalias” de la sociedad, de la opinión pública. El eufemismo se vuelve un disfraz políticamente correcto de este espacio, una técnica de dominación mientras el contra-eufemismo, como dice Scott (2003), esa parte del arte verbal de este grupo dominado, se vuelve una técnica de resistencia. Scott (2003) designa como “eufemización” un lado del discurso público que funciona cosméticamente para embellecer aspectos del poder que no se pueden negar. Señala que siempre que en el lenguaje nos encontramos con un eufemismo significa que estamos frente a un tema delicado. El eufemismo se usa para borrar algo que se considera negativo y su función es, específicamente, borrar el uso de la coerción (Scott, 2003: 89). Al nombrar la sala de aislamiento como “calabozo”, las mujeres en posición subordinada rechazan el eufemismo oficial imponiendo su significado. Las internas renombran el espacio, con lo cual vuelven abierta la violencia.

Los usos de la Sala de contención que registré durante las observaciones y diálogos entablados en el trabajo de campo no necesariamente se ajustaban a lo descrito desde la psiquiatría como medida de restricción.

La Sala de contención de la Estufa durante un tiempo se utilizó para que Flavia durmiera por las noches. Se tomó esta medida para evitar deambule por la sala y despierte a las demás internas, situación que le resultaba difícil de manejar a la única enfermera que permanecía en el turno noche.

La Sala de contención del internado es prácticamente el dormitorio de Belén quien pasa allí también varias horas del día. Sale para comer y, a veces, luego de que desayunaron o almorzaron sus compañeras, para evitar que se escape cuando no la pueden controlar las enfermeras por estar ocupadas. Con esta medida más que evitar que Belén deambule por la sala como hacía Flavia, lo que se busca es que no salga de la sala y genere disturbios en otras zonas del hospital.

“Camino a Sala 2 veo que Belén viene corriendo hacia mí y la enfermera desde la puerta de la sala me grita que la frene. Pero yo no me animo a frenarla por temor a su reacción. Belén pasa corriendo a mi lado mientras la enfermera refunfuñando sale corriendo tras ella” (Nota de campo, 2014).

Mientras la rutina continúa en la sala, Belén patea la puerta, a veces grita. En otras ocasiones recibe la visita de su hermano que está ingresado en otra sala y se queda al lado de la puerta para hablarle.

“Ayer Belén, que estaba en la Sala de contención del internado, rompió un caño de gas. *La homicida* –me dice Micaela –*casi nos mata a todas*. Cerraron el gas y mantenimiento tiene que ir a arreglarlo” (Nota de campo, 2012).

Esta sala, a diferencia de la otra, no fue diseñada para alojar a una persona en condición de encierro. Fue la necesidad de tener otro espacio con estas características lo que llevó a adaptar a esta sala donde antes había mesas y sillas.

Por otro lado, la Sala de contención de la Estufa se utiliza para situaciones puntuales, relacionadas a los comportamientos de las internas que no son tolerados en la sala. Silvana y Rebeca son quienes con más frecuencia son encerradas allí:

“Silvana está castigada. Ayer estuvo deambulando por portería y por la Guardia médica pidiendo que le pongan suero. Le hicieron un SOS y la encerraron en la Sala de contención. No está atada en la habitación sino que la puerta tiene un seguro. Sale para comer junto a sus compañeras. – *Permanecerá allí hasta que se tranquilice* –me dice la enfermera. (...) Pero Silvana hoy no quiso tomar la medicación y dice que no piensa tomarla hasta que no la saquen de allí” (Nota de campo, 2012).

Cuerpos que se fugan, cuerpos indómitos, que no han podido disciplinarse y desconocen la autoridad con sus acciones son los cuerpos que se quieren controlar con la Sala de contención para hacer de ellos cuerpos dóciles. “Es dócil – señala Foucault (2002:140)– un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado”. La falla en los mecanismos disciplinarios da lugar al régimen punitivo. La disciplina procede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio. En el espacio urbano, los locos son desplazados al hospital. Pero aún allí se debe controlar la circulación descontrolada y difusa de los individuos. La negativa de Silvana de tomar la

medicación es su modo de negociar su libertad. Se someterá al poder pero no en este espacio de encierro.

Larraz (2007) señala que las medidas restrictivas no deben utilizarse para paliar un déficit del personal asistencial. A la vez que un mayor índice de personal ayudaría no sólo a reducir cuantitativamente el uso de medidas restrictivas, si no a ofrecer durante las mismas una atención más individualizada, un mejor acompañamiento y apoyo emocional, reduciendo además el impacto de la aplicación de las mismas cuando resultan necesarias (Larraz, 2007:19).

De este modo, la Sala de contención en ocasiones es utilizada para impedir que una interna se “escape”, es decir, que se vaya de la Sala 2 o del hospital. Es una medida que puede ser empleada tanto de manera preventiva del “escape” como para sancionarlo. Al día siguiente Silvana me dice:

“-Fui a Cirugía a molestar. La enfermera me relata que para ellas es muy difícil controlarla, por lo que muchas veces optan por encerrarla antes de que haga lío porque luego del baño es cuando se “escapa” estando las enfermeras ocupadas en cambiar a las otras internas o durante la comida cuando también están ocupadas dándoles de comer” (Nota de campo, 2012).

Lo que la institución califica de fuga o escape, para Rebeca tiene que ver con continuar la planificación de su día:

“Llega Micaela y me cuenta que Rebeca se escapó ayer para irse al centro y que la estuvieron buscando por todos lados. Rebeca dice que no, que no se fue al centro, sino que se fue al súper y que ahora se iba al quiosco, luego a la Dirección a buscar un muñeco que le van a regalar y que recién mañana va al centro” (Nota de campo, 2012).

“Rebeca se ha bañado y viene llorando a decirme que no la dejan salir, que hable con la enfermera para que la deje ir al quiosco. Sólo le han dado su ropa interior y una camiseta, de esa forma evitan que se vaya de la sala. Insiste una eternidad de veces para que hable con ella y la deje salir. Dice

tener \$5 y me los muestra. Su preocupación es que si no los gasta, alguien se los robará. Además, dice tener hambre que necesita comprarse algo. Pero la enfermera está enojada. Le recuerda que se escapó ayer y volvió cerca de las 9 de la noche. *Se tomó un remis que pagó con dinero que le dieron en una tienda del centro* –me cuenta Celia. Rebeca le promete a Celia que no se escapa más, pero Celia le recuerda que ella siempre hace lo mismo, le dice que se va al quiosco pero se va al centro. Celia bromea que la va a encerrar en la contención a ella, a la Dra. Z. y a mí. Rebeca llora. La calmo. Finalmente, Celia le dice que si hoy se porta bien le dará permiso para ir al quiosco. Rebeca acepta el trato. Pero al rato continúa insistiendo con irse y con llamar a su primo. Me trae a su oso Pandereta al que hace hablar conmigo cambiando la voz: “no me escapo más” (Nota de campo, 2012).

Al mes siguiente, registro:

“En la puerta de la sala está Silvia tejiendo. Sentada a su lado esta Rebeca, Javiera y otras internas. Rebeca me dice que está por llegar su primo. Le pregunto porqué se escapó el otro día. Me mira y me dice levantando su mano y moviendo el dedo índice de lado a lado: “no, no me escapo más”. Me cuenta que salió para ver a su madrina pero no la encontró y que al volver a la sala se fue directo a la Sala de contención. Le pregunto si le gusta estar allí. Me dice que no, con una expresión de desagrado en su cara, *–las chicas hacen pis y caca ahí*. Ahora está Silvana desde ayer” (Nota de campo, 2012).

Las salas de contención no están preparadas para alojar a una persona por mucho tiempo dado que ninguna de las dos dispone de baño. La utilización de estas salas para disciplinar malos comportamientos y para controlar a los internos que se escapan fue también observado por Malacrida (2005). La autora estudia las salas de aislamiento (llamadas en su trabajo “Time-out-room”) en una institución para personas con discapacidad intelectual en Canadá. Sostiene que la deshumanización de los internos es un proceso central en los rituales diarios de esa institución, lo cual se observa especialmente en las salas de contención. Malacrida (2005) sostiene que esta deshumanización de las prácticas al interior de la institución puede ser un fin en sí mismo, en la medida en que simplifican la tarea

del personal. Cuando las tareas diarias de atención son dirigidas a no-humanos, se vuelven superfluas las sutilezas de la privacidad, el respeto y la ternura, afirma la autora.

Basaglia (1983) subraya que las instituciones donde se internan a los enfermos mentales están regidas, no por una ideología de la cura, de la terapéutica, sino por una ideología punitiva, del castigo. Es la Sala de contención el espacio institucional que mejor encarna este precepto. En estas prácticas de encierro, la función punitiva se disfraza de terapéutica. La contención humana es reemplazada por una contención de muros donde se espera que el cuerpo se vuelva dócil.

Una enfermera me dice:

-A las pacientes no les gusta estar en la contención porque no pueden tomar mates con las otras pacientes. Perderse la posibilidad de estar con las otras charlando es lo peor para ellas.

Su comentario denota el valor que tiene para las internas el hecho de poder socializar dentro de la comunidad que conforman, vínculos que se constituyen en lo más importante de su cotidianeidad y que queda simbolizado en la figura del mate: tomar mate es compartir. Pero al mismo tiempo, el comentario oculta la faz de castigo que el encierro conlleva y lo poco grato que para una persona es estar encerrada en contra de su voluntad en un sitio en malas condiciones.

Estar “adentro” o “encerrado”, dice Goffman, son circunstancias que no tienen para el interno un significado absoluto, sino dependiente del significado especial que tenga para él “salir” o “quedar libre”. Las instituciones totales crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres (Goffman, 2007:26). Entonces, es a través del encierro como logran la tensión y, por lo tanto, el manejo de las internas al interior de la sala. La amenaza del encierro funciona como un modo de control social donde lo que está en juego es quedar fuera del mundo relacional.

Ahora exploraremos una práctica que en ocasiones se da en conjunto con el uso de la sala de aislamiento, que es aquella que la psiquiatría denomina “tratamiento médico forzoso”. Larraz entiende por tal a “la aplicación de las terapias generalmente farmacológicas, sin contar con la voluntad y aceptación del

paciente. Es una medida que se da al mismo tiempo que alguna de las anteriormente citadas. Además, en determinadas situaciones, el correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico permite reducir la duración temporal de las medidas restrictivas de carácter físicomecánico” (2007: 18).

“Llaman desde portería a la sala para avisar que Juana se escapó y que está en la terminal de ómnibus. Las enfermeras llaman a la guardia para solicitar la ambulancia para que la busque. Desde Supervisión de enfermería llaman a la sala preguntando cómo fue que se escapó Juana. Celia responde que ellas estaban ocupadas con la vacunación y dando la medicación y la otra enfermera se había ido con Silvana a odontología. No efectuaron la denuncia a la policía. Pasó más de una hora y no tenían noticias de la ambulancia. Al medio día llega el encargado del área de mantenimiento en su auto particular junto a dos policías y a Juana. Llamaron a la enfermera para que la baje del auto pero Juana no quiso bajar. Yo le dije que si bajaba podríamos llamar a su mamá pero no quiso. Tenía una flor en la mano. – ¿Esa flor?, le pregunté. El encargado de mantenimiento me dijo que se la había dado para convencerla de subir al auto, lo que le llevó aproximadamente 15 minutos. Pero Juana no quiere bajar. Grita que se quiere ir a otro hospital, a otro colegio donde está su novio. Insulta a Celia. Viene el encargado de la limpieza y ayuda a Celia a bajarla. Las otras enfermeras también se acercan. Logran a los empujones bajarla al suelo. Celia la contiene con el cuerpo. Le pide la silla de ruedas a la otra enfermera. Los policías miran, no intervienen. Logran sentarla en la silla y la llevan adentro de la sala. Atraviesan el comedor donde las pacientes están sentadas almorzando, pasan por la estufa y la llevan a la sala de contención. Una enfermera le saca las tres carteras que lleva colgando. La bajan de la silla y cierran la puerta. Juana se para y agarra la cadena donde va el candado. No se lo quiere dar a Celia. Las otras enfermeras fueron a buscar el SOS. Me quedo hablando con Juana. Me dice que le diga a Celia que la deje quedarse en la Estufa que no se va a escapar más. La camarera le trae la comida. Celia se la da y se la pone sobre la cama. Juana no quiere comer, dice que no le gusta el arroz. Le inyectan el SOS rápidamente, mientras ella

estaba parada al borde de la puerta. Están las tres enfermeras presentes. Juana no se quejó. Las enfermeras la dejan allí sola, y se van a servir la comida al resto de las pacientes” (Nota de campo, 2012).

Este tratamiento médico forzoso en la institución se llama *medicación S.O.S.* Ésta es indicada en la institución para las situaciones de excitación psicomotriz. La prescribe el médico psiquiatra, quien la deja registrada en la historia clínica de la paciente estableciendo el protocolo de actuación de enfermería. En cambio, en el discurso de las internas esta medicación es nombrada como la “*pichicata*”:

“Llegando a la sala, en la entrada está sentada Mónica, Silvia y Emilia. Me cuentan que ayer Mónica se portó mal, que casi le pega a una enfermera. Emilia le dice: *-Te van a pichicatear, le dijimos, pero ella se porta mal.* Silvia hace el gesto de la inyección en el trasero” (Nota de campo, 2012).

“*Pichicata*” es una palabra del lunfardo que proviene del italiano *pizzicata* (pellizco) y significa inyección, jeringa. Este nuevo par discursivo *SOS/pichicata* comparte una conceptualización común de los comportamientos inapropiados. Entre las internas sancionan sus comportamientos, recurriendo a la categoría “portarse bien” o “portarse mal”. Saben que las consecuencias de un “mal comportamiento” es ser medicada y/o encerrada. La palabra *pichicata* remite tanto a una práctica (la medicalización por intermedio de una inyección) como a un saber sobre lo que Goffman (2007) refiere como “meterse en un lío”. Con esta expresión Goffman alude a “...un complejo proceso en que el recluso se compromete en una actividad prohibida [...]; es descubierto y recibe algo así como el peor castigo” (Goffman, 2007:63). O sea, la palabra *pichicata* da cuenta del reconocimiento de un sistema de castigos. Es curioso que desde el discurso médico, la medicalización forzada se designe como un pedido de auxilio: S.O.S. Este pedido de auxilio emerge ante la “excitación psicomotriz”, es decir, cuando la alteridad del otro se vuelve insoportable.

Además, como parte de la *mortificación del yo* que las instituciones totales llevan a cabo, la *pichicata* y el *calabozo* pueden cumplir la función de “provocar en

muchos la impresión de encontrarse en un ambiente que no garantiza su integridad física” (Goffman, 2007:33).

Las categorías con la que ellas mismas evalúan su conducta el *portarse bien/portarse mal* pueden entenderse también en relación a al concepto de hegemonía: “Las sociedades estratificadas se fundan sobre el principio de la obediencia. El poder puede imponerse por la fuerza, pero se transforma en autoridad cuando es obedecido” (1992:88). El *portarse bien* es así obediencia, reconocimiento de la autoridad, mientras que *el portarse mal* da lugar a un poder que se impone por la fuerza.

Desde Basaglia (1972) el “mal comportamiento” puede interpretarse como una de las formas por las que el enfermo intenta, tal vez por la provocación, escapar a la objetivación en la cual se siente encerrado, y de la cual da testimonio en cualquier caso. Pero, en un hospital psiquiátrico hay una razón psicopatológica para cualquier acontecimiento, y cada acto tiene su explicación científica (Basaglia 1972:156). Esto se puede reducir a la fórmula: mal comportamiento = excitación psicomotriz = SOS/pichicata-Sala de contención/calabozo.

La reglamentación en el año 2013 del artículo nº14 de la nueva Ley Nacional de Salud Mental establece que no será admitida la utilización de salas de aislamiento. Tiempo después de reglamentada la nueva Ley Nacional de Salud Mental, muere una paciente en una Sala de contención en otro hospital de la provincia²⁹. Esta muerte pone a la luz el desfase existente entre las prácticas manicomiales y las nuevas normativas. En el hospital Ceballos, uno de los cambios que trajo aparejada la reparación de la Sala 2 fue la desaparición de las salas de contención. Pero ello no se debe a que se las haya eliminado, aprovechado con la reparación a demoler sus paredes, sino que las hicieron desaparecer cambiándole el nombre. Ahora se llaman “Salas de cuidados intensivos”. Este nombre emula a su homónimo en Salud Pública. Si consideramos la definición de cuidado que da Tronto (1994) como aquellas prácticas que tienden a mantener y reparar el mundo y que están guiadas por el reconocimiento de la necesidad del otro a quien se cuida y, si a su vez lo ponemos en relación con los usos descriptos, observamos que estamos frente a un nuevo proceso de eufemización. Pero esta vez, en mi opinión,

²⁹ Noticia publicada en el diario La Voz del Interior el día 04/09/2013 titulada “Tras la muerte de un paciente, piden el fin de las salas de contención”.

más perverso porque lejos de cuidar, están *mortificando al yo*. Mis observaciones no alcanzaron a registrar este momento del cambio, si siguen utilizándose o no, pero puedo suponer que mientras para la institución estos espacios cambiaron de nombre, para las internas siguen siendo unos simples “calabozos”.

Por otro lado, la medida restrictiva de la permanencia en la sala también es frecuente. Pero para lograrla sin recurrir a la sujeción o a la Sala de contención las enfermeras optan por negarle a la interna una prenda de vestir de la parte inferior del cuerpo. Durante mi trabajo de campo vi que Clarisa estaba solo con ropa interior y una camiseta. Le pregunté a la enfermera a qué se debía eso y me explicó que le había sacado el pantalón para que no se vaya al barrio donde toca los timbres de las casas pidiendo dinero. Yo no pude evitar reaccionar con enojo ante su respuesta marcándole que no era un trato digno el que le estaba dando. En nuestra sociedad actual, estar en ropa interior frente a otras personas si no es nuestro deseo es una situación degradante. Goffman (2007:33-34) entiende por indignidad física a todo reglamento, orden o tarea que obliguen al individuo a adoptar movimientos o actitudes que pueden *mortificar su yo*.

En este contexto, la técnica de observación participante me habilita a interactuar con los sujetos de mi estudio, pero, ¿hasta qué punto esta situación me confrontaba, y no será la única, con los límites de mi propio rol? Si bien yo me amparé en la jerarquía de mi profesión de psicóloga para hablar (para la enfermera yo era una psicóloga), en ese momento no cumplía ese rol. Entonces, ¿hasta dónde podía yo hacer y decir en el campo del otro desde mi rol de investigadora externa a la institución? Considero que en contextos de investigación donde la dignidad humana está en juego, ésta debe primar sobre cualquier otro interés, como en mi caso era el de registrar lo que sucedía en el campo. Pero si a cada situación indigna yo confrontaba las prácticas, corría serios riesgos de que me cerraran el campo. Por lo cual, creo que el investigador debe poder evaluar en cada caso hasta que punto puede observar sin intervenir, encontrar sus propios límites de trabajo, poder trabajar con aquello que pueda “digerir”, buscar el modo de regular las intervenciones para no afectar su investigación, pero señalar luego lo que se observó.

La reacción visceral es difícil de controlar en los contextos informales de la cotidianidad, dice Guber (2012), pero conviene no renunciar a sus enseñanzas. La

gran sorpresa fue para mí encontrar en mi diario de campo, en el momento de la escritura etnográfica, que ya había presenciado una escena de este tipo anteriormente, la de Rebeca (ver pág. 131), pero yo no había reaccionado de la misma manera. ¿A qué se debía ello? En parte, a que en la vez que reaccioné, fue en el contexto de la denuncia que se había realizado al hospital, en la cual se exponía el trato indigno dado a los pacientes, incluso comparando el hospital con un campo de concentración. De este modo, algo que es enunciado, una vez que está dicho, que es explícito, una vez que se han develado las prácticas, ya no se puede ignorarlas. Esta nueva sensibilidad social por las prácticas hospitalarias facilitó mi reacción, en la medida en que me sentí avalada, autorizada a hacerlo. Se volvió algo de sentido común. Pero también me molestaba que la enfermera continuara con los mismas formas de disciplina como si nada hubiera pasado. Me enfrentaba con ese lado rocoso, indestructible que tienen las prácticas manicomiales.

La enfermera operaba con una lógica práctica que justificaba su accionar. Estas racionalizaciones, dice Goffman, “tienen su origen en los esfuerzos para manejar la actividad diaria de un gran número de personas, en un espacio reducido, con poco gasto de recursos” (2007:56).

Estas medidas restrictivas de la hospitalización psiquiátrica pueden entenderse formando parte de otras prácticas más amplias, donde la locura es disciplinada y puesta *fuera de escena* (Martínez Hernández, 2013). Como señaló Foucault (2002:145), la disciplina ha distribuido a los individuos en el espacio ya desde el gran encierro.

Goffman (2007) señala que al mismo tiempo que se desarrolla el proceso de mortificación, al interno se lo instruye de un sistema de privilegios que le proporciona un marco de referencia para la reorganización personal. Ello son las “normas de la casa”, un conjunto explícito y formal de prescripciones y proscripciones, que detalla las condiciones principales a las que el interno debe ajustar su conducta. Ello se refleja en las categorías “portarse bien/portarse mal”.

La obediencia prestada, o sea, el reconocimiento de la hegemonía, puede recompensarse con privilegios. Los privilegios deben ser entendidos, siguiendo a Goffman (2007) como un sistema que incluye a los castigos. Éstos últimos se definen como la consecuencia del quebrantamiento de las reglas. Los castigos comportan la supresión temporaria o permanente de los privilegios (Goffman,

2007). El castigo por excelencia en la experiencia de la institucionalización es el encierro, lo cual transforma a la circulación libre por la sala, por el hospital, o por la ciudad en un privilegio, en lugar de ser un derecho ciudadano. Es un privilegio que hay que saber cuidar y ganarse. Los privilegios equivalen simplemente a una ausencia de privaciones.

El primer privilegio sería poder estar en la sala y, por lo tanto, no estar en la Sala de contención. Luego el privilegio de poder circular dentro de la institución, por el parque y otras salas, y finalmente, un nuevo privilegio lo constituye circular por la ciudad. Si lo graficamos como un estructura de círculos concéntricos visualizamos que mientras el espacio del círculo se va estrechando, el castigo va creciendo. Por ello, sostengo que la permeabilidad misma de la institución es la que está en juego en este sistema privilegio/castigo. Entre estos lugares se levantan barreras invisibles cuya apertura depende de este sistema.

Las restricciones de la movilidad y demás *mortificaciones del yo* descritas, tienen lugar como parte del proceso de atención y cuidado que ofrece la institución. Estas prácticas de cuidado, donde las enfermeras son protagonistas, distan mucho de considerar las necesidades de estas mujeres. Ello puede entenderse desde el “principio de doble fin” descrito por Buxó y Casado (2015:42), el cual refiere a cuando en el curso de una acción los agentes sanitarios se permiten causar un perjuicio para producir un buen fin que no es posible hacerlo sin dañar. Así, encerrar a una interna en la Sala de contención como forma preventiva del escape, les permite a las enfermeras atender a las demás internas a la hora de la comida o del baño. Del mismo modo, retirar una prenda de vestir les permite que una interna no abandone la sala sin tener que recurrir a la Sala de contención, lo que sería una forma más suave del encierro. Puede discutirse si lo que persiguen es un buen fin, pero lo que queda claro es que las enfermeras se hayan en medio de una demanda institucional que les es muy difícil de responder. El cuidado que se instaura en la sala está basado en una relación de sumisión y cuando estos cuerpos a ser cuidados no responden con docilidad son castigados para poder ser manejados. El concepto de la banalidad del mal, entendido como provocar daño sin que haya voluntad de hacerlo, permite comprender estas

prácticas³⁰. Pensar estas prácticas de encierro bajo el concepto de la “banalidad del mal” (Arent, 1999) permite comprender el accionar de enfermería. Más que estar guiadas por perjudicar y producir sufrimiento a las internas, responden a un accionar legitimado históricamente dentro de los asilos psiquiátricos. Resabios de viejas prácticas que aún perduran incuestionables y que producen un mal que no busca hacerse. Enfermería opera obedeciendo un protocolo de acción establecido en un orden jerárquico, el cual acatan y que, a su vez, se apropian de él haciéndolo suyo. Lo incorporan como el modo correcto de accionar ante determinadas disrupciones que son difíciles de controlar.

2. La Escuelita: una isla hormigueante

“Toda institución total puede representarse como una especie de mar muerto, del que emergen pequeñas islas hormigueantes de vívida y arrobadora actividad. Tal actividad puede ayudar al individuo a soportar la tensión psicológica habitualmente provocada por las agresiones contra el yo” (Goffman, 2007:78).

Como contrapeso de la restricción de la movilidad y las *mortificaciones del yo* que hemos reconocido en las prácticas cotidianas de la institución, existen diferentes lugares que emergen, utilizando la terminología de Goffman, como “islas hormigueantes de arrobada actividad”. Es decir, espacios que permiten *revitalizar al yo*, que dan lugar a la subjetivación de los internos. Estos son lugares relacionados con el aprendizaje y con la diversión estableciendo importantes nexos con el mundo social por fuera de las institución.

Uno de estos lugares al interior de la institución es la “Escuelita”, nombre informal y cariñoso con el que se llama a la Sección de Rehabilitación y Recreación del área de Salud Mental. Aquí las internas acuden diariamente. La Escuelita está situada en una edificación dentro del predio del hospital, a una distancia aproximada de 300 metros de Sala 2. El espacio físico donde se emplaza dispone

³⁰ Buxó y Casado (2015) estudian este concepto en las prácticas de cuidado en torno a las personas con diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer.

de dos salones amplios, con distintos sectores. Allí, las actividades tienen lugar por la mañana, en el horario habitual de trabajo de los profesionales del Servicio de Psiquiatría del cual depende. Su equipo de trabajo está constituido por un profesor de educación física, un profesor de recreación, una psicomotricista y la jefa que es psicopedagoga y profesora de educación inicial.

La Escuelita constituye un importante espacio de socialización tanto dentro como fuera de la institución. Dentro, la Escuelita ofrece un espacio de encuentro entre los internos que concurren de todas las salas del área de Salud Mental. Su funcionamiento está organizado en base a talleres: de estimulación psicomotriz, de educación física, de artes plásticas, de expresión corporal, de computación, etc. En estos talleres desarrollan distintas actividades de índole lúdicas, recreativas y educativas, tales como dibujo y pintura, confección de objetos a partir de materiales de desecho, deportes e informática. También se proyectan películas en una sala que han ambientado como un cine.



Foto 30. Sala de cine

Luego del desayuno, las internas llegan de forma espontánea y voluntaria a la Escuelita, cada una a su ritmo y a su horario. Las internas en silla de ruedas llegan con la ayuda de alguna compañera de la sala. Otras internas esperan a que sus novios de otras salas vayan a buscarlas para ir juntos a la Escuelita hasta la hora de la comida que vuelven a separarse. Gloria, que se ha lesionado la cadera

tras una caída, llega a la Escuelita tras una lenta caminata con su andador, una estructura de hierro que le permite sostenerse para caminar.

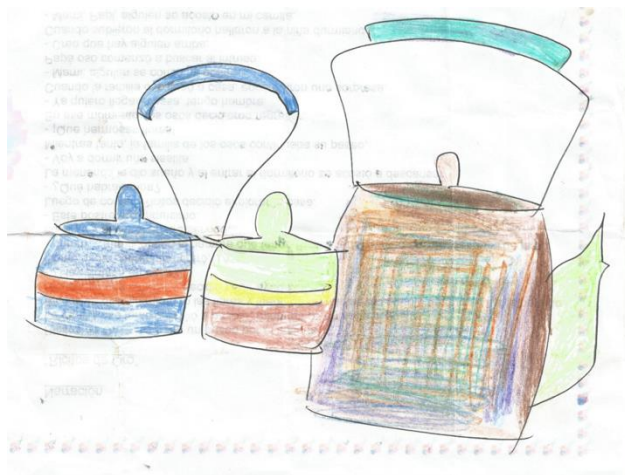
La modalidad de trabajo en la Escuelita es a partir de las capacidades y deseos de cada uno en el marco de las actividades ofrecidas, lo cual implica un espacio de creación y de expresión personal. Algunas internas demandan dibujos para poder colorearlos, otras participan de la venta de los objetos que producen y con lo cual obtienen algo de dinero, juegan al bingo una vez a la semana o ven una película. Incluso, algunas sólo van en busca de compañía, a escuchar música y tomar mates sin involucrarse con una tarea específica. En los días cálidos, los altavoces del equipo de música se colocan sobre la ventana para sacar el sonido, de modo tal que llegue hasta las mesas y bancos del parque de la Escuelita y se pueda escuchar desde allí. Sentados en estas mesas toman mates. En la Escuelita también se reparte yerba y azúcar a todos los que van, lo que permite a las internas incrementar el propio stock si el que reciben en la sala les es insuficiente. En principio, en la Escuelita se reparten estas provisiones una vez a la semana, luego del bingo a modo de premio consuelo. Pero como la demanda es constante, también se reparte durante la semana a quienes piden. El suministro de yerba y azúcar puede ser empleado como premio o castigo, a modo de regular las conductas:

Llegando a la sala me encuentro con Pamela que está sola, sentada en una de las mesas bajo el árbol que antecede el ingreso a la sala. La saludo pero no está de buen humor para devolverme el saludo. Me dice, muy enojada, que no piensa ir más a la Escuelita porque a ella no le dan azúcar y yerba (Nota de campo, 2013).

En la cocina de la Escuelita una pava por cada hornalla calienta el agua para el mate, donde los internos van retirando y reponiendo el agua durante la mañana.



Foto 31. *Pavas al fuego*



Dibujo 1. *Pava y yerbera*

Fuera de la institución, de cara a la comunidad, la Escuelita también cumple un papel importante ya que ofrece a los internos la posibilidad de participar en distintos eventos. Mediante el proyecto Reciclarte -que consiste en la reutilización de materiales de desecho- forman parte del grupo de micro-emprendedores de la Municipalidad, lo que les da acceso a participar en las ferias que se organizan en el centro de la ciudad. Allí, pueden vender los productos que han elaborado, compartiendo el mismo espacio que los artesanos locales. “-¿No quiere comprar? es para los chicos del hospital -pregunta Emilia a la gente que pasa por el stand de

venta en la plaza del centro. Nuevamente recurre a su identidad de paciente, esta vez para lograr así más ventas. También las “Jornadas de la Inclusión” que organiza la Municipalidad son un momento para exponer y vender sus productos. Otro momento de participación y visibilidad social se da durante los desfiles que se organizan en la ciudad para las fechas patrias, donde tienen presencia las distintas instituciones públicas que integran la ciudad, como las escuelas y los bomberos. En el desfile, la Escuelita participa bailando con su grupo de murga “Los Crusamenteros”.

En ocasiones, utilizan para movilizarse un viejo colectivo que dispone el hospital. Pero si hay que ir más lejos, el hospital alquila un ómnibus para poder transportarse. Por ejemplo, cuando participan de los encuentros de recreación entre los hospitales de la provincia o cuando acuden a una localidad cercana, Saladillo, para la fiesta patronal y procesión por la Virgen de la Merced.



Foto 32. Colectivo

Las actividades que lleva a cabo la Escuelita se financian con distintas contribuciones. Por una parte, reciben dinero de la caja cooperadora del hospital, pero también obtienen dinero de la venta de los productos que elaboran. Ello les ha permitido comprar, por ejemplo, el proyector que utilizan para el cine. También reciben donaciones de la comunidad, especialmente de una organización creada para tal fin: “Crusamen” (acrónimo de “Cruzada para la Salud Mental”). Esta es una organización nacional con sede local integrada por mujeres (“las damas de Crusamen”) que colaboran con donaciones y en la realización de eventos. Entre sus

donaciones habituales se encuentra la provisión de yerba y azúcar lo que permite cubrir mejor la demanda interna. También donan ropa, calzado, elementos de higiene personal, sillas de ruedas, etc. Han colaborado con el vestuario que utiliza la murga, la cual lleva el nombre de esta organización en su honor³¹. La época navideña, caracterizada en nuestra cultura con el intercambio de regalos, es un momento propicio para las donaciones donde Crusamen agrega a los productos usuales pan dulces y turrónes. A su vez, organiza dos o tres veces al año fiestas para los internos, en las cuales la Escuelita colabora con ellas elaborando juegos y actividades recreativas.

Además de esta organización, también se acercan otras personas a entregar regalos:

“En la Escuelita me encuentro con los internos que están reunidos en las mesas del parque. Un grupo de señoras les han llevado regalos. Creí que eran las “damas de Crusamen” pero son otro grupo que se auto-convocó para tal fin. Estrellita recibió una pintura labial y me pidió que la pinté. Chiquita también y el profe la pintó. Luego Chiquita me quiso dar todos sus regalos, unos aros y la pintura de labios, pero no su peluche. Esto fue lo que más gustó a todos: a Chiquita le tocó un panda con un pandita bebe y pensamos que nombre ponerle. Diana recibió tres peluches y Soledad uno grande y muy lindo” (Nota de campo, diciembre, 2011).

La gente de la comunidad colabora de diferentes formas, ya sea espontáneamente o a partir de pedidos puntuales que realiza el hospital. Por ejemplo, la Escuelita, en sus salidas a las ferias, suele solicitar la donación de papel que luego venden a una cooperativa. De esta manera, a través de las donaciones de la comunidad, las internas pueden obtener parte de los objetos que necesitan.

La Escuelita es sin dudas una de estas islas llenas de vida. Representa el brazo más amable de la institución al ofrecer un espacio para desarrollar una rutina productiva cercana al trabajo y, al mismo tiempo, de ocio. Gran parte de la vida social transcurre aquí donde se encuentran con otros internos en un espacio

³¹ La ligazón entre el don y la identidad del donante es un aspecto del don que aún persiste (Silber, 2008).

diferente al de la sala. La Escuelita constituye el polo opuesto a la Sala de contención. Si esta última mortifica al yo, la primera lo revivifica.

Además, la Escuelita es el nexo institucional con el mundo del *afuera*. Mientras que el confinamiento como práctica del *fuera de escena* se reproduce al interior de la institución, especialmente con la Sala de contención, siendo ésta el último escenario posible, el manicomio dentro del manicomio; la Escuelita, en cambio, es su contrapunto: *pone en escena* a las internas. Es la puerta institucional con el afuera que queda representado con *el colectivo*, este bus institucional.

Resumiendo, vale destacar que los contactos con el afuera que propicia la Escuelita no están restringidos a actividades especialmente destinadas a los pacientes del hospital como son “las Jornadas de inclusión” que realiza la municipalidad de Bell Ville o los encuentros entre hospitales que organiza el Ministerio de Salud. La participación también se extiende a otros ámbitos de la sociedad civil en los cuales comparten como iguales: participan como emprendedores en las ferias de la plaza o como devotos en la procesión de la virgen y tienen su lugar en el desfile de la ciudad representando la institución de la que forman parte. Por otro lado, la Escuelita es también uno de los lugares por donde penetra el *afuera* a través de los actos generosos de las donaciones.

Otras de estas “islas hormigueantes” se encuentran fuera de la institución. Estas son espacios como la escuela nocturna, el taller municipal de manualidades, la Panadería Manos Unidas (Asociación civil sin fines de lucro orientada a la inserción laboral a partir de la producción de alimentos) y la Escuela Especial Montessori entre otros. Estos son espacios de la comunidad que aprovecha el personal de la institución para que algunas internas pueden realizar diferentes actividades educativas y recreativas por fuera de la institución. Durante mi trabajo de campo, pude acompañarlas a dos de estos lugares: la escuela nocturna y el taller municipal de manualidades.

A la escuela nocturna asisten diariamente cuatro internas junto a internos de otras salas donde comparten el aula con otras personas que también buscan terminar sus estudios primarios. Llegan con el colectivo local y regresan en remis que paga la cooperadora del hospital. En cuanto al taller de manualidades, éste tiene lugar un día a la semana por la tarde en el centro de la ciudad en instalaciones que la municipalidad presta. También utilizan el colectivo para llegar

y volver. La coordinadora del taller lo lleva a cabo de forma voluntaria con el propósito de ofrecer a los internos un espacio de recreación. Si bien está abierto a la sociedad en su conjunto, sólo ellos participan. Las actividades que llevaron a cabo el día que las acompañé fueron pintura sobre tela con estencil para luego realizar distintos objetos como almohadones y manteles. Luego tuvieron una función de títeres y realizaron unos ejercicios de expresión corporal. El día del taller meriendan allí gracias a una donación que realiza otra vecina de la ciudad que se encarga de prepararles o comprarles algo para comer. La coordinadora del taller se muestra preocupada por la imagen de los internos; me dice que le gustaría juntar dinero para poder comprarles unos uniformes, para que no anden “disfrazados” con la ropa de las donaciones. También le entrega una tintura de pelo para unas de las internas.

De este modo, la institución incorpora a la atención que brinda a sus internas, actividades del ámbito de educativo, recreativo y laboral que ofrecen otras instituciones de la comunidad. Esta articulación se orienta en un sentido que podemos llamar “desmanicomializador”, en la medida en que la institución reconoce necesidades en sus internos que pueden satisfacerse por fuera de sus límites y por otros actores sociales; lo cual favorece la participación social.

Por otra parte, las prácticas generosas de personas que integran la comunidad de Bell Ville tienen lugar tanto en el exterior como interior de la institución. Por un lado, parte de esta oferta extra-hospitalaria está sostenida por trabajo voluntario. Por otro, las donaciones que llegan al hospital funcionan como apoyo de lo que provee el hospital, especialmente de la ropa, la yerba y el azúcar; y también otros objetos que, de no ser por la donación, no dispondrían de ellos. De esta manera, las prácticas altruistas funcionan como un apoyo importante a la atención ofrecida por la institución, la cual articula y sostiene parte de sus prácticas en ellas.

Los fenómenos del don son, para Mauss, “una de las rocas en que las sociedades humanas se construyen” (2009:72). Lo que caracteriza al don es que conlleva una mezcla de interés y gratuidad, de lo libre y lo obligado, de las personas y las cosas. Además, el don concede prestigio al donante e implica también tres obligaciones que le son constitutivas: dar, recibir y devolver.

En el don “altruista” moderno, Silber (2008) refiere que la relación entre donante y receptor pierde la característica de relación personal y directa. Es decir, la donación anónima no crea vínculos personales entre el donante y el receptor, e incluso puede asumir la forma abstracta del dinero. Asimismo, no implica por parte del donante esperar un contra-don de parte del beneficiario. A pesar de la aparente ruptura entre las tres obligaciones, especialmente la casi desaparición de la obligación de devolver, Silber (2008) sostiene que el don continúa presente en nuestras sociedades de manera constante y subyacente, donde se presenta bajo una diversidad de formas y con una multiplicidad de funciones.

CAPÍTULO 5

CUMPLEAÑOS FELIZ

-Día de festejo-

La institución se constituye en la residencia estable de las internas en Sala 2. En este espacio, se organizan sus vidas cotidianas y éste enmarca sus diferentes experiencias vitales. Una de estas experiencias, en la cual se detiene este capítulo, es la del cumpleaños. La celebración de los aniversarios, especialmente el del cumpleaños, es una práctica habitual y extendida en nuestra cultura. El aniversario del nacimiento de una persona, en su repetición anual se inscribe en un tiempo circular y, a la vez, lineal³².

La propuesta en este capítulo es analizar el cumpleaños como fenómeno social que irrumpe dentro de la vida cotidiana de la institución. Ello permite explorar una serie de tramas y de intercambios que ocurren bajo su pretexto. Es decir, el cumpleaños es el eje o disparador de diferentes situaciones que dan cuenta de los matices de la vida institucional.

Por ello, en este capítulo se describen diferentes situaciones que giran en torno a los cumpleaños de las internas. Primero, se explora cómo las fechas de cumpleaños tienen un lugar en la sala, en la medida en que se inscriben sobre “soportes de memoria” disponibles para la consulta. Luego, se describen distintas experiencias de cumpleaños en la sala que ponen en escena la interacción familiar y los deseos y carencias de estas mujeres. Finalmente, se abordan las fiestas de cumpleaños que emergen como un espacio diferenciado de la vida cotidiana en la sala y cuyo estudio permite conocer la ruptura con la rutina diaria descrita en el capítulo 3.

I. RECORDAR LAS FECHAS

Las paredes del *hall* de entrada de Sala 2 están decoradas con diferentes adornos colocados por las enfermeras. En la parte superior de la pared hay pegadas unas cartulinas de colores con forma de globos. Cada globo representa un mes y en ellos figuran los nombres de las internas y sus fechas de cumpleaños. Por su diseño infantil pueden recordar a la decoración de una sala de jardín de

³² Repetición del día y del mes del nacimiento en un tiempo que avanza en años consecutivos.

infantes³³. Incluso cuando Celia, la jefa de enfermería, cambió la decoración de las paredes reemplazando los globos por unas mariposas, siguió dándome esa impresión. En esta redecoración intervinieron varias enfermeras que sumaron fotos de las internas y frases de la Madre Teresa de Calcuta y de otros relativos el amor al prójimo y la caridad. También colgaron a la pared un árbol realizado en cartulina en cuya copa, entre las ramas, había fotos con los rostros de las internas. Una especie de árbol genealógico familiar adaptado a la institución.

De esta manera, las paredes del *hall* de entrada, intervenidas mediante papeles de colores, imágenes y palabras, lejos de ser un espacio neutro hablan de quienes habitan entre ellas: encontramos los nombres de las internas, sus fechas de cumpleaños, sus rostros y también nos informamos sobre los valores que recubre el trabajo en esa sala. Así, un espacio colectivo e impersonal se convierte en un espacio particular y personalizado.

Las fechas de cumpleaños, ya sea en las cartulinas con forma de globos o de mariposas, quedan allí exhibidas a la vista de quien ingrese. Ello resulta útil porque permite una consulta rápida que ayuda a no olvidar los cumpleaños. En varias ocasiones recurrí a éstas cuando alguna interna me preguntaba cuándo era su cumpleaños o para corroborar la fecha cuando alguna me señalaba que próximamente se avecinaba su día. Cuando una de ellas pide saberla, las demás internas que están a su lado también piden que les comunique su fecha, aún cuando ya la conozcan. Aguardan a que me fije, que les anuncie el día y que les diga cuánto falta. Es decir, no basta el simple dato, también requiere de su ubicación temporal en términos de espera, para lo cual deben preguntarle a alguien.

De forma similar, los profesionales del Servicio de Psiquiatría, en una sala de uso privado, cuelgan a la vista un listado con el nombre de cada integrante del equipo y su fecha de cumpleaños. Este método también permite averiguar rápidamente cuando alguien cumple años y anticiparse a este día con la compra de un regalo. En ambos sitios, el cumpleaños es un hecho importante que no debe ser olvidado por el grupo y visibilizar las fechas es una forma de recordar. Los carteles con las fechas de cumpleaños funcionan como *soportes de memoria* que permiten por un lado, individualizar a sus internas a través de un elemento importante de su

³³ La infantilización de las personas con discapacidad intelectual también se observa en el festejo del "Día del niño" que tiene lugar en la sala. Esta es una fiesta popular que en Argentina tiene lugar el tercer domingo de agosto.

identidad personal, y por otro, permite reconocerlas como miembros de un mismo grupo, es decir construye una identidad personal en torno a una identidad grupal. Este uso del espacio para inscribir estos datos tiene una función opuesta a la postulada por Goffman (2007) como *mortificadores del yo*. Por el contrario, esta es una práctica *revitalizante del yo*, en la medida en que ayuda a redefinir su identidad elemento de unicidad y continuidad.

La exposición de las fechas de cumpleaños no es una práctica exclusiva de Sala 2 y su interés tampoco se limita a ella. En el taller municipal de manualidades, al que algunas internas concurren fuera de la institución, la profesora me manifestó un especial interés por conocer qué día cumplían años. Las fechas de cumpleaños son un dato significativo en la constitución de un grupo y, quienes figuran en un mismo listado, se constituyen como pares.

Las internas saben que su fecha de cumpleaños figura en aquellos carteles expuestos sobre la pared y que también figuran en otro lugar de acceso más restringido: la historia clínica.

“Checha ingresa en el box de enfermería buscando asistencia de la enfermera. Allí me encuentra entre las historias clínicas y aprovecha para preguntarme cuándo cumple años, al tiempo que señala una historia clínica y dice “carpeta”. Me fijo en su historia y le digo la fecha. Acto seguido, Checha me cuenta todas las cosas ricas que comerá ese día” (Nota de campo, 2011).

“Reina me pregunta: –¿Cuándo cumplo yo los años mami? Ahí está, mami – me dice señalando las historias clínicas” (Diario de campo, 2011).

Este documento es llamado “carpeta” por las internas y se hallan archivadas a la vista sobre un estante en el box de enfermería. Como “soporte de memoria”, las historias clínicas están allí a disposición para la consulta pero no para todo el mundo. A ellas tiene acceso el personal profesional de la institución exclusivamente. A las internas no les está permitido tocar las historias clínicas, a la vez que su acceso está también imposibilitado por el analfabetismo. Para Checha,

cumplir años es la posibilidad de acceder a otro tipo de comidas diferentes a las habituales.

“En el box de enfermería Pocha viene a verme. Me pregunta cuándo cumple años, me fijo en la historia clínica y le digo la fecha: 19 de agosto. Pero Pocha quiere saber cuánto falta, así que le digo en que fecha estamos y los meses que faltan para ese mes. Le cuenta a la enfermera cuándo es su cumpleaños y por más que falten varios meses le pregunta si ella va a estar ese día” (Nota de campo, 2012).

La vida dentro de la sala se vuelve rutinaria y, salvo por las actividades en las Escuelita durante los días de semana o la presencia de los profesionales del Servicio de Psiquiatría por la mañana, los días se parecen mucho unos a otros. Las actividades que realizan las internas prescinden de la necesidad de conocer en que día están y tampoco demandan planificación del tiempo. Sumidas en una monotonía diaria, se vivencia una desorientación temporal. La fecha del cumpleaños es una de las pocas fechas importantes para recordar que necesita ser ubicada en el tiempo en términos de espera.

II. CANTOS, SALUDOS Y EMOCIONES

Cuando finalmente llega uno de estos días que anuncian las cartulinas, tiene lugar un pequeño ritual en la sala:

“Pocha me cuenta con mucho entusiasmo: –Me cantaron el feliz cumpleaños... me festejaron el cumpleaños... Yo les dije a las chicas: ¡feliz cumpleaños!” (Nota de campo, 2012).

Como a Pocha, cuando una interna cumple años, es una práctica habitual en la sala entonar la canción del cumpleaños feliz acompañada de palmas. El canto generalmente tiene lugar por la mañana en el comedor o en el *hall* de entrada. De esta forma, esas fechas inscriptas sobre las cartulinas cobran vida con un canto,

que transforman el anuncio en realidad. Por ese instante, la interna se vuelve el centro de atención y de saludos:

“Las enfermeras comentan que es el cumpleaños de Luz y que ella estaba muy emocionada: *–Se le llenaron los ojos de lágrimas cuando la saludaron en la mañana –comenta la enfermera*” (Nota de campo, 2013).

Ser el centro de los saludos, de besos y buenos deseos produce una emotividad especial en la homenajeadas. Estas emociones adquieren diferentes matices en cada interna, lo que puede repercutir en su conducta.

1. La inquietud de Silvana

El comportamiento de Silvana parece inquietarse más de lo habitual cuando se acerca la fecha de su cumpleaños. En ella crecen las expectativas, ansiedades y mucha ansia de contacto con su familia:

“Silvana ingresa al box de enfermería donde me encuentra. Al verme, me pide que me fije en su “carpetita” cuándo es su cumpleaños porque ella dice no recordar la fecha. Busco en su historia clínica y veo que es el 25 de enero; sólo faltan un par de semanas. Si bien dice no recordar la fecha casualmente es dentro de poco. Como es tradición para los cumpleaños recibir regalos, acordamos que voy a traerle uno. Ella pide un reloj y una cartera y quiere hablar con su madre así que le digo que para su cumpleaños vamos a tratar de llamarla” (Nota de campo, 2012).

Al tradicional regalo de cumpleaños, Silvana anexa la comunicación telefónica.

“Unos días después, mientras las enfermeras atienden a algunas internas en el policlínico de la sala, Silvana llega con un papel firmado por una médica psiquiatra. En él solicita que se comunique a la paciente con su familia cuando sea posible. Ya le habíamos dicho que llamaríamos pero no pudo

esperar y siguió pidiendo la comunicación a otras personas. Le digo que llamaremos para su cumpleaños, pero me dice que ella quiere que vengan para su cumpleaños, entonces le digo que llamaremos el día anterior. Mi respuesta no la convence, ella quería llamar en ese mismo momento por lo que se enoja con mi respuesta y se va. Al rato escuchamos a lo lejos gritos de otras internas que cada vez se hacían más cercanos. Llega Pamela de portavoz para avisar que Silvana se fue corriendo al río. Las dos enfermeras dejan sus tareas para ir a buscarla. La enfermera Viviana ve que “Toro”, interno de otra sala, pudo agarrarla a lo lejos. Celia le pide a Lucía que busque una silla de ruedas y vaya a buscarla. Lucía obedece y al rato vuelve con Silvana sentada en la silla. Celia toma la silla. Escucho que Silvana le dice *–Celia no hagas fuerza, dejá que el Toro traiga la silla.* Pero Celia sigue al mando y se dirige a una puerta sobre un lateral de la sala. Esta puerta conduce a la Sala de contención de la Estufa. Mientras esperamos que la otra enfermera abra la puerta por dentro, Silvana quiere que bajarse de la silla y hablar conmigo. Da órdenes a otras internas pero Celia rápidamente la calla y le recuerda que a las órdenes no las da ella. Cuando se abre la puerta, ingresamos a la Estufa y a Silvana la llevan directo a la salita de contención. Ésta es pequeña: tiene una cama que deja poco espacio libre y una puerta de rejas. La ingresan allí entre las dos enfermeras y Toro. Silvana empieza a gritar con toda su fuerza cuando se da cuenta que la dejarán allí. La sala de contención es oscura y tiene sus paredes descascaradas. Toro la sostiene, las enfermeras salen y, por último, sale él. Cierran la puerta y pasan el seguro. Silvana se levanta de la cama y empieza a patear las rejas y a gritar. Desde la oscuridad de esa habitación, con su mano mutilada³⁴, Silvana intenta abrir el seguro ubicado en lo alto de la puerta pero no lo consigue. Gloria se arrima, intercambian una palabras y Silvana se pone furiosa. Le digo a Gloria que mejor se vaya. Yo no me animo a acercarme demasiado porque no creo que sea un buen momento para hablar con ella. De todas formas, sabe que estoy allí y no me insulta. Hay otras internas sentadas en la zona de la Estufa con una mesita de por medio

³⁴ Silvana perdió tres dedos de una de sus manos al arrojarle a un tren que pasaba por las vías que colindan con el hospital.

que no se alteran demasiado con lo que sucede. Las enfermeras tampoco parecen alteradas, sino al contrario, parecen habituadas a estas situaciones y ya han retomado nuevamente sus actividades en el policlínico. Estas situaciones disruptivas son rápidamente controladas por las enfermeras, de modo tal de poder continuar con las actividades establecidas. Sin embargo, a mí me pareció una situación muy violenta y me alarma pensar que con el llamado telefónico se podría haber evitado” (Nota de campo, 2012).

Guber (2012) señala que la presencia en el campo conlleva necesariamente una incidencia mutua en la conducta entre investigador e informantes. Mi intento por responder a la demanda de comunicación que hacía Silvana no dio el mejor resultado. Unos días después, me encuentro con ella en la sala:

“–*Me porté bien* –me dice Silvana. Ayer pudo hablar con su hermano por teléfono quien le dijo que vendrá a visitarla para su cumpleaños que es al día siguiente. Silvana me pide una torta, le digo que le llevaré un regalo pero no una torta. Con un cuaderno en las manos que le ha regalado Rebeca, pide un lápiz a las enfermeras. Celia se lo da y la manda a la Escuelita a dibujar. Ella obedece, lo que me sorprendió porque nunca quiere ir”.

“El día del cumpleaños de Silvana me encuentro con ella en el Servicio de Psiquiatría. La saludo y se alegra; me da un beso y me acompaña a la sala. Me cuenta que la enfermera Viviana le regaló un rosario y que temprano por la mañana la llamó su mamá y la patrona de ésta para saludarla. Su mamá le dijo que mañana irán a verla sus hermanas y esta noticia la pone contentísima. En el box de enfermería, Pocha felicita a Silvana por su cumpleaños con mucho afecto: le habla efusivamente, la abraza y la besa. Por su sonrisa deduzco que Silvana está muy contenta con el homenaje del día. Luego, cerca del mediodía, enfermeras y compañeras de sala le cantan el cumpleaños feliz en el *hall* de entrada” (Nota de campo, 2012).

Al día siguiente: “Aún no se ha presentado nadie de la familia en la institución. Pero igual Silvana me cuenta que en su cumpleaños la pasó muy bien porque la llamó su mamá” (Nota de campo, 2012).

En las proximidades del día de cumpleaños se intensifica la habitual demanda por el familiar, probablemente debido por la carga emocional que comporta este día por su importancia social. Para Silvana, la comunicación con la familia influye en su estado de ánimo y en su comportamiento. Pero las acciones que emprende para lograr la comunicación suelen ser disruptivas del orden lo cual acarrea consecuencias negativas para ella.

Como hemos visto en el capítulo anterior, “portarse bien/portarse mal” son las categorías con las que se evalúa el comportamiento de la interna. Incluso ellas se apropian de estas categorías para evaluar su acción con un “*me porté bien*” que las habiliten a ciertos privilegios o al menos para evitar castigos. Silvana accede al “buen comportamiento” recién cuando obtiene el llamado. Es decir, se somete a la autoridad, se va a pintar a la Escuelita cuando siente que la escucharon, que la atienden y que obtuvo lo que quiso. Hasta entonces, el “mal comportamiento”, la acción disruptiva fue el único modo que encontró para manifestarse.

Juliano (1992:122) señala que debido a la marginación social que padece la mujer, ésta se siente comprometida en un grado menor del que se le asigna en el mantenimiento del orden social establecido. Esta reflexión me es útil para pensar estos “malos comportamientos”, no tanto por su condición de mujeres sino por la marginalización y subalternidad ante el poder al que son sometidas. “Ante la conciencia de su propia limitación para cambiar las estructuras, simpatiza con las propuestas más radicales...” (Juliano, 1992:123). Oponerse a la situación que les toca vivir, implica para Silvana incluso atentar contra su propia integridad física. Para dejar de ser un cuerpo institucionalizado, objetualizado, dice Basaglia (1972), el enfermo a veces intenta “-cuando aún no está completamente domado-, reconquistar mediante *acting-out*, aparentemente incomprensibles, los caracteres de un cuerpo personal, de un cuerpo vivido, rehusando identificarse con la institución” (p. 155).

2. Rebeca y la recolección de regalos

“Apenas ingreso a la sala siento que gritan mi nombre una y otra vez. La voz proviene del fondo de la sala y a lo lejos veo a Rebeca que viene corriendo

hacia mí con los brazos abiertos. Cuando llega a mi lado me pide que llamemos a Eusebio y Tito, sus primos, y que la acompañe el viernes al centro para recorrer una serie de tiendas que enumera una por una. También me pide que el jueves, que es su cumpleaños, la acompañe a buscar la torta que le va a regalar Ada de Dirección, pero que antes tenemos que llamar a Eusebio. A continuación comienza a recitarme una poesía que aprendió de niña en la escuela que ya me la ha recitado otras veces. Le digo que puede recitarla el día de la fiesta a modo de show. Le gusta la idea y grita ¡qué lindo! Luego me persigue por toda la sala repitiendo las mismas preguntas que ya me hizo. Los intentos de pararla son en vano; al rato vuelve a preguntar lo mismo: si la acompañaré a buscar sus regalos. Siento que Rebeca quiere acaparar todo el tiempo mi atención; cada vez que hablo con alguna interna, ella me muestra algo”.

“El día de su cumpleaños, Rebeca me pide que le hablemos a Eusebio y luego busquemos los regalos. Le digo que a Eusebio sólo podemos hablarle por la tarde que es cuando está disponible, por lo cual, nos vamos antes a buscar los regalos. Le avisamos a Celia, la jefa de la sala. Ella me cuenta que le han enviado una torta a Rebeca desde una farmacia del centro y que la ha guardado para dársela luego. Le cuento de los regalos de Dirección pero me dice no saber nada sobre el asunto. Con Rebeca emprendemos la caminata por el predio del hospital. Cuando nos acercamos al edificio donde funciona la Dirección, vemos a que hay dos señoras en la puerta. Una de ellas nos mira y entra rápidamente al edificio. Cuando llegamos a la oficina, Rebeca ingresa y va en busca de Norma, una de las secretarias del director cuya oficina está en la entrada. Se abrazan y besan, con una gran efusividad por parte de Rebeca. Norma le da un paquete de regalo. Rebeca se muestra muy contenta: sonríe y exclama ¡Qué lindo! Mientras tanto, se acercan otras mujeres que trabajan allí, entre ellas, la que nos vio llegar. Una a una la saludan y bromean que pensaban que su cumpleaños era otro día. Luego, nos conducen a otra oficina para entregarle más regalos: unos libros de cuento, unos lentes de sol, un perfume, un desodorante, un osito de peluche, etc. También le han preparado una torta a la que le ponen velas, las

encienden y le cantan el cumpleaños feliz. Veo que Rebeca está muy contenta: sonrío, río y mira para todos lados. Pide “¡la Coca!” casi exigiéndola, y una de estas mujeres corre a buscar la Coca-Cola. Rebeca quiere tomar del pico de la botella pero no la dejan y le sirven en un vaso. Rebeca también está muy apurada en cortar la torta. La primera porción Rebeca me la entrega a mí, igual que al vaso de Coca-Cola. Les dice que a la torta la comparte con todas las chicas de la sala pero que a la Coca no, sólo conmigo. Le prometen regalarle una campera y unos libros luego de preguntarme si sabe leer. Les cuento que sí, que también recita poesías e inmediatamente comienza a recitar la del zorzal. Luego nos vamos con todos los regalos de nuevo a la sala.

Por la tarde voy a la sala a sobre las 16 horas. Veo que está el camión de la cocina que ha traído la leche de la merienda y sobre la galería del lateral, donde da el sol, están reunidas las internas para merendar. Ingreso por allí, donde está la camarera y Sully, la enfermera, sirviendo cuencos con leche y pedazos de pan. En la sala me encuentro con Rebeca que me estaba esperando para llamar al Eusebio. Me dice que el número está en la historia clínica o en el cuaderno de visitas. Llamamos a uno pero me informan desde portería que atendió un hombre que dijo ser socio de Eusebio, que él estaba de vacaciones y él no tenía nada que ver con la paciente cortándole rápidamente.

Con el llamado cancelado nos vamos con Rebeca al centro. Mara protesta preguntando si Rebeca tiene “coronita” que va conmigo y ella no. Le recuerdo que esa tarde no hay colectivo por el paro municipal y que iremos otro día, lo que acepta de buena manera. Emprendemos la caminata con Rebeca. Al salir del hospital le pregunta al telefonista de portería si llamó Tito, pero éste no ha llamado. Me menciona todo los lugares donde debemos pasar. Primero vamos a una tienda de ropa, sobre el Boulevard. Entramos y Rebeca comienza a saludar a los gritos. La chica detrás del mostrador se alegra de verla y la saluda con exclamaciones, abrazos y besos. Le dice feliz cumpleaños y Rebeca rápidamente pide sus regalos: \$20 y la torta. La chica le da el dinero, y un paquete. Rebeca lo abre y tiene un cuaderno, fibras y crayones. –*Es lo que nos pediste* –le recuerda la vendedora. –*¡Sí! ¡Qué lindo!* –

dice Rebeca– *y ¿la torta?* La vendedora le explica que ya se la traería otra de las vendedoras que aún no ha llegado, que pase más tarde. Así que seguimos camino hacia la farmacia que le ha enviado la torta a la sala por la mañana. Al entrar grita nuevamente. También es bien recibida por las vendedoras: – *Mirá quién está acá*, le avisa una a la otra. – *Es mi cumpleaños* –grita Rebeca. Le preguntan si había comido la torta y me dicen que estaban preocupadas que no se la den en la sala. Le regalan un oso de peluche grandote que Rebeca rápidamente bautiza con el nombre de las dos vendedoras: el osito Cari-Meli. Rebeca recita la poesía del zorzal. Le preguntan dónde la aprendió y contesta que se la enseñó la señorita Olga cuando era niña e iba a la escuela. Lloro al recordarla. Luego se calma. Le regalan unos chocolates y nos vamos al quiosco de la esquina. Con los \$20 compra una Coca-Cola, un paquete de yerba y de azúcar. Pide que le regalen dos sándwiches pero no había, así que le hicieron un descuento. Seguimos camino hasta una joyería. Rebeca entra a preguntar por una persona pero no está, y le dicen que vuelva luego de las 19 h. Avanzamos un poco más por la calle principal del centro. Nos cruzamos a “las damas de Crusamen” quienes han colocado una mesa en la vereda para vender unos bonos a diez pesos para realizar una fiesta para los “chicos” del hospital. Rebeca saluda a una de ellas y le dice a otra señora: – *Ella es mi madrina* –señalando a la primera. Luego entramos a una heladería y compramos unos helados. Nos sentamos a tomarlo con Rebeca. Las chicas que la atienden la miran haciéndole una sonrisa tierna. En general todos la miran. Avanzamos un poco más y entramos a un bar. Vamos hasta la barra del fondo. Rebeca le pide al hombre que la conoce una Coca-Cola. Pero éste le da pururú. Le pregunta por alguien que le ha regalado una radio y dice que es su novio. El hombre le contesta que no está y que antes le decía a él que era su novio. Rebeca se ríe. Seguimos la caminata. Ahora tenemos que ir a la librería. Entramos y saluda: – *¡Martín!* El vendedor la conoce; la saluda por su nombre amablemente. Rebeca comienza a pedir cosas, entre ellas una mochila. Martín le recuerda que ya le ha dado una que no puede regalarle siempre. Termina de cobrarle a un cliente y va a buscarle algo. Trae una canopla. Rebeca se alegra mucho, le agradece y nos vamos. Me pregunta si puede pedir dinero en la calle, yo le

digo que mejor no, pero igual le pide a un señor sentado en un bar que le de diez pesos porque ha sido su cumpleaños, pero éste apenas la mira y no le da nada. Finalmente, entra a un negocio de plásticos a buscar una bombilla para el mate pero sale con una cuchara de metal.

Emprendemos el regreso ya que debíamos pasar por la primer tienda a buscar la torta. Allí estaban ahora dos personas más: Adriana y Mario. Se alegran mucho de verla. Traen una torta, le prenden la velita y se sacan una foto con ella. Rebeca está muy contenta. Adriana me dice que Rebeca “es una dulce”. Le dicen que vuelva a visitarlos pero sin escaparse. Me comentan que ellos se dan cuenta cuando se escapa porque va mal vestida. Rebeca les contó que una vez que se escapó la encerraron con otra interna y no le gustó nada. *–No me escapo más ahora* –agrega Rebeca atenta a la conversación y moviendo el dedo índice hacia los lados. Saludamos y seguimos la caminata. Rebeca ya está cansada. Yo le ayudo a llevar las bolsas con los regalos. Me pide tomarnos un remis y eso hacemos. Cuando salimos del hospital yo le había advertido que no circulaba el colectivo, a lo que me respondió: *“no importa, hacemos llamar a la ambulancia que nos vaya a buscar”*. En la sala cortamos la torta en enfermería, comió un pedazo, me invitó con uno a mí y otro a la enfermera y luego guardó todos sus regalos. La enfermera le ofreció un espacio para guardarlos pero ella no quiso y se llevó todas sus cosas a su cama para dormir junto a ellas (Nota de campo, 2012).

De esta forma, bajo una emotividad detonada por un día socialmente especial, salen a luz carencias y deseos que vivencian las mujeres en situación de internación. Por un lado, la ausencia de la familia y el deseo de verla y comunicarse con ella. Por otro lado, la obtención de objetos como regalo de manos de las amistades y relaciones que pudieron trazarse.

La falta de contacto con la familia es una constante en la vida cotidiana de las internas, y en mayor o menor grado lo han incorporado en sus expectativas diarias. El cumpleaños se manifiesta como un evento que reaviva estas expectativas, abriendo la posibilidad de obtener el ansiado contacto y comunicación. El cumpleaños dota de protagonismo a la interna, la destaca dentro

del grupo de pares que conforma diariamente. Pero al mismo tiempo, esta fecha la iguala con cualquier miembro de la sociedad, iguala el adentro con el afuera y su tradición en torno a la celebración del cumpleaños. Esta práctica permite trascender las fronteras del hospital y del paciente psiquiátrico.

Para algunas internas, el cumpleaños genera un contexto excepcional de atención y afecto, que reaviva aspectos de su identidad y pertenencia. Cobran protagonismos deseos básicos como la necesidad de atención y cuidado desde los vínculos de afecto. Aspectos éstos que inevitablemente se ven afectados cuando una persona tiene como su lugar de residencia a la institución psiquiátrica. Por eso se vuelve tan importante para las internas planificar y asegurarse que el día de su cumpleaños van a tener contacto con sus familiares o van a poder recorrer todos aquellos espacios en donde son reconocidas. Es su modo de asegurarse que van a recibir muestras de atención y afecto, a través de palabras cálidas, regalos y contacto físico, de lo cual carecen usualmente en su vida cotidiana.

3. Cumpleaños en familia

El cumpleaños irrumpe como fecha especial que puede motivar el reencuentro familiar:

“La mañana del cumpleaños de Ema, su familia salió temprano para recorrer los más de 200 kilómetros que separan su casa del hospital. Fueron hasta allí para compartir unas horas junto a ella y de regalo le llevaron dos tortas: a una la comieron ese día junto a otras internas y a la otra torta la guardó la enfermera para el día siguiente” (Nota de campo, 2013).

Algunas familias, como la de Ema, se presentan en la institución el día del cumpleaños. Pero también puede suceder a la inversa; es decir, que sea la interna quien visita a su familia para ese día. Ello es habitual en algunas internas que año a año repiten esta visita en la misma fecha. Este es el caso de Mara quien, cuando visita a su hermana, siempre vuelve después de su cumpleaños. Desde la

institución se autoriza y coordina esta salida temporal que se denomina “alta transitoria”³⁵.

*“-¿Siempre viene para esta época? -le pregunto a la hermana de Mara
-Sí, porque es el cumpleaños de ella, así que esa noche que no teníamos luz,
[...] hice unas empanadas y me fui a la casa de la Amelia (vecina). Ella compro
unas cocas, yo llevé las empanadas y le cantamos el cumpleaños feliz, para
que no pasara desapercibido... y Claudia (sobrina de Mara) le trajo una
remera de regalo (Datos de entrevista, 2012).*

Estas salidas de forma transitoria pueden también estar motivadas por el cumpleaños de un familiar, donde es importante su presencia como es el caso de Alicia. Ella se va la casa de su hermana para las fiestas de fin de año y no regresa hasta después del cumpleaños de su hija. Ambos eventos marcan el comienzo y el final de la salida. Cuando Alicia volvió a la sala anunció que quería volver al mes siguiente porque era el cumpleaños de quince³⁶ de su sobrina el cual no quería perderse. Su cuñado también manifestó al teléfono su deseo de que Alicia concurra a la fiesta y que se quede una semana más en su casa. El permiso le fue otorgado y a su regreso Alicia confesó que el cumpleaños era una mentira que habían dicho para conseguir el permiso de salida.

El motivo del cumpleaños funciona como factor de cohesión familiar, que puede tener como escenario de reunión tanto la institución como el hogar. Su importancia es reconocida y privilegiada por los familiares y por la institución. Incluso, la institución organiza fiestas para celebrar los cumpleaños en la sala a las cuales las familias son invitadas.

³⁵ Este permiso lo otorga el Servicio de Psiquiatría y se encarga de coordinar el viaje y el encuentro familiar la trabajadora social de la sala. En el caso de las internas judicializadas se notifica al juzgado de dicha medida o se espera su autorización según el caso del que se trate.

³⁶ El “cumpleaños de 15” es una celebración habitual en Latinoamérica para las mujeres. Ver estudios de Mariela Chernik.

III. La fiesta de cumpleaños

La institución lleva a cabo a lo largo del año diferentes fiestas para los internos en Salud Mental. Estas fiestas tienen lugar en las distintas salas o en el parque del hospital, lo cual depende de quien las organice y de quienes estén invitados a participar. Las fiestas en Sala 2, por lo general, tienen como ocasión la celebración del cumpleaños de las internas de la sala.

Las fiestas son situaciones interesantes de observar porque producen una ruptura en la cotidianeidad de la sala. En Sala 2 la celebración de los cumpleaños es una práctica instituida, de ejecución esporádica y repetida, que tiene lugar tres veces al año cada cuatro meses. De este modo, las fiestas quedan distribuidas una a principios, otra a mediados y otra al final de cada año guiada de acuerdo a una lógica temporal, cíclica y regular. Cada interna participa como cumpleañera en una de estas fiestas: en aquella siguiente a la fecha de su cumpleaños. Por lo cual, estos festejos colectivos demandan de una espera individual; “fiesta es lo que se espera” define Barthes (1981 en Delgado Ruiz, 2004:78).

La organización de estas fiestas está descentralizada, es decir, no depende de la jefatura del área de Salud Mental sino del equipo del Servicio de Psiquiatría que trabaja en la sala y de enfermería. Por lo tanto, la ejecución o suspensión de la fiesta queda en manos de los responsables de la sala. Si bien se conoce en qué momento del año se llevarán a cabo, la fecha exacta es establecida con unas semanas de antelación por este equipo. Una vez establecida, se comunica a enfermería cuando no ha participado de la decisión y se inician las acciones preparatorias: decoración de la sala, cocinar la torta, invitar a los familiares.

“Celia llega del centro. Fue a comprar papel *crep* con el que harán guirnaldas para decorar la sala el día de la fiesta de los cumpleaños. Celia suele encargarse esa tarea a algunas internas, esta vez se lo pide a Micaela. También quiere hacer unas hadas en cartulina para pegar en la pared”.

1. Día de fiesta

“Las puertas de entrada de la Sala 2 están abiertas de par en par. Hoy es el día de la fiesta de cumpleaños. Llego a la sala antes de las 9 de la mañana. Las internas ya han desayunado y se están cambiando de ropa. Esta vez hay cuatro enfermeras en ese turno que las asisten ayudándolas a vestirse y dando indicaciones, tales como mover las mesas del comedor. Estas mesas son colocadas en el hall de ingreso junto a los bancos de cemento adosados a la pared y, del otro lado, se agregan los bancos de madera del comedor. Las mesas son colocadas a lo largo del *hall* principal. Están cubiertas por unos manteles de hule color azul y sobre ellas se coloca un adorno artesanal. Algunas internas se van ubicando en este escenario que acaban de montar para aguardar allí el comienzo de la fiesta. En lo alto del hall cuelgan de lado a lado unos banderines y sobre las paredes están pegadas las guirnaldas que hizo Micaela el día anterior. En el tercer box de enfermería se prepara la comida que se servirá. Del equipo de Psiquiatría no llegó nadie aún”.

La fiesta se lleva a cabo por la mañana que es cuando está presente el equipo de la sala. El horario de inicio es por lo general a las 10 h, luego del desayuno y antes del almuerzo, con una duración aproximada de una hora y media. Su emplazamiento en este horario permite no interrumpir las rutinas de cada comida y medicación. Una vez finalizado el desayuno, se inician los preparativos del día. Por un lado, se debe preparar el “escenario” de la fiesta, es decir, transformar ligeramente el lugar: se cuelgan las guirnaldas, se cambian de lugar las mesas y bancos. De esta manera, el *hall* de entrada se adecúa para el evento. La puerta abierta de par en par favorece la entrada y salida de las personas ya que ese día hay una mayor concurrencia de lo habitual. A la vez, las puertas abiertas simbolizan la apertura del lugar que, mientras dure la fiesta, estará sujeto a diferentes miradas simultáneas.

Además, la vestimenta también se ve modificada ese día. Para la ocasión, las enfermeras visten a las internas con ropas diferentes a las habituales que fueron seleccionadas los días previos. Principalmente, privilegian el uso de los sacos,

camisas, vestidos, polleras y, en algunos casos, zapatos con tacón. Esta vestimenta, proveniente de donaciones y por lo general pasada de moda, procura ser más arreglada y acorde a la celebración. Una vez bañadas y vestidas, esperan sentadas alrededor de la mesa aguardando que comience el festejo.

A la fiesta llegan también enfermeras de otros turnos o enfermeras que ya no trabajan más en la sala. Vienen a colaborar en las tareas y también a compartir el momento de reunión, de encuentro y festejo. Es un momento de socialización también para ellas y las enfermeras de la sala ofician de anfitrionas.

El equipo de la sala por lo general llega todo junto, antes de la hora pautada y a veces se aboca a tareas laborales ajenas a la fiesta. El equipo trae “la torta de cumpleaños” con su respectiva vela, la que diferencia esta fiesta de cualquier otra, y en la cual parece quedar condensada toda la simbología del cumpleaños dando lugar a un pequeño ritual: entonar con palmas la canción del feliz cumpleaños y soplar las velitas que se han colocado encima. La torta es lo suficientemente grande como para que alcance para todas las personas presentes y está financiada por la cooperadora del hospital. Anteriormente, a la torta la preparaba la Cocina del hospital, pero luego su preparación quedó en manos de este equipo. De este modo, retiran la torta del circuito burocrático del hospital para hacerla de manera artesanal y ofrecerla a modo de don. La psicóloga me comenta que la idea es que *“las pacientes puedan registrar³⁷ que es su cumpleaños, que puedan tener una torta y soplar la velita”*. Esto se enuncia como si fuera el reconocimiento de un derecho humano fundamental. Por ello, la torta de cumpleaños es la elegida en este proceso subjetivador, *revitalizante del yo*: ella simboliza el reconocimiento de este elemento fundamental de la identidad personal que es la fecha de nacimiento.

³⁷ Tomar conciencia, conocimiento.



Foto 33. *Torta de cumpleaños*

Si bien la postura del equipo de la sala es de servir sólo la torta para que “*no se atiborren de comida*” ya que a continuación se les sirve el almuerzo; las enfermeras, por su parte, continúan con la tradición de servir otros alimentos que traen ellas y pagan con su dinero. Las fiestas, dice Delgado (2004), permiten romper con la alimentación cotidiana creando la estructura: orden-caos-orden. Ello parece entenderlo muy bien las enfermeras quienes traen, a modo de regalo, bolsas con alimentos de copetín: maní, chizitos, palitos, papitas, etc. que distribuyen en varios recipientes. Mientras las ayudo a distribuirlos me comentan: “*Esto es lo que a ellas les gusta*”, “*Es el día para que se den el gusto*”, “*Esperan este día para comer cosas ricas*” y, de este modo, me señalan la importancia de esos alimentos y justifican su acción disidente. Enfermería ofrece estos alimentos como homenaje a las internas. Lejos de la preocupación por la cantidad que ingieran, ponen el acento sobre el disfrute de los sabores “ricos” a los que no pueden acceder cotidianamente. Quien más trae es Mariela, antigua jefa de la sala y actual miembro de supervisión de enfermería. La actual jerarquía de Mariela parece obligarla a llevar más cantidad de alimentos que las demás enfermeras. Con su aporte, Mariela avala la fiesta y agasaja también a las enfermeras. De esta manera, la fiesta es sostenida por prácticas que desbordan las funciones establecidas: cada trabajador pone de su dinero o su tiempo extra para preparar la fiesta. A la comida

aportada por enfermería y por el equipo de la sala se le suma la pizza y la pastafrola, cuya preparación está en manos de la cocina del hospital.

“Cuando ya han llegado todos, se da inicio a la fiesta con la repartición de la comida. Yo colaboro distribuyendo los vasos de plástico a cada uno de los presentes y luego sirviendo la bebida. Para eso se ha llenado un balde con agua donde se diluyen las botellas de jugo puro. Desde ahí, cargamos las jarras para servir en las mesas. Algunas internas no pueden asir el vaso por lo que quedan sin beber a la espera de que alguien las pueda asistir. Al mismo tiempo, vamos trayendo los platos con la comida que ponemos sobre la mesa o acercamos a cada uno para que se sirvan. Con la llegada de la comida, cambia la espera relativamente serena que mantenían y empieza a aumentar el bullicio. Da la sensación de que “comen sin parar”, pero es la oportunidad para acceder a alimentos diferentes y esto les encanta. Los familiares también comparte la comida que ofrecemos a las internas. Mara pidió la guitarra que hay en la Escuelita. Me cuenta que a los 15 años aprendió a tocarla y comienza su repertorio con el “Feliz cumpleaños” acorde a la ocasión pero también incluye la canción “Amor divino” y “Zamba de mi esperanza”.

Las letras de ambas canciones³⁸ refieren a la espera dolorosa del ser amado que no llega y a la esperanza del reencuentro. Las fiestas son un buen momento para enunciar estas palabras que, intencionalmente o no, disfrazadas en la canción, llegan a las distintas personas que acuden ese día inclusive los familiares. Mara canta:

*“...Sueño, sueño del alma
que a veces muere sin florecer...
...El tiempo, que va pasando
como la vida no vuelve más
El tiempo, me va matando
y tu cariño será, será”*

³⁸ Las letras completas de estas canciones figuran en el anexo. Las he incluido no sólo por la contingencia de que Mara las eligiera para cantarlas sino porque también considero que reflejan parte de los sentimientos de estas mujeres y su posición subjetiva de espera.

(Zamba de mi esperanza)

*“...Como te extraño mi amor que puedo hacer
Te extraño tanto que voy a enloquecer
A veces pienso que tú nunca vendrás
Pero te quiero y te tengo que esperar
... El dolor es fuerte y lo soporto
Por que vivo pensando en tu amor...”*

(Amor divino)

2. Torta, canto y velita

“Una vez repartida la comida, es el momento de soplar las velitas. Se trae la torta que se coloca en un extremo de la mesa y una persona del equipo de Psiquiatría va nombrando una a una a las pacientes a quienes se festeja el cumpleaños. Para ello, han confeccionado una lista con los nombres de aquellas internas que han cumplido en los meses comprendidos entre la última fiesta y la actual. Yo ayudo a identificar a las internas cuando no las conocen y, si yo tampoco las conozco, pedimos ayuda a las enfermeras. A medida que son nombradas, se acercan a la punta de la mesa donde está la torta. Entonamos en coro la canción del “cumpleaños feliz” y al finalizar se espera que apague de un soplo el fuego de la velita. Este ritual se repite con cada cumpleaños. Yo me encargo de tomar una fotografía a cada una cuando llega su turno junto a la torta. Sonríen, se alegran y posan para la foto. A aquellas que no pueden movilizarse hasta allí se les lleva la torta al lugar donde estén sentadas y, quienes no pueden soplar las velitas, son ayudadas”.

La máquina de fotos llama mucho la atención de las internas, quienes me piden que les tome fotografías. Posan entre ellas, con alguna enfermera o con los familiares que acudieron a la fiesta.

“Belén está sentada al lado de Alicia. Una de las psicólogas que hace poco que está trabajando en la sala me pregunta por ella ya que no la había visto

nunca. Le cuento que suele pasar la mayor parte del día encerrada en la Sala de contención porque se “escapa” de la sala. Luego, una vez finalizada la fiesta Belén salió corriendo de la sala y una enfermera tuvo que correr tras ella para traerla de vuelta”.

El ritual del cumpleaños implica un reconocimiento colectivo para cada interna. Constituye un momento de distinción e individuación, donde cada una es nombrada y homenajeadada en el ritual de la torta y su vela y el canto del cumpleaños, ritual que rompe con la estructura alienante de la institución. En su repetición anual, el cumpleaños rememora el nacimiento y celebrarlo es recordarlo. Este recuerdo es una forma de conmemorar la identidad personal, es una forma de homenaje y de reconocimiento como persona. La fiesta es un momento de distinción también para el equipo de enfermería que participa en el ritual de la torta si ha sido el cumpleaños de alguna de sus integrantes.

“Durante la fiesta se escucha música que sale de un reproductor de cd de Dora. Colocan cds de música de cuarteto que da lugar al baile en el que participan algunas internas, familiares, enfermeras y personal del equipo de la sala”.

En algunas fiestas va la murga del hospital: “Los crusamenteros”. Llegan luego de la torta, sonando los tambores y con sus ropas de colores:

“La mayoría salimos a su encuentro de la murga que avanza por el camino a la sala. Afuera el día está lindo, ideal para aprovechar el parque del hospital. Varias pacientes bailan contentas, tratando de imitar los pasos de la murga y de seguir el ritmo de los tambores. Entre ellas está bailando Silvana que me sorprendió verla de buen humor”.

Si la murga no acude, sólo se baila dentro de la sala al son de un cuarteto o una cumbia que ponen en el reproductor de música de Dora. La fiesta va terminando lentamente, entre el baile y la distribución de la torta y terminar de comer lo que queda. El equipo profesional se retira como llegó, todo junto, salvo

que algún miembro deba finalizar alguna tarea. Las internas se van dispersando del lugar y se dirigen a cambiarse de ropa: se sacan la vestimenta de fiesta para ponerse otras prendas más cómodas. La empleada de la limpieza comienza a barrer y baldear el suelo, mientras algunas internas ayudan a mover las mesas y banquetas nuevamente al comedor. De a poco el orden alterado es restablecido. La comida del almuerzo llegará a la hora habitual y antes de que llegue se repartirá la medicación.

Estas fiestas, si bien se realizan dentro de la institución, reflejan una permeabilidad con el afuera. Son momentos especiales de convivencia social, donde las personas ocupan roles distintos a los habituales. Los “anfitriones” son enfermería y el equipo de sala, los invitados son los familiares, otras enfermeras, profesores, encargados limpieza o de la cocina, etc. y las agasajadas son las internas. De este modo, la fiesta de cumpleaños es sostenida por prácticas que desbordan las funciones formales establecidas para cada trabajador. De este modo, las prácticas de cuidado exceden las prácticas de cuidado del cuerpo para incorporar otras dimensiones, como las emocionales a través de actividades recreativas.

Próxima a la llegada de la primavera, Celia piensa en hacer otra fiesta que organizarán para ese día³⁹: *–Es una fiesta que hace enfermería para los pacientes –* aclara para diferenciarla de esta otra fiesta que coordinan con el equipo de la sala. Han invitado a *“tres chicos del servicio de limpieza que se van a disfrazar de payasos”* y la fiesta tendrá lugar en la Sala 3.

3. No participar

Aunque las fiestas sean un momento de agasajo para las internas, no todas quieren participar de la celebración:

“Chiquita, cuando fue su turno, lloró y no quiso soplar la velita”.

³⁹ En Argentina la “Fiesta de la primavera” es un evento muy celebrado que coincide con el día del estudiante.

“Silvana está enojada porque no vino su familia. Celia la convence de soplar la velita junto a ella. Belén quiere soplar aunque no haya cumplidos los años. A pesar de estar siempre encerrada, no quiere perderse ese momento”.

“Cuando llega el turno de Romina de soplar la velita las enfermeras van a buscarla pero ella no quiere participar de la reunión. Echa su cuerpo para atrás mientras las enfermeras la toman de los brazos, una de cada lado, para acercarla a la torta. A pesar de la insistencia, Romina se resiste y les saca la lengua. Ello genera una explosión de risas entre las enfermeras que la sueltan. Romina ha logrado librarse de ellas y se vuelve hacia el sector de las camas”.

Otra cumpleañera que tampoco quiere festejar es Pope:

“La enfermera me cuenta que Pope se enojó porque ella le tiró una *“bolsa con basura”*, por lo cual *“se sacó la ropa y se acostó”*. Le pregunté extrañada porqué Pope estaba con una bolsa de basura. *–Esas cositas que ella va juntando –me explica la enfermera”*.

Evidentemente, lo que era objeto de desecho para la enfermera para Pope eran cosas dignas de guardar. Llevar en una bolsa a cuesta era su modo de preservar sus pertenencias. Ante la pérdida de sus objetos a modo de protesta, Pope rechaza la fiesta que les han preparado y, como sucede cuando la fiesta ha terminado, se quita la ropa con la que la han vestido para la ocasión.

“Alicia también estuvo muy periférica en relación a la fiesta. Conmigo no quiso hablar, y manifestó estar muy enojada. Ello fue a raíz de una discusión acerca de quién quemó a Mónica en el brazo, donde ella era la principal sospechosa. Como no quise involucrarme en la discusión declaró que no va a hablarme más. Alicia apareció después que terminó la fiesta, con mala cara y algo dormida”.

La fiesta de cumpleaños parece ser una práctica de individuación, de subjetivación, de distinción. Pero también una práctica que refuerza la cohesión social, mediante la adhesión afectiva al grupo. Integración en un todo colectivo, del que no todas quieren formar parte, lo que manifiestan al no participar. Micaela, quien marca distancia con sus compañeras por sentirse diferente a ellas, no aparece en toda la fiesta como me había dicho que haría aún cuando participó en los preparativos.

4. Los familiares

En la última fiesta de cumpleaños, que por lo general se realiza una mañana de diciembre, se aprovecha para celebrar también el fin del año.

“Sobre las mesas, las enfermeras ponen unos centros de mesa navideños: unas piñas con unas velas rojas” (Nota de campo, 2011).

Por lo demás, toda la dinámica de la fiesta es igual a las anteriores. Lo que sí varía notablemente es la presencia de los familiares. En años anteriores, sólo se realizaba una única fiesta a fin de año y los familiares eran invitados mediante una carta enviada por correo postal. Por ello, quedó instaurada en algunas familias la costumbre de acudir a final de año. No siempre se realiza una invitación formal a las familias para que concurran a la fiesta. Ello depende de la organización del equipo de la sala y la cantidad de trabajo que tengan. De todas formas, algunas familias llaman para preguntar cuándo harán la fiesta o se enteran por casualidad cuando llaman o concurren a la institución por otro motivo. La observación del equipo es que la concurrencia de los familiares tiende a ser la misma se los invite o no.

La ubicación de los familiares durante la fiesta es en la parte de adelante del *hall* de entrada, junto a la puerta, sentados sobre los bancos de cemento al costado izquierdo o sobre sillas y bancos de madera sobre el costado derecho. En el medio queda un espacio libre de circulación que funciona como pista de baile.

“Entre los familiares está Fabiana, la mamá de Rosario. Está sentada al lado de su hija esperando que la fiesta comience. Fabiana me dice que *“la está controlando porque se pone nerviosa y golpea a las chicas”*. También agrega que no pudo venir el mes pasado porque está con un problema de salud. La saluda a Narina, se abrazan, Fabiana le besa la mano. Luego me dice que la ve muy flaca, que le preocupa que esté enferma ya que se quejaba de dolor de estómago. Luego me pide una foto con su hija y con Narina y Carla. Me dice que un paciente le preguntó cuál era su hija y ella respondió que las tres”.

“También hay otra mujer, con los lentes de sol puestos. Es la hermana de Nélide. Está muy reticente a hablar; la noto enoja pero poco a poco me va contando cosas. Me dice que tiene cuatro hermanos, dos internados en el Hospital Bell Ville y dos internados en el Hospital de Oliva. Sus padres murieron y ella a su vez tiene 11 hijos. Me dice que su hermana está *“internada allí bajo juez”* quien no dejó que Nélide se quede con ella por la cantidad de hijos que ella tenía que cuidar. Me pregunta por Mónica, me dice que la ve muy deteriorada, que antes estaba con su pelito largo, rubio y ahora lo tiene corto. Quiere hablar con la psiquiatra por la medicación que le dan a su hermana, que antes ella la tenía perfecta, sin problemas y sin tomar medicación. Prefiere la atención que dan en el otro hospital, donde le parece que los cuidan mejor. Después suaviza sus palabras señalando que no es la culpa de las enfermeras sino del Estado. Durante el tiempo que hablé con ella por momentos se emocionó y le cayeron algunas lágrimas.

También está la madre de Olga con su pareja, quienes viajaron ese mismo día en ómnibus desde su ciudad cerca de Córdoba. Ella pide hablar conmigo porque me ve hablando con los demás familiares. Se va cuando la ve más tranquila a su hija, sin saludarla para que no se altere.

Elba es la madre de Alberta, *“la nena”*. Vive en Villa María. Llamó justo esa mañana y se enteró que era la fiesta. Se enojó bastante por no haberlo sabido antes. Pero por suerte, me dice, consiguió que un amigo la trajera en auto y pudo llegar. Antes se cambió de ropa y maquilló para asistir a la fiesta. *“Para ellas es importante que uno esté en las festitas. No es lo mismo que otro día cualquiera”* –me explica. Me cuenta que le compró la silla de

ruedas que tiene Alberta. A ella antes la cuidaba Carmela, pero como ahora no puede hacer fuerza, la cuida Narina y Carla. Me relata un suceso de hace diez años, que fue a verla y estaba con hipotermia por lo que fue a quejarse a Dirección. La trasladaron a clínica médica donde la trataron con bolsas de agua caliente. Allí escuchó a una enfermera que decía que había que retirarle las bolsas de agua caliente, ya que “la paciente era de salud mental y con ellas no se tenía contemplación”. Me lo relató con mucho enojo. Desde entonces nota que la atención ha mejorado mucho.

Luego veo a un señor que está con Samanta. Me acerco a preguntarle si es un familiar. Me dice que sí, que él es su hermano de crianza y que ha venido a verla desde La Calera (un localidad al norte de la provincia). Me cuenta que Samanta cumple los años el 15 de febrero y que quiere venir ese día. Me pide que por favor lo llame unos días antes para recordarle así puede organizarse para venir. Samanta le sonrío. A veces llora, entonces él le dice que se va si ella llora; entonces, ella sonrío.

La última familia con la que hablo es la de Libia. Vino su hermana, su hermano y el hijo de éste a verla desde Córdoba. La hermana me señala que le nota un tembleque que antes no tenía y que la ve muy jorobada. Quiere saber, llegado el momento de su muerte, quien se hará cargo del sepelio de Libia, si la institución o ellos” (Nota de campo, 2011).

Por los intersticios de la vida institucional se cuele la presencia familiar. En aquél momento, el “afuera” se hace presente “dentro”. Su presencia en las fiestas de cumpleaños crea un lazo entre la vida institucional y la vida familiar. En este momento de encuentro, se produce una unión entre ambas instancias. Cada familiar testimonia con su presencia una historia de vida fuera de la institución, en un tiempo pasado, cuando el vínculo familiar podía alojarla en el hogar. Aquellas mujeres cuyas familias no se presentan en la fiesta, reclaman por ellas:

“Rebeca preguntó por sus primos Eusebio y Tito insistentemente. Chiquita preguntó por su hermana una y otra vez. No les bastaba mi no sé. También Pocha reclama por su familia. En cambio Gloria estaba más tranquila”.

El cumpleaños puede ser la ocasión de un festejo, un día de emoción, de consideración, de recibir saludos y regalos, tal vez visitas y llamados. Generar expectativa, ilusiones. También la oportunidad de irse a visitar a la familia para después volver. La fiesta de cumpleaños cambia el ritmo habitual de la sala y permite una ruptura de los comportamientos ordinarios: cambia la comida (por otra más "rica"), el lugar donde se come, la ropa (más elegante) y el decorado, llegan visitas, y todos los profesionales de la sala están presentes. También hay baile y un homenaje con el ritual de la torta y la vela. Cambia la puesta en escena pero, una vez finalizada, se regresa al orden habitual. La fiesta genera una ruptura con el tiempo monótono de la vida cotidiana, para dar lugar otras prácticas.

La fiesta convoca a distintas personas, tanto de dentro como de fuera del hospital. Se visibilizan todos los actores sociales sincronizando su presencia en la sala. Aumenta la presencia externa y por lo tanto la mirada.

CAPÍTULO 6

DE LA CASA AL HOSPITAL

-Devenir paciente-

Devenir:	Llegar a ser. / Sobrevenir, suceder, acaecer.
Paciente:	Que tiene paciencia. / Que recibe o padece la acción de un agente. / Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. / Persona que es o va a ser reconocida médicamente (DRAE).

Desde la situación de internación, las mujeres de Sala 2 construyen su vida cotidiana entre los pilares impuestos por la rutina hospitalaria. La sala las aloja en calidad de “pacientes”, rol que desempeñan de forma permanente. Pero esta realidad compartida, que se impone a todas las internas por igual, esconde detrás distintas historias que tuvieron lugar en otros sitios alejados en tiempo y espacio. Cada una de las internas habitaba antes en un espacio familiar muy diferente al actual lugar de residencia. Pero, ¿cómo llegaron aquí?, ¿cómo se desintegró el sostén familiar que las retenía en el hogar?, ¿qué itinerarios recorrieron?, ¿qué actores sociales intervinieron en ese recorrido? Es decir, ¿cuál es la carrera moral (Goffman, 2007) como (pre-)pacientes? Una de las características de la internación de larga estadía en las instituciones manicomiales es el proceso de des-historización que sufren las personas: “...el enfermo mental del hospital psiquiátrico es deshistorizado y arrancado de su realidad” bajo un poder destructivo e institucionalizante, sostiene Basaglia (1972:140). Recuperar sus historias posibilita mirar a las mujeres internas como sujetos históricos, cuyas vidas traspasan las fronteras de la institución. Pero, ¿dónde se guardan estas memorias?, ¿quién las posee?, ¿dónde se guardan?, ¿cómo recuperarlas?

Indagar sobre el proceso de “devenir paciente” implica tanto atender al recorrido que las condujo desde su hogar hasta la institución, como también el momento del primer encuentro con la institución, el cual queda plasmado en las historias clínicas, documento que las acompañará en toda su vida hospitalaria.

I. Los otros como biógrafos: las historias clínicas

El primer encuentro de las internas con la institución tiene como correlato la apertura de una historia clínica. La historia clínica es un documento escrito de carácter médico-legal, cuyos orígenes se ubican en la época hipocrática. Será con la introducción de la disciplina en los hospitales que pasa a ser un instrumento más de control que posibilita una medicina individualizante (Foucault, 2002). La disciplina permite aislar a cada individuo, instalarlo en una cama y prescribirle un régimen, mientras es observado, vigilado, conocido y curado. Así, el individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica, a la vez que la medicina puede observar a un gran número de individuos (Foucault, 1996).

En la historia clínica se asientan las prácticas médicas y de otras profesiones llevadas a cabo con un paciente. A cada paciente le corresponde una única historia clínica que está identificada con un número seriado asignado por el área de estadística del hospital. Este documento funciona como “cédula de identidad hospitalaria”, en la medida en que otorga el estatuto de paciente y su pertenencia como tal a la institución. En este sentido, puede entenderse a la historia clínica como un *soporte de la identidad*, componente de la identidad personal como la define Goffman (2003), donde tienen lugar una combinación única de los ítems de la historia vital. Es un elemento de diferenciación con respecto a otras personas que le otorga a cada interna unicidad, en el sentido de construir una única historia continua de su biografía. A ello podemos agregar que la historia clínica construye una “historia oficial” de estas mujeres.

Las historias clínicas de las internas de Sala 2 se encuentran ubicadas en una estantería, ordenadas alfabéticamente, en el box de enfermería. Consisten en unas carpetas de cartulina de diferentes colores (el color no implica distinción alguna) en cuya tapa figura el nombre de la interna a la que pertenece junto a la leyenda HC N° XXX (Historia Clínica y su número correspondiente). En algunas portadas puede leerse “judicial”, lo que permite identificar rápidamente la situación de internación de su propietaria.

Las internas conocen que en estas carpetas se asienta información relativa a sus vidas. Cuando alguien está trabajando con las historias clínicas suelen

preguntar si esa carpeta es de ellas o señalarlas cuando quieren saber algún dato personal, como el teléfono de un familiar o el día de cumpleaños.

Por dentro, la historia clínica está compuesta de una serie de hojas blancas manuscritas, intercaladas por unas tiras de cartulina que sobresalen de la hoja y que sirven para separar el espacio de escritura de cada profesión o área del saber: Psiquiatría, Psicología, Psicopedagogía, Servicio social, Evolución clínica, Enfermería, Cardiología, Laboratorio. Los escritos que se asientan allí son acompañados por la fecha y la firma y sello del profesional interviniente. En la confección de la historia clínica participan diferentes profesionales, a diferencia de los otros registros de la sala de los que sólo se ocupan las enfermeras. Es decir, todo personal que lleve a cabo una práctica profesional con una interna deberá dejarla aquí asentada. Ello incluye a los profesionales de otros servicios ya que su uso no se restringe a la sala, sino a las fronteras de la institución.

En su contenido, los registros en las historias clínicas reflejan una visión técnico-profesional sobre la mujer interna. En ellas se consigna aquellos datos referentes a identificación personal, al diagnóstico, información sobre su historia vital y sobre el transcurrir dentro de la institución: derivaciones, visitas, altas, controles médicos, etc. Es decir, es un documento donde se conjugan diferentes aspectos y miradas disciplinares que vuelcan tanto información patográfica⁴⁰ como del orden socio-familiar e institucional en distintos períodos temporales. De este modo, emerge una narración fragmentada donde se la relata como “paciente” o como “sujeto enfermo”.

¿Cuál es la importancia de la historia clínica en la institucionalización psiquiátrica? Como dato etnográfico, las historias clínicas ofrecen información sobre la vida de las internas, tanto antes como durante la internación, a través de un relato escrito. Esta narrativa se construye con los datos que cada profesional, conforme a su saber, considera relevante de registrar y transmitir a otros profesionales que la consulten. A la vez, para un profesional nuevo, la historia clínica le permite conocer la historia de la interna. De esta manera, la historia clínica se convierte en un instrumento de registro biográfico, espacio de inscripción de una historia de vida sesgada por la mirada médico-sanitarista. La

⁴⁰ Patografía: en medicina, descripción de las enfermedades (RAE).

historia clínica constituye una suerte de “biografía clínica”, en la medida en que narra la vida de las internas desde un punto de vista clínico.

Esta historia está conformada por una voz coral donde la institución habla de las internas. Pero a la vez se registran otras “voces” externas a la institución: la de un familiar, la del juzgado, e incluso la de la propia interna.

Como instrumento de identidad y memoria, tiene especial importancia en aquellas mujeres sin familia y que no pueden expresarse verbalmente: quién es y cuál es su historia son informaciones que quedan allí escritas dando continuidad a una información sobre su persona, rescatándola del olvido. Además, las historias clínicas se constituyen en un registro escrito de gran parte de la vida de estas mujeres considerando que la internación ocupa la mayor parte de éstas. De allí que pueda considerarse a la historia clínica como un *soporte de la identidad y memoria* plausible de analizar como tal en la investigación.

Si bien las historias clínicas pertenecen a las pacientes, ellas no tienen acceso a éstas. Entonces, ¿para quién se escriben las historias clínicas?, ¿a qué lector van dirigidas? En primer lugar, un profesional escribe para los demás profesionales. De este modo, es un instrumento que facilita el trabajo en equipo al plasmar por escrito las intervenciones. Además, son un testimonio de las intervenciones realizadas por lo que tiene peso probatorio en un contexto jurídico.

La primer página de la historia clínica corresponde a la “hoja o ficha de admisión”. Ésta se completa en el momento en que la mujer toma contacto por primera vez con la institución. Existen varios modelos de estas hojas según la época en la que fueron confeccionadas. Cuando Sala 2 formaba parte de la Colonia Alborada, la hoja de admisión presentaba características particulares. Éstas estaban encabezadas con la leyenda “Identificación y diagnóstico”, lo cual resume los datos que se consignan en ella:

Apellido y nombre:		Masculino/femenino:
Estado civil:	Fecha nacimiento:	Lugar nac.:
Pcia:		
Nombre de la madre:		DNI:
Fecha:	Domicilio:	Te:

Nombre o dirección del pariente o amigo:		
Fecha de diagnóstico:	Servicio	Diagnóstico código:

Si bien las historias clínicas guardan los datos de contactos de los familiares, aquí llama la atención la importancia que tiene la figura de la madre a diferencia de la del padre. También deja lugar para consignar los datos de otro pariente o amigo, lo cual es especialmente importante en el caso en que sea éste el único vínculo con el que cuenta la interna.

Otra característica de estas hojas de admisión es que éstas estaban ideadas especialmente para registrar la patografía psiquiátrica en detalle:

1. Enfermedad actual, 1.1 descripción, 1.2 circunstancias de aparición, 1.3 características de sus síntomas, 2. Antecedentes: 2.1. complicaciones en el nacimiento, 2.1.1 eclampsia, 2.1.2 parto distócico, 2.1.3. anoxia, 2.1.4. prematuridad, 2.2. desarrollo de enfermedad de la niñez, 2.2.1. signos de maduración, 2.2.2. complicaciones postmeningo encefálicas, 2.3.1. hospitalizaciones, 2.3.2 medicaciones, 2.4 sistema nervioso: 2.4.1 traumatismo de cráneo, 2.4.2. parálisis, 2.4.5. parestias, 2.4.6. trastorno del lenguaje y de la escritura, 2.5. toxicomanías: 2.5.1. alcoholismo, 2.5.2. drogas, 2.6. hábitos e intereses, 2.7. historia sexual, 2.8. historia marital, 2.9 embarazos, 2.10 hijos, 2.11. grupo familiar de origen. 2.11.1. composición, 2.11.2. interrelación, 2.11.3. estado cultural, social y económico de la familia, 2.11.4. cambios y eventos importantes, 2.11.5. ambiente psicológico del hogar, 2.11.6. antecedentes psiquiátricos neurológicos, 2.12. estudios, 2.13. servicio militar, 2.14. actividades laborales, 2.15. actividad social grado y tipo, 2.16. creencias religiosas, 3. Examen: 3.1. apariencia personal y comportamiento durante la entrevista, cooperación, 3.2 afectividad, 3.3. actividad psicomotora, 3.4. conciencia (sensorio), 3.5. orientación, 3.6. contenido y curso del pensamiento, 3.7. percepción (ilusiones, alucinaciones), 3.8. funciones intelectuales, 3.9. memoria, 3.10. inteligencia (coeficiente estimado), 3.11. juicio, 4. Diagnóstico, 5. Fecha, 6. Firma.
Anamnesis y examen físico:

Parte de los datos registrados por la semiología psiquiátrica buscaban indagar los antecedentes de la enfermedad que incluían tanto aspectos biológicos como psico-sociales. El coeficiente intelectual se estimaba utilizando un test de inteligencia. Con el paso del tiempo, la ficha de admisión se fue modificando y simplificando. Con la desaparición de la Colonia, la Sala 2 pasa a formar parte del hospital general y la ficha de admisión fue modificada conforme a la utilizada por los demás servicios médicos de la institución. Por lo tanto, la semiología psiquiátrica en detalle desaparece de los registros.

Cuando el ingreso de una nueva interna tiene lugar por la guardia médica de la institución, el psiquiatra de guardia que la evalúa indica la internación en Sala 2 asentándolo en un Rp⁴¹.

“La historia clínica de Rosario tiene dos Rp de los médicos psiquiatras solicitando la internación en la Sala 2. También hay dos declaraciones de admisión firmadas por su madre” (Nota de campo, 2013).

Además del examen psiquiátrico, cada ingreso a Sala 2 es acompañado de una revisión médica general. Luego, cada profesional que trabaja en la Sala pasará para conocer a la nueva interna y dejar asentado un primer registro.

La historia clínica es un elemento inseparable de la condición de paciente, donde se asienta, entre otras cuestiones, el diagnóstico. Este diagnóstico se plasma en la hoja de admisión, el cual surge de la examinación médico-psiquiátrica. Las internas que vienen derivadas de otro hospital o que llegan con pericia psiquiátrica ya han sido diagnosticadas y dicho diagnóstico respalda en parte esta derivación.

La salud y la enfermedad se presentan como categorías opuestas y es aquí donde la medicina interviene, cumpliendo un rol central, al evaluar a las personas y determinando, desde un discurso socialmente validado, si éstas se ubican en el campo de la salud o en el de la enfermedad. Este proceso corresponde a la “evaluación diagnóstica” que, en el caso de estas mujeres, se establece en función de una nosología psiquiátrica.

1. Diagnóstico

En los márgenes de las técnicas modernas de “adiestramiento” surgieron, argumenta Foucault (1996), los “incorregibles” de donde deviene el “anormal”. Ese monstruo banal del siglo XIX, sobre el que se construye una teoría general de la “degeneración”, va a servir de cuadro teórico y de justificación social y moral a todas las técnicas de identificación, clasificación e intervención sobre los anormales. Se reorganiza una red institucional compleja en los límites de la

⁴¹ Abreviatura del latín *recipe* (“dispéñtese o tómese”) utilizada para denominar a la “receta médica”.

medicina y de la justicia, con la finalidad de servir de estructura de “ayuda” para los anormales y de instrumento de “defensa” de la sociedad (Foucault, 1996).

Es preciso señalar que las categorías diagnósticas utilizadas han ido cambiando de nombre con el tiempo ante una necesidad de actualizarlas. Así, la categoría oligofrenia (del griego: poca mente) figura en las historias clínicas más antiguas con su clasificación de *débil, morón, imbécil e idiota*. Estas categorías psiquiátricas han devenido en insultos en el habla coloquial, por lo cual deben ser cambiadas en un fenómeno donde el estigma de la enfermedad se transfiere a la palabra que la nombra y viceversa. Actualmente, en el hospital se utiliza la categoría “Retraso mental” que recogen los manuales internacionales de psiquiatría DSM-IV-TR⁴² y CIE-10. En la bibliografía especializada, la categoría retraso mental es utilizada para designar:

“...una gran variedad de condiciones físicas y mentales. Las personas mentalmente retrasadas varían en gran manera en cuanto a capacidad intelectual, desde el individuo profundamente retrasado que carece de lenguaje, cuyo cociente intelectual no puede detectarse por medio de test y ha de llevar una vida vegetativa, sometida a constante control médico, hasta el levemente retrasado, que aparente poseer una capacidad intelectual perfectamente normal hasta que se enfrente a las tareas escolares de matemáticas o de lectura. Hay personas retrasadas que padecen, asimismo, deficiencias físicas, y otras que no presentan ninguna. Pueden tener algunas graves problemas emocionales, mientras que otras se hallan notablemente bien adaptadas. Habrá quienes necesiten ayuda y protección durante toda su existencia, y quienes consigan llevar una vida adulta independiente” (Edgerton, 1985:18).

Es decir, este término se aplica para diagnosticar a personas que vivencian situaciones y dificultades muy heterogéneas. El foco está puesto en una capacidad intelectual disminuida que es abordada mediante el empleo de test de inteligencia. Pero en su última versión, el DSM-V (2013), esta categoría es reemplazada por la noción de *Trastorno de desarrollo intelectual*, o discapacidad intelectual, y por

⁴² El “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, conocido como DSM y elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), permite describir y diagnosticar los diferentes trastornos mentales. En el DSM-IV-TR figura, dentro de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, la categoría “Retraso mental” definida como: La existencia de una capacidad intelectual inferior, expresada en un coeficiente de inteligencia de 70 o menos en un test administrado individualmente.

Retraso global del desarrollo dentro de la categoría “Trastornos del neurodesarrollo”. Se mantiene la clasificación anterior de leve, moderado, severo, profundo. No obstante, en el campo de estudio (y en el CIE-10⁴³) continúa vigente la categoría anterior, la cual emerge de las historias clínicas. Estas categorías diagnósticas⁴⁴ devienen en el campo en las categorías: “retrasada” o “profunda”, que en ocasiones son usadas de forma coloquial para nombrar a las internas. La categoría se convierte en adjetivo que recae en la totalidad de la persona.

El diagnóstico es una herramienta clasificatoria que tranquiliza al terapeuta y a la familia del enfermo al introducir el orden que clasifica a un paciente en función de la etiología de su enfermedad y de sus síntomas; pero a la vez dice Caudill (1966:124), se rotula al paciente de modo tal que muchas de las comunicaciones que provienen de él pueden ser tranquilamente ignoradas. El problema de las categorías diagnósticas es que éstas desembocan, siguiendo la reflexión de Lentini (2007), en una construcción objetualizante de las personas: una mirada que se dirige al déficit, al trastorno, a la disfunción, se vuelve problemática cuando en ese mismo movimiento difumina los aspectos singulares y subjetivos del individuo hasta fundirlos en la patología. Para este autor, la discapacidad mental constituye no sólo una categoría situada dentro de una lógica de control social sino también “una forma de vida saturada por los principios y supuestos provenientes del discurso médico-psiquiátrico; esto es: infantilizada, patologizada, administrada en el espacio y en el tiempo, condenada a la heteronomía, fallida y deficitaria, marginalizada, subordinada al saber de la ciencia” (p. 102).

La facultad de diagnosticar se constituye en un instrumento de poder del saber médico. Teniendo en cuenta que los procesos de marginación se acompañan de estereotipos racionalizadores y justificaciones morales (Juliano, 1992:18), cabe preguntarse en que medida el diagnóstico médico y el criterio de peligrosidad actúan como tales. Basaglia (1972) se interroga si el diagnóstico no es sino una

⁴³ En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), recomendado su uso por la Organización Mundial de la Salud, continúa vigente la categoría “retraso mental” definido como: “Estado de desarrollo mental incompleto o detenido caracterizado especialmente por un deterioro de las capacidades que se manifiestan durante la fase de desarrollo, capacidades que contribuyen al nivel global de inteligencia, por ejemplo, las funciones cognitivas, el lenguaje y las habilidades motrices o sociales”.

⁴⁴ Sobre los efectos de estigmatización de estas categorías, el trabajo de Juan Antonio Seda (2011) hecha luz sobre esta cuestión.

simple etiqueta que, bajo la apariencia de un juicio técnico-especializado, disimula una profunda significación discriminatoria. Para él, el diagnóstico es mero accidente en la relación de poder que se entabla entre el médico y el enfermo. El diagnóstico es una ocasión, dice Basaglia (1972:139), para que se cree un juego de poder-regresión que resultará determinante en las formas de desarrollo de la enfermedad en sí misma.

Una de las implicancias del diagnóstico es que puede operar como una “ceremonia de separación”, en la medida en que fija a una enfermedad mental, e implica la ruptura de los lazos sociales previos o la imposibilidad de establecerlos (Juliano, 2004). Ello es así especialmente cuando el diagnóstico es seguido por una internación. Como señala Goffman (2007) desde una perspectiva sociológica, la concepción psiquiátrica de una persona, entiéndase por ello al diagnóstico, “sólo cobra significado en cuanto altera su destino social; y en nuestra sociedad esta alteración parece hacerse significativa solo cuando la persona es sometida al proceso de hospitalización” (p. 34). De este modo, el diagnóstico tiene consecuencias *performativas*, en la medida en que crea aquello que nombra: un sujeto apto, en cuanto a reunir las características necesarias para transformarse en un paciente-interno de la institución y de objeto intervención médica. Además, para la administración de la salud pública, el diagnóstico tiene importancia para decidir el hospital de destino, aunque pueden establecerse excepciones.

Si bien puede establecerse una diferencia entre la discapacidad intelectual con otros trastornos mentales que podemos designar como psicosis, esta distinción no es central en este trabajo. Considero que tanto la discapacidad intelectual como el campo de la psicosis, han recibido un trato similar por parte de la psiquiatría, sobre todo porque les ha destinado el mismo lugar de marginalización y segregación y los ha hecho objeto de institucionalización. Ambos padecimientos, componen una misma gama de “padecimientos estigmatizantes” (Menéndez, 1997) en los cuales la identidad está deteriorada y definida por el lugar social que le es dado.

Otro aspecto que puede señalarse es que la nosología psiquiátrica se ha construido, afirma Szasz (1976) sobre el modelo de las ciencias naturales. Para este autor, los llamados pacientes mentales no tienen enfermedades médicas y corporales; sino enfermedades que son “funcionales”. Considera que la

enfermedad es algo que sólo puede afectar al cuerpo; por lo tanto, considera que las enfermedades mentales son enfermedades metafóricas, es decir, son enfermedades sólo en un sentido análogo y que la psiquiatría toma a esta metáfora literalmente.

Lentini (2007:102) afirma que la posición del saber psiquiátrico es indisociable de la producción de un orden que plasma en la cuadrícula social el lugar asignado a la discapacidad mental, predicando de este modo su gestión y regulación mediante dispositivos institucionales. Conforme a ello, en esta tesis, el diagnóstico tiene importancia en la medida en que permite entrever cómo, a partir de éste, las trayectorias vitales de estas mujeres son intervenidas y gestionadas socialmente.

2. Fotografías

Otra de las características de las fichas de admisión antiguas es que éstas contienen fotografías de las internas. Una cuadrícula reserva el espacio para pegar estas imágenes y bajo cada foto se apunta la altura, edad y peso de la interna. Estas anotaciones reflejan la importancia que tienen los aspectos físicos en el ámbito médico, que se presentan como parámetros de medición “objetiva” y que permiten dimensionar la imagen de la persona.

Estas fotografías responden a las características de la foto-carnet utilizadas para los documentos de identificación personal: son en blanco y negro, de 3x2 cm, tomadas de frente hasta la altura de los hombros dando importancia al rostro. Fueron tomadas en el hospital y se registran con distancias temporales variables, aproximadamente de dos o tres años.

Como los documentos que utilizan los Estados para identificar a las personas, las historias clínicas se servían de las imágenes fotográficas del rostro, uno de los rasgos de distinción más importantes de un individuo. Pero a la vez, se requerían más fotos a medida de que pasaba el tiempo, lo cual denota que se contemplaba que la persona iba a tener una larga estadía en el lugar y que su imagen reflejaba algo de esa evolución. De este modo, la imagen se volvía objeto del saber médico.

Silvia, que ingresó en el año 1968, es una de las pacientes que tienen fotografías en su historia clínica. Le muestro estas fotografías:

-¡Soy yo! –exclama Silvia.

-¿Y ésta? –le pregunto señalándole la foto de al lado.

-También –me responde.

-¿Cómo sabés que sos vos?

-Por el pelito.

Le muestro a Beatriz sus fotos:

-¿Ésta sos vos?

-Esta soy yo, ese es mi pelo largo que tenía yo. Me trajeron acá y me tomaron la foto de cuando me trajeron. Me trajeron, estaba una señora que se llama Rogelia, acá me saqué la foto, acá, en el hospital me saqué. La foto la tenía que sacar para el documento. En el documento tenía la foto.

Howard Becker (2011) señala que en las fotografías, tanto cuando se las produce como cuando se las contempla, se está empleando una teoría. Las experiencias de vida quedan registradas en los rostros, la vida que una persona ha llevado deja huellas físicas (2011: 103). Tanto Silvia como Beatriz se detienen en el largo de su cabello al contemplar la foto y en ningún otro rasgo como puede ser la juventud, el peinado o la vestimenta. El largo del cabello marca un antes y un después del ingreso a la institución. Las imágenes de los rostros están allí para ser leídas, para entenderlas en función del paso del tiempo. También se constituyen en elementos de identidad y memoria en la medida en que dan continuidad en el tiempo a la imagen de una persona. Como dice Elias (en Becker 2011), el rostro, más que cualquier otra parte del cuerpo, es la vitrina de la persona.

La “desfiguración personal” que Goffman (2007:32) identifica como suceso en el momento del ingreso a la institución donde se despoja al interno de su acostumbrada apariencia, no es algo que aquí ocurra inmediatamente. Incluso las internas recién llegadas (y las de mayor antigüedad) utilizan las ropas que traen de su casa. El cambio de la apariencia es principalmente visible con el corte del cabello y se produce de forma gradual.

Las fotografías y las mediciones de peso y altura, la minuciosa semiología, etc. formaban parte de los procedimientos de admisión de la institución. Ahora persisten otros, como la anamnesis, revisión médica, asignarle una cama, etc. Procedimientos que para Goffman (2007) mejor podrían llamarse “de preparación o programación”, a través de los cuales el recién llegado es modelado y clasificado “como un objeto para introducirlo en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina” (Goffman, 2007:28-29).

3. Evoluciones

A la hoja de admisión le siguen las hojas correspondientes a cada profesión, las cuales se completan durante el transcurso de la internación. El acto de escribir en una historia clínica se llama “evolucionar”. Dicho término refleja la importancia del factor temporal en la historia clínica ya que permite registrar los cambios en la enfermedad y en el estado del paciente que se producen a lo largo del tiempo. En estas “evoluciones” se registran tanto las continuidades como las interrupciones, las cuales marcan el ritmo con que se inscriben estas historias. De este modo, en las historias clínicas se asientan datos referentes a la vida anterior a la institucionalización, como así también de la vida actual en la institución: altas, fugas, medicación, los distintos ingresos y egresos de la institución, etc.

En las evoluciones, cada profesión aporta su mirada que, con el paso del tiempo, construye un relato fragmentado sobre la vida de las internas. En las historias clínicas puede encontrarse información tan diversa de una interna como: su estado anímico, los lazos que establecen en la institución, las actividades que realiza, las comunicaciones que establece, visitas que recibe, sus hábitos, el estado corporal, higiene, coordinación motora, senso-percepción, sus gustos, etc. Los registros de este transcurrir del tiempo en la institución va creando, de este modo, una memoria escrita de estas vidas institucionalizadas. La construcción de la memoria surge como un plus, un efecto extra producido en la racionalidad médica donde las historias clínicas constituyen “soportes de memoria” y los otros se constituyen en biógrafos.

Además de ser un instrumento del saber médico, en algunas historias clínicas pueden encontrarse otros registros diferentes a los del saber disciplinar que generan una interrupción al relato médico-institucional. En una aparece un dibujo, en otra una carta que envió un familiar. Estos son registros sensibles, donde el dibujo da cuenta de un aspecto expresivo de esa mujer y una carta con la voz de un familiar que relata su dificultad para ir a verla. Están allí porque el profesional que recibió estos papeles decidió colocarlos aquí para guardarlos. Son enganchadas a las hojas, en las páginas de trabajo social o psicopedagogía o al final de la historia clínica. De este modo, la historia clínica trasciende su función principal de comunicación patográfica para dar lugar a la inscripción de otra información, de otros relatos sobre la interna. Esta otra información se cuelga, sin tener un lugar estipulado, para dar cuenta de otros aspectos de esa mujer.

La información que brinda la historia clínica, junto a los relatos de las internas y de otras personas, permite conocer las historias particulares de cada una de ellas, sus trayectorias e itinerarios recorridos y recuperar memorias de la vida anterior a la institucionalización.

II. De la casa al hospital

Antes de la institucionalización, estas mujeres habitaban y circulaban por otros espacios donde primaban otros vínculos. En estos otros espacios la categoría paciente no existía pero sí comenzaba a perfilarse una trayectoria que daría lugar a *devenir paciente*.

La propuesta aquí es reconstruir las trayectorias anteriores a la institucionalización, historias que comienzan en un hogar, en una casa, en una familia. La casa u hogar familiar es el primer espacio de pertenencia, lugar de la intimidad, donde ocurre la primera socialización de la persona y el establecimiento de sus primeros vínculos. Distintas situaciones resquebrajan el sostén familiar y motivan la partida del hogar. Desde allí, las mujeres comienzan un camino errante, recorriendo un itinerario más o menos complejo en el cual intervienen distintos actores sociales. Al llegar a la institución, el hogar familiar deja de ser un espacio

cotidiano para inscribirse como recuerdo en el marco de un espacio regido por otro ordenamiento.

El hogar familiar se constituyen como el “otro lugar”, el punto de referencia, de comparación y también de anhelo. Esta experiencia en el hogar y de la vida familiar marca un punto de contraste y remite a otra forma de habitar y de pertenecer a un lugar donde se era hija, hermana, madre, pareja y no paciente. Estas son las historias que quedan ocultas o borradas por la internación.

Por ello, en este apartado se busca recuperar memorias sobre la vida anterior a la institucionalización: la vida en el hogar familiar, los sucesos que precipitan la internación, los caminos recorridos hasta llegar al hospital lo cual suele incluir otras internaciones. Para construir las trayectorias⁴⁵ se recurre al relato de vida que enuncia la propia interna. Pero también se recurre a otras voces que dan cuenta de quiénes son estas mujeres: el relato de sus familiares, personal de la institución e incluso los registros de la historia clínica. De esta manera, las trayectorias vitales se abordan utilizando testimonios orales y escritos. El conocimiento de estas trayectorias sólo es posible de manera fragmentaria, a través del relato de pequeñas escenas donde se asienta el recuerdo, escenas que se marcan y se enuncian, como hitos o puntos de anclaje que permiten estructurar una narración. En las narraciones surgen recuerdos de ese hogar y de aquella vida que quedó atrás, la que se ve y reconstruye desde la distancia y marcados por la situación actual. Estos recuerdos dan cuenta de cómo un mundo conocido se fragmenta para reconstituirse en un nuevo espacio cotidiano donde se reconfigurarán los vínculos anteriores. En la reconstrucción de estas trayectorias, para comprender las prácticas individuales, Bourdieu (1997) señala la importancia de privilegiar el estudio de las lógicas estructurales. Atender a estas lógicas permite ir más allá de la simple acumulación de acontecimientos interpretados en forma teleológica.

En las representaciones gráficas de las internas que realizan en la Escuelita o en la sala, es frecuente que dibujen espontáneamente una casa, la que es representada junto a elementos alegres como las flores y el sol. La casa de Carmela y de Pocha son dibujos que me han regalado. En cambio, la casa de Mónica y de

⁴⁵ Bourdieu (1997) define por *trayectoria* a una “serie de las *posiciones* sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (p.82).

Clarisa dibujaron a partir de mi pedido de dibujar “su” casa. La casa de Clarisa es la más simple pero a la vez la menos estereotipada, ya que dibujó la ventana de su casa donde se ve el sol.



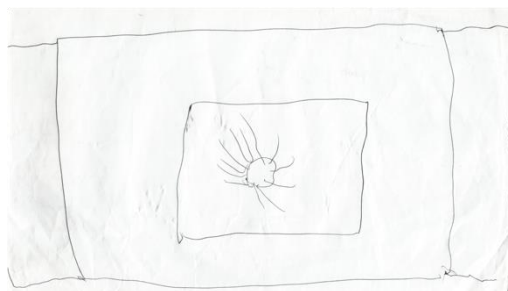
Dibujo 2. Casa de Carmela



Dibujo 3. Casa de Mónica



Dibujo 4. Casa de Pocha



Dibujo 5. Casa de Clarisa

Silvia

-63 años de edad y 45 años de internación al momento de la entrevista –

–¿Dónde vivías?

–Lejos, para allá, así (señala con la mano en una dirección).

–¿Te acordás del nombre del lugar donde vivías?

–Sí,... no, no recuerdo.

–¿Tenés familia?

–Sí.

- ¿A quién?
- Mamá, en la casa.
- ¿Y el nombre?
- Raquel.
- ¿El nombre del papá?
- José.
- ¿Qué pasó con ellos?
- Están lejos, en la casa.
- ¿Cómo era la casa?
- Era grande, tenía un camión.
- ¿Era camionero el papá?
- Sí.
- ¿Y la mamá?
- Comida.
- ¿Tenés hermanos?
- Sí
- ¿Cómo se llamaban?
- Mario, Cristina.
- ¿Y los hermanos donde fueron?
- En la casa.
- ¿Fuiste a la escuela?
- Sí, escribía así (hace el gesto de la escritura).
- ¿Qué pasó que viniste acá, al hospital?
- Me pegaba patadas Josecito... Estaba así (hace un gesto con el dedo índice girando alrededor de la sien) estaba loquito, él, no yo.

El paso de los años vuelve difuso el recuerdo del hogar que ubica como lejano; una lejanía que es de tiempo y espacio y que le lleva a olvidar el nombre de su ciudad. Pero sí recuerda los nombres de sus padres y hermanos, quienes aún existen allá lejos, en una casa distante, inalterados por el paso del tiempo, como si el hogar presentara las mismas características que cuando se formaba parte de él.

Sobre el suceso que desencadenó la internación, Silvia relata un episodio de violencia, las “patadas” que le pegaba su padre. Reconoce esta conducta de la que

fue objeto como violenta e inapropiada, al calificarlo como loco, distinguiéndose de él.

Beatriz

-35 años al hospital al momento de la entrevista-

-¿Te acordás de cuando llegaste acá?

-No me acuerdo... me acuerdo que me trajeron la ambulancia. Un enfermero, la ambulancia y el chofer. El chofer, me trajeron acá y no se qué, no me acuerdo qué chofer que me trajeron. [...] Me acuerdo que me trajeron porque no tenía mamá.

-Y ¿qué te acordás de ese día cuando llegaste?

- Acá cuando *vine nueva*, hace mucho, cuando me trajeron, cuando estaba la Rogelia esa alta, me trajeron porque no tenía familia. Ahora ... toda la ropa que tengo en mi casa, me trajeron apurada en la ambulancia. Me vine porque me trajeron.

-¿Te acordás de cuando estabas nueva acá?

-Me trajeron porque estaba nerviosa porque falleció mi mamá. [...] Estaba nerviosa, cuando me pasó todo eso, todo eso espantoso. Mi casa un despelote.

-¿Y qué te acordás de cuando llegaste?

-Era así, así era yo (me muestra el dedo pequeño) flaca, flaca me vine. Tenía pelo largo para acá cortado el pelo. Cuando me hicieron tener chico, compré una nena yo.

-¿Quién había de las chicas?

-Estaba la Narina, un montón de chicas, la Carmela...

El relato de su historia tiene componentes comunes a los de Silvia. Le pido que me cuente de su familia y cómo llegó al hospital:

-... el otro, el que andaba con mi papá, el otro padrastro que se junto con otros, se junto con otro ahora, le pegó y se mató. ...

-¿Quién se mató?

-Un balazo acá.

-¿Quién?

-Él le pegó, mi papá al otro, al otro le pegó el balazo.

-¿Quién es el otro?

-Ese que estaba conmigo. Padraastro, el otro.

-¿El padraastro?

-Sí, sí, él le pegó un balazo, un cuchillazo acá en la espalda.

-¿Él? ¿El papá? ...¿Vos dónde estabas?

-Estaba durmiendo con una casa, una señora vecina, y vivo con vecino yo ahora, no quiero quedarme en la casa sola, el vecino me cuida a mí porque no me pase algo. Me llevó a una casa donde no tengo donde dormir, me trajeron acá en ambulancia, me trajeron.

-Entonces, después que murió tu mamá y tu papá, ¿quedaste solita en tu casa?

-Yo estaba durmiendo, sentí la puerta, cuando golpeó la puerta el auto, estaba el auto afuera se fueron, dejaron sola la casa.

-¿Quién se fue?

-Él, los dos, mi mamá, mi papá, los dos. Y fueron la pelea en mi casa, estaba sola en mi casa, no tenía dónde meterme, estaba sola, entonces me trajeron porque no, no, con la ambulancia, con todo.

[...]

-...mi papá le pego una puñalada a mi mamá, la mató, estaba tirada en el pasto.

-¿Después que pasó con tu papá?

-El otro no se cómo se llama. No me acuerdo el apellido del otro, el otro no es nada que ver con él, andaba con otras mujeres el otro, estaba separado con otra mujer, se juntó con otro y él se fue con mi mamá, pero no lo quería a él. Y ahora Casa, qué paso en mi casa, dije yo, nada me dijo agarró y me puso en la cama y me puso la camisa, la ropa, la ambulancia, llamaron por teléfono, falleció tu mamá, me dijo, qué dije yo, agarré y me vine, busqué la ropa para cambiarla, estaba todo hecho pedazos, no tenía cara, no tenía manos, nada, toda llena de sangre la cara, me levante de la cama, no me gustaba la cama y yo... Había un camión grande, un camión grande y yo me levanto y ya me vestí lo que vi la pistola y tomé mate con los vecinos,

porque los vecinos me conocen, así que a las 12 comí fideos con carne y me fui a trabajar, que si le pasaba algo a mi mamá me avise, me avise... para qué, me vine, anoche recién la mataron. A las 12 de la noche, tuve que... para qué, para traerle todo...

-¿Qué paso después?

-Yo sabía que pasó una pelea, la pelea que hicieron en mi casa, con la otra mujer que esta con él, a ella no le gustó, a ella no le gusta. Terminó toda la pelea. [...] Vinieron montones de policías, para separar la pelea [...] yo me quede en mi casa, estuve trabajando yo. [...] Y me fue a buscar la policía a mí. [...] ... se llama, ¿qué pasó? Entonces yo agarré la sábana de la cama de ella para tapar la cara que no la vea, porque... unas cosas a ella, me hace mal a mí, me hizo mal a mí, me descompuse y no sabés como me descompuse. [...] Estaba de este lado, cortado, esto acá, estaba en el pasto, en el campo. [...]

- "... me quería matar a mí, a mí me tenía atada con una piola mi tía, estaba flaca así (muestra el dedo pequeño), me tenía atada, no comía nada. Estaba en la casa viviendo así nomás. [...] Estaba viviendo sola en mi casa, mi tía estaba loca, me quería ahorcar, me ató acá, con la soga me tenía atada. Eso, ¿vos viste como tengo acá en la cintura? (me muestra una cicatriz). La puñalada esa.

-¿Quién te apuñaló?

-Ella con un cuchillo. Me robaron toda la plata, me robaron.

-¿Ella te clavo un cuchillo?

-Sí.

-¿Qué pasó con tu tía?

-Estaba tomada, estaba loca, perdida de la cabeza, loca. Vino la policía y se escondió en el campo, en los yuyos se escondió para que no la vean donde está.

Micaela

A diferencia de Beatriz y Silvia, Micaela ingresa recientemente, durante mi trabajo de campo. La veo por primera vez en el hall del ingreso a la sala. Algunas

internas se me acercan para contarme que ella “es la chica nueva”. Me acerco a saludarla. Micaela me cuenta que estaba en la Sala 12 (la sala de internaciones psiquiátricas agudas del área de Salud Pública) y que de ahí la pasaron a Sala 2 momentáneamente porque no había lugar para ella, pero que ya la van a regresar. Me dice también que antes estaba en una cárcel en Córdoba desde donde la enviaron.

Más tarde, me siento fuera de la sala con Mónica y Silvia que toman mate. Se nos une Emilia. Hablamos sobre “la chica nueva” y Emilia me dice: –*“No se va a ir más. Una vez que entrás, no te vas más. Mirame a mí”*.

Tiempo después, Micaela, sentada bajo el árbol, me llama:

–Yo te digo la verdad, yo no estoy loca. Es muy difícil la conversación para mí con ellas (las otras pacientes)... han pasado tres meses y no me acostumbro.... Para mí esto es un loquero, no me dijeron que me traían para acá.

–¿Por qué te trajeron acá?

–Porque dijeron que estaba loca me contó mi papá.

–¿Y por qué dijeron eso?

–Fue por los testimonios de los vecinos, que dijeron que yo estaba loca, que había abortado, que andaba perdida (Nota de campo, 2012).

A pesar que un delito penal motivó la partida del hogar de Micaela, la pericia psiquiátrica determinó que el hospital era el lugar más indicado al diagnosticarla como Retraso mental de leve a moderado.

Cada nueva interna, debe adaptarse al nuevo contexto y redefinir allí su identidad y vínculos con los otros, es lo que Pollak (2000) señala como parte de una situación límite. A los ojos de Micaela, la locura es un factor común en el lugar que dificultan que pueda sentir parte de allí.

Dora

“Mi mamá murió, mi papá murió, yo me quedé con una tía, a mí me sacaron los bomberos de la casa porque ella me quitó todos los animales, por eso no quiero saber más de mi familia.

Mi tía, no quiero saber más nada, ¡me pegaba! ¡Me pegaba! (se altera) entonces no quiero saber más nada. Yo quiero el dinero, yo quiero el dinero de mi mamá, quiero el dinero, porque a mí me hace falta plata.

(...) a los doce años me dejaron en la calle. (...) Mi tía, me dejaron en la calle y me violaron todos los tipos. Después me defendió un policía y un policía me dio esto (muestra una cicatriz). No quiero saber más nada de mi familia, no sé nada porque no quiero saber más nada de mi familia. Quiero estar tranquila.

(...)no me acuerdo más nada, me olvide de todo”.

Emilia, que estaba presente durante la charla, me explica que Dora no recuerda porque le dan muchas pastillas.

Silvana

“Hubo un tiempo en que mi papá me volvió loca por eso me hice internar en Oliva. Me volvió loca porque no le ayudaba a limpiar. Yo agarré y le pegué un sopapo. Me pegaba con el látigo, ese para los caballos. Me dejaba todas marcadas las piernas. Mi mamá me preguntaba porque estaba toda marcada y me decía que ya lo iba a agarrar. Él se chupaba mucho”.

"Estuve en Oliva. (...) Soy de San Bartolo, del otro lado de las varillas.

–¿Por qué fuiste a Oliva (Hospital)?

–Porque mi papá me violó. Viste que él trabaja en la cooperativa, cuando se fue mi mamá aprovechaba. Mi papá se sacó toda la ropa y me acostó en una cama de dos pisos y me dio unas pastillas...” (Nota diario de campo, agosto 2010).

Los relatos de Silvia, Beatriz, Dora y Silvana dan cuenta de distintas escenas de violencia ocurridas en el seno de la vida familiar. Beatriz ofrece un relato confuso sobre su historia. Más allá de la precisión de los hechos, ella vivió una situación de violencia en el seno de su hogar a raíz de la cual queda huérfana y al cuidado de una tía que la maltrata. Los aspectos reales o imaginados de los relatos, poco importan, en la medida que transmiten una “realidad psíquica”, es decir, una construcción imaginaria sobre su propia vida. Para Dora recordar algunos

episodios de su historia familiar le resulta muy penoso, por lo que el olvido constituye un alivio. Lo interesante aquí es la asociación que se produce entre la medicación y el olvido:

“Le pido a Silvana que me mencione el nombre de sus hermanos:

–Rita, Marcos y... el otro cómo se llama... no me gusta porque no me acuerdo el nombre de mi hermano... No me acuerdo el nombre de mi hermano yo.

–¿Por qué no te lo acordás? –le pregunto.

–Qué sé yo, me dan muchas pastillas, no quiero que me den pastillas”.

Sea porque recordar es muy penoso como en el caso de Dora, o porque hay una dificultad real en hacerlo como en el caso de Silvana, estos olvidos, intencionados o no, son interpretados como causados por la medicación suministrada por la institución. Son estas “pastillas” las que borran los recuerdos de la familia; pastillas que representan a la institución, que se mete en el cuerpo y las hace olvidar. Los olvidos a los que hacen referencia con las pastillas pueden interpretarse, tomando los aportes de Halbwachs (2011), como un olvido por desvinculación de un grupo. La memoria individual es siempre social, nos dice este autor. En este caso, dejar de pertenecer al grupo familiar, lleva a que esas memorias comiencen a perderse. Así interpreta Halbwachs el olvido: “...podría decirse también que lo que ha sido afectado es la facultad general de entrar en relación con los grupos de los que se compone la sociedad. Entonces, nos separamos de uno o de algunos de los grupos y sólo de ellos. El conjunto de recuerdo que tenemos en común con ellos desaparece bruscamente. Olvidar un período de su vida es perder contacto con aquellos que nos rodeaban en ese entonces” (Halbwachs, 2011: 75).

Halbwachs sostiene que la memoria individual está relacionada directamente a la memoria de grupo. La memoria debe ser entendida como un fenómeno colectivo y social, o sea como un fenómeno construido colectivamente y sometido a fluctuaciones, transformaciones, mudanzas constantes (en Pollak, 2006). De la misma forma, las falsas memorias buscan construir una historia

común, una memoria colectiva en el hospital y así afianzar los vínculos con los nuevos otros con los que se integra un grupo.

Desde que dejan el hogar familiar hasta que llegan al hospital las internas emprenden diferentes recorridos. El itinerario recorrido de la casa familiar al hospital en muchas ocasiones está marcado por el paso por otras instituciones donde una pluralidad de hospitales forman parte de la historia de estas mujeres. La práctica médica de “*derivación de pacientes*” que dio origen a la Colonia Alborada, es una constante que se va inscribiendo en distintas historias.

Vanesa

“Llegué al hospital porque había una inundación grande en Formosa, porque no soy de acá, porque perdí mis familiares y una monjita del colegio de monjas me trasladaron para acá. Primero me trajeron a Oliva, en el Hospital de Oliva y después como el Hospital de Oliva dijo que no era para ese hospital, me trajeron para acá de los 13 años y ahora tengo 41 años...”

Clarisa y Mariana

“Yo quería irme al Santa María ...allá hay un pasillo... hay chicas buenas... Estuve tomando mate, me daban la pastilla. Mi hermana también estuvo allá. Nos trajeron para este lado porque mi mamá no quería que vivamos allá. ¿Cuándo vamos a pasar al Santa María?”. Les pregunto cuándo se quieren ir, me responden: –¡mañana! –me responde a coro (Nota de campo, 2010).

“Clarisa me pide escribirle una carta a su mamá que vive en Córdoba. Me pide, junto a su hermana Mariana, que las traslade al Santa María, al Oliva, al Neuro o al que está en barrio San Vicente” (Nota de campo, 2012).

“Cuando me estoy yendo del Servicio de Psiquiatría llega Mariana. Fue allí a pedirle al director que le de el alta. La acompaño a la sala. Me pide que le escriba en un papel que está de alta así se va. (...) Me dice que quiere ir al Hospital Santa María, al Santa Cruz, al Ceferino o al Neuropsiquiátrico

porque en esos lugares estará más cerca de su mamá. Éstas son todas instituciones en las que ha estado” (Nota de campo, 2012).

Romina

Romina es institucionalizada por una denuncia que realizaron los vecinos de su barrio por verla deambular por la calle pidiendo y golpeando las puertas. Su madre estaba internada en la ciudad de Río IV por depresión y ella había quedado al cuidado de su abuela. El juez la envió al hospital de Río IV, a 200 km de su domicilio, que era el lugar más cercano. De allí la derivaron al hospital de Oliva desde donde finalmente la derivan a Bell Ville (Entrevista madre Romina).

Carmela

“Tengo una tía que se llama margarita y un tío poroto. Fallecieron todos los otros. Se puso a llorar cuando me vió. Mi abuelo se abusó de mí y de mi hermano. A mí me ató a la cama. Mi abuelo la mató a mi mamá porque no quería que esté con nosotros. Mi tía Margarita nos llevó y nos sacó de esa casa. Acá estamos bien. Voy a la escuela de cerámica los miércoles. me pongo a escribir los nombres de las enfermeras. Iba a una escuela diferencial en La Rioja. Mi mamá vivía en La Rioja y de allí me pasaron a Mendoza. Yo la quería mucho a ella” (Nota de campo, 2010).

Beatriz

La historia clínica de Beatriz señala que estuvo en un colegio de monjas y el Hospital Perrando (provincia del Chaco). De estos sucesos, Beatriz relata ante mi pregunta:

- Beatriz, ¿Después de eso vos te fuiste a un hospital?
- Sí, a mí me llevaron a un hospital, al hospital Perrando.
- Al hospital Perrando, y ¿cómo era ese hospital?
- El... el hospital Perrando, el colegio, mi colegio.
- Ah era un colegio.

-Un colegio de monjas, trabajando de monja, viene la monja y me dice preguntas, cómo te llamas, qué haces, de todo.

[...]

-¿Qué hacías ahí?

-Ayudaba a los bebés a cambiar los pañales, le daba la mamadera, cuidaba un montón de chicos, cuidaba yo.

-¿Dónde? ¿Acá?

-En el colegio de monjas. Acá no. En el colegio eran un montón de chicos, eran chiquitos así, tenían mamadera de plástico. Me llamo Beatriz, les doy la mamadera y se van todos a dormir. Se despierta, le doy la mamadera, la cambio y la baño. Yo los quiero mucho a los chicos.

En su recuerdo el Hospital Perrando y el colegio de monjas es uno solo. Le pregunto si en el hospital había cuidado a esos chicos porque antes existía una sala de niños en el Hospital Ceballos⁴⁶. Según me contaron los empleados del hospital, Beatriz cuidaba allí a los niños junto a otras pacientes, haciendo de “mamá” para ellos. Finalmente, del colegio de monjas, Beatriz es traída al hospital.

Además de estas instituciones que las alojaban, muchas veces la partida del hogar está impulsada por la intervención judicial. La intervención del juzgado evidencia la fractura familiar en sus posibilidades de cuidado de estas mujeres. Alguien recurre al juez para que resuelva sobre sus destinos.

Violeta

En la historia clínica de Violeta figura que vivía con su familia en un rancho donde la tenían atada con cadenas.

Gloria

“Micaela le pregunta a Gloria porque está ahí. Gloria dice: -“Mi mamá me pegaba. Entonces la jueza, la doctora W. me sacó y me llevó al Ceferino. Después a la Clínica Mehlar y después acá” (Nota diario de campo, 2012).

⁴⁶ En esta sala se internaban a niños y adolescentes. Actualmente la edad mínima de ingreso es 18 años.

Silvana

La madre de Silvana relata: “A la escuela la termina a los 20 años. Después estuvo en la casa y le dio ese ataque de locura, gritar, gritar y pegar fuerte. Pasaba mucho tiempo con el padre y al maltratarla empezó a estar peor y peor. No la podía dominar. Ella pegaba y asustaba a sus hermanos. Hablé con la asistente social y ella consigue en Tribunales de las Varillas una autorización para ir a Oliva. La llevamos con la policía porque no podía subir a la ambulancia. En Oliva hubo que voltearla con siete médicos y así la pudimos dominar para dormir. La primera vez que fui a verla no me dejaron hablar con ella porque se iba a querer volver. Estuvo seis meses, regresó a casa y la volvimos a llevar a Oliva y de allí para acá. Nosotros pedimos para San Francisco pero como no había lugar la jueza la envió a acá. (...) De acá pasó 3 años y a raíz del accidente fue al Cottolengo pero golpeaba y destruía lo que encontraba y la trajeron nuevamente para acá”.

Popes

La familia me cuenta que Popes está internada desde hace 8 años. Vivía con la madre y cuando esta muere, ya no pueden cuidarla más. Refieren que comienza a ponerse agresiva, les tiraba con ladrillos. La envían al Cottolengo Don Orión (escuela especial) pero allí también se puso muy agresiva. La trabajadora social de allí la deriva a Bell Ville. Desde entonces nunca más volvió a su casa (Nota de campo, 2010).

Rosario

La internación de Rosario tuvo varios momentos de idas y vueltas. Rosario proviene de un pueblo cercano a Bell Ville donde vivía con su familia compuesta por su padre, que trabaja haciendo changas, su madre, sus hermanas y su abuela. En el año '96 es traída por sus padres para ser internada. La evaluación psiquiátrica reporta lo que Rosario no puede hacer y se la diagnostica como “retraso mental profundo”:

“...No controla esfínter, agresiva, hiperquinética, no habla, no conoce colores, ni dinero, objetos comunes. No tiene hábitos de higiene, alimentación, vestido. No puede cortar los alimentos sólidos, hay que supervisarla para todos sus actos.” (datos de la historia clínica).

Y también se reconocen los antecedentes familiares de la enfermedad:

“Dos tíos abuelos por parte de padre con retrasos mentales”.

Sin embargo, luego de recorrer la sala 2, la familia decide no internarla. El segundo intento de internación de Rosario será cuatro años más tarde ya que “*su permanencia en el hogar es muy dificultosa*” (datos historia clínica). Esta vez es traída por su madre y por su abuela. La evaluación psiquiátrica describe:

“No está medicada, tendencia a la fuga. Suele presentar crisis de agresividad. Recibió educación especializada poco tiempo, ya que su permanencia en la escuela era muy dificultosa dada la hiperactividad muy marcada. No habla. Sus familiares pueden comprender sus necesidades por manifestaciones gestuales. Se le indica medicación (diazepan y nozinan). Hábitos: no control esfínteres. No se alimenta sola, tampoco se higieniza. Deambula por sus propios medios. Desorientada en tiempo y espacio” (datos historia clínica).

Rosario no quiso alimentarse desde que llegó al hospital y al día siguiente su madre vuelve a buscarla para llevarla a su casa. Se le da el alta institucional. A los tres años tiene un nuevo ingreso por excitación psicomotriz con episodio de auto y hetero-agresión. Pero nuevamente a los días su madre vuelve a retirarla para llevarla a su casa. Será tres años más tarde en que ingresa Rosario de forma definitiva a los 26 años. Se la recibe en la sala de Salud Pública destinada a internaciones psiquiátricas agudas, derivada por una excitación psicomotriz, y luego pasa a Sala 2. Ahora la situación de la madre había cambiado: padeció maltrato y golpes de parte de su pareja que formó otra familia, falleció su suegra

que la ayudaba mucho con el cuidado de Rosario, le suspendieron el plan social que recibía, y se quedó sin casa donde vivir con ella. Como señala Esteban (2003) el cuidado de las personas dependientes es delegado socialmente a las familias y, dentro de éstas, a las mujeres. Estos cuidados se articulan sobre el sistema de género y el sistema de parentesco. El papel fundamental de las mujeres en estos cuidados se trata de una responsabilidad que no está bien visibilizada y reconocida socialmente. Las tareas domésticas y de cuidado, dice Jelin (2010:66), siguen siendo definidas como femeninas, a cargo de las mujeres ama de casa-madres que, caso de disponer de ella, pueden recurrir a la ayuda de otras mujeres en el núcleo familiar. La situación de desmembramiento familiar, sumada a la precariedad económica y a la falta de reconocimiento y de apoyo en la tarea de cuidado luego de que muere su suegra dificultan la permanencia de Rosario en el hogar .

La historia clínica menciona que Rosario cobra una pensión por discapacidad que recibe su madre y para ello deben hacer de forma anual un certificado de supervivencia donde le toman las huellas dactilares. En la historia clínica también se apunta que Rosario empuja a sus compañeras y las sucesivas visitas que recibe de su madre quien le trae cosas: pañales, elementos de higiene personal. Señala que a la madre le cuesta aceptar que su hija esté internada ya que considera que es mejor que la cuide ella.

Sin embargo, en la entrevista la madre de Rosario me dice que ella mejoró con la internación. Hace referencia a las conductas agresivas que tenía en el hogar, donde ella estaba alterada y la medicación no hacía efecto:

–“Ella llegó con una enfermedad de esquizofrenia hace tres años y medio. Porque en casa no se la podía tener porque me rompía todo, pegaba... ahora está mejor, está medicada, aunque ella en casa estaba medicada, pero no le resultaba nada. Después de una semana así, y después estaba dormida y abría los ojos y te pegaba. Se alteraba.

–¿Hacía alguna actividad Rosario en la casa?

– No, no hacía ninguna actividad. Caminaba, paseaba por todo el patio, que el patio es grande, tengo una casa chiquita y el patio grande [...] yo trabajaba, mi suegra me la cuidaba, y vivíamos ocupándonos de Rosario, pero el papá no

se ocupó nunca, pero nunca de nada, nada. Vivía, compartía sí la casa, pero con ella nada (Datos de entrevista, 2011)

Si bien puede suponerse que los internos de un hospital psiquiátrico se encuentran allí a causa de su padecimiento mental, las historias de estas mujeres dan cuenta de que la institucionalización tiene más que ver con distintas contingencias que forjan este destino. Como dice Goffman (2007:140): “son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental”.

A partir de la reconstrucción de las memorias orales y las escritas plasmadas en las historias clínicas puede reconstruirse parte de lo que Goffman (2007) llama “carrera moral”. Especialmente, la época de pre-paciente, antes del ingreso al hospital, donde intervienen un circuito de agentes y agencias (persona más allegada, denunciante, mediadores) en el tránsito del status civil al status de paciente (Goffman, 2007). Lo significativo de las carreras morales que aquí hemos reconstruido es la fragmentación del vínculo familiar donde tienen lugar variadas escenas de violencia. La *persona más allegada* suele ser el pariente: madres, tíos, hermanos, etc. Vínculos que como veremos en el capítulo siguiente no todos son conservados con la institucionalización. La figura del *denunciante*, aquella persona que actúa como lego y es responsable de haber puesto al pre-paciente en camino hacia el hospital, en ocasiones es la familia y en otras un vecino. Luego intervienen una serie de *mediadores*, esa sucesión de agentes o agencias a los que el pre-paciente es transferido y, que a su vez, lo re-envían a otros hasta que llega al hospital. En las historias aparecen policías, un intendente, jueces, peritos psiquiatras, médicos, monjas, etc. pero sobre todo, otras instituciones donde han estado antes de llegar al hospital. Cuando la mujer llega a la institución, estos mediadores desaparecen y los agentes significativos están ahora en el hospital: principalmente, el director y los profesionales de la salud mental. En este nuevo contexto deberán las mujeres reconfigurar sus vínculos.

CAPÍTULO 7

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS

-Esperando a Godot-

I. La añoranza eterna

Añorar: Recordar con pena la ausencia, privación o pérdida de alguien o algo muy querido (DRAE).

El parque del hospital, por la zona donde se encuentran las salas de Salud Mental, es un lugar poco concurrido e incluso, en muchos momentos como la siesta, prácticamente queda desierto. Las edificaciones quedan solitarias sobre la verde llanura del entorno que contiene algunos árboles. Por ello, los sonidos de la naturaleza cobran protagonismo: el viento que sopla, las hojas que se sacuden en la copa de los árboles, algún pájaro que canta. También puede escucharse el ruido del motor de un auto que pasa o algún grito aislado y lejano que proveniente de una sala. En ese espacio abierto y despoblado, un largo camino pavimentado comunica la Sala 2 con las otras salas de Salud Mental y la “Escuelita”. Por allí me cruzo con Gloria que avanza despacio con su paso renco. Yo voy a su sala y ella hacia la Escuelita. Tras una breve charla, al despedirnos escucho que me dice:

*–“Porque yo esté acá internada, ¿vos te pensás que yo no tengo corazón?. Como siento que viene de la nada, le pregunto porqué dice eso.
–Quiero ver a mi mamá –, me responde”.*

Gloria me cuestiona que la trato como a una persona sin corazón. A ella le preocupa su corazón, ese órgano asociado al sentir, y el cual me reprocha desconocer. Me acusa de desconocer su dolor por estar allí, de desconocer sus sentimientos, de desconocerla a ella como sujeto sufriente. Me acusa a mí como representante de ese “otro” que no está internado, que puede ingresar a la sala, ver historias clínicas, llamar por teléfono y que puede, finalmente, irse. A Gloria poco le importa la orden de internación judicial que figura en su historia clínica donde la jueza intervino por una situación de violencia familiar que vivía en su hogar denunciada por sus vecinos. Poco le importa que su madre nunca haya ido a visitarla o que no tenga más el número telefónico que dejó al hospital. Gloria

quiere verla y pide por ella. Desde “dentro”, Gloria percibe el desinterés de la gente.

Este capítulo se detiene a examinar con mayor detalle el vínculo que las internas mantienen con sus familias a partir de la situación de internación. El interés está en conocer cómo esos vínculos se reconfiguran: el modo en que se establece el contacto, la comunicación y la posibilidad de encontrarse.

En el año 2010 el personal del Servicio de Psiquiatría realiza un relevamiento estadístico con miras a un programa desmanicomializador que arroja los siguientes resultados (según documento interno):

Total de pacientes	86
Pacientes que se desconocen datos de su familia, origen, indocumentados, etc.	22
Pacientes que ha perdido el vinculo familiar o no poseen ninguna contención	25

De estos datos se deriva que más de la mitad de las internas no tiene contacto alguno con su familiar, ni posibilidad de establecerlo.

Clarisa está en Sala 2 junto a sus dos hermanas: Mariana y Claudia. Su familia vive en Córdoba y vinieron a parar aquí luego de un peregrinaje por distintas instituciones. Clarisa y Mariana pasan mucho tiempo juntas, y suelen andar por el predio del hospital tomadas del brazo, yendo de un sitio a otro. En unas de esas ocasiones se acercan a mí y Clarisa aprovecha para preguntarme:

-Mami⁴⁷, ¿sabe cuándo va a venir mi mamá?

-No sé -le respondo.

Clarisa me mira fijo, pensativa, y tras unos segundos de silencio finalmente se decide y habla:

-Pero, ¿cuándo va a venir mi mamá a vernos?

⁴⁷ Es común que las internas se dirijan al personal femenino de la institución utilizando la palabra “mami” y, conmigo, a veces lo hacían de este modo.

-No lo sé –insisto.

- Dale, mami, no sea mala, dígame cuándo va a venir.

*-Es que no sé, Clarisa–*continúo el diálogo sordo.

Entonces se gira hacia su hermana que está a su lado y le dice al oído:

-Preguntale cuándo va a venir la mami a vernos –. Luego, escucho a su hermana que me formula la pregunta.

En la obra de Samuel Becket (1995) “Esperando a Godot”, Vladimir y Estragon esperan bajo un árbol a que llegue Godot. Un muchacho que hace de mensajero les comunica que Godot no vendrá hoy, "pero mañana seguro que sí". Estos personajes quedan atados a una constante repetición y a un tiempo que parece no pasar nunca. Como si se tratara de una escena del teatro del absurdo, la pregunta por la madre, o algún otro familiar, es enunciada de forma infatigable, una y otra vez. Este reclamo por el familiar ausente se inscribe en una trama altamente repetitiva y sus vidas en un tiempo de eterna e inevitable espera. Clarisa me insiste porque quiere que yo me convierta en ese mensajero que le de esperanzas.

En otro momento, cansada de que Clarisa me hiciera la misma pregunta una y otra vez, le respondo preguntándole lo mismo:

-“¿Y la mía?, ¿cuándo va a venir mi mamá a verme?

Esta respuesta la sorprende y le produce mucha gracia, quizás por lo ridícula.

*-Pero Florencia, si vos estás afuera –*me contesta Clarisa con mucha lógica.

Estar “dentro” y estar “fuera” marca una diferencia radical en esa posibilidad de contacto. Yo como representante del “afuera” puedo comunicarme con el “afuera”. Algo que alguien de “dentro” no puede hacer por sí mismo ya que la comunicación con la familia tiene que ser posibilitada por un intermediario.

“Mónica hace poco tiempo que ingresó a la Sala 2. Aún tiene el cabello más largo que sus compañeras de sala. Es menudita y se la nota jovencita. Me dice que tiene 24 años y que viene de Córdoba donde está su familia.

-Quiero ver a mi mamá. Que venga mi mamá -, me dice mientras repite su número telefónico que sabe de memoria” (Nota de campo, 2010).

Con Soledad me encuentro en la Escuelita el primer día de trabajo de campo, luego de mucho tiempo sin vernos. Se acordó de mi nombre y me dijo: –*“Anoche soñé con vos, cuando llamamos a mi mamá” (Nota de campo, 2010).*

Mi reencuentro con Rebeca se da en el ingreso al hospital:

-Hola, yo te conozco a vos. No me acuerdo tu nombre. Dame \$5 pesos, dale dame \$5 pesos. ¿No lo viste al Eusebio?

-¿Quién es? –le pregunto

-Mi primo, ¿no vino?

-No sé, no lo vi (Nota de campo, 2010).

Los primeros días del trabajo de campo, cuando mi presencia en la sala es más novedosa, se intensifican los reclamos. Las mujeres se acercan para preguntarme cuándo van a ser visitadas o si sé algo de sus familiares. También manifiestan su preocupación por sus hijos, el deseo de verlos, de saber cómo están. Mi presencia allí era una mezcla de cara nueva y conocida pero sin duda representaba para ellas a alguien que está “fuera”.

Como ya hemos señalado, Goffman (2007:26) sostiene que estar “adentro” o “encerrado” son circunstancias que no tienen para el interno un significado absoluto, sino dependiente del significado especial que tenga para él “salir” o “quedar libre”. En este caso, el “fuera” de la institución tiene el significado de estar con la familia.

–“Mi hermano el Carlos no viene, mi cuñada no viene. No saben donde estoy yo. El Mariano (otro hermano) sabe. Le dije a la Cata que le hable al Carlos. Quiero ver a mi cuñada con el bebé. Nunca hablé con ellos desde que estoy acá yo porque no me deja verlo. Mi tía no viene. Después te saco Reina no llores (le dijo la hermana mas grande) –me dice Reina” (Nota de campo, 2011).

Con la internación, el contacto de las internas con sus familiares se vuelve cada vez más remoto. El encuentro en situación “cara a cara”⁴⁸ es cada vez más una excepción que tiene lugar cuando llegan de visita en cualquier día o para las fiestas o en alguna situación especial, como una enfermedad. Hasta que eso ocurra, el contacto tiene lugar, principalmente, a través de los llamados telefónicos. Pero también puede tomar la forma de una carta, de algún comentario que reciban con alguna noticia, o simplemente permanecer como un reclamo.

A veces, el llanto suele acompañar estos pedidos como es el caso de Inés quien, cuando me ve, primero se me acerca y luego comienza a llorar. Lutz (1999) resalta que el llanto es un rasgo exclusivamente humano. Para este autor, el lenguaje del llanto puede tener muchos propósitos distintos al expresar no solo nuestro pesar, sino también nuestras demandas; las lágrimas demandan una reacción. La mayoría de las personas que lloran, señala Lutz, tiene el cuidado de dirigir sus demandas de empatía a gente que probablemente las atienda. Pero también las lágrimas pueden impactar en una audiencia que de lo contrario no escucharía, que no sería receptiva a las demandas de haberlas formulado de otro modo (p. 309). De este modo, el llanto se vuelve un instrumento apropiado para las internas en la medida que permite teatralizar un reclamo y asegurarse de que éste sea oído y atendido. Las lágrimas de las internas parecen estar activadas por emociones contradictorias donde la esperanza se mezcla con la desesperanza. La gente que padece ciertos tipos de depresión clínica no llora, apunta Lutz (1999): “aislados y desesperanzados por completo, pierden el ímpetu necesario para llorar porque sin deseo no hay lágrimas” (Lutz, 1999:18).

1. Las cartas

La escultora Camille Claudel pasó los últimos treinta años de su vida en un hospital psiquiátrico. Desde el encierro, el género epistolar fue su forma de

⁴⁸ Berger y Luckman (2003) señalan que la interacción “cara a cara” es el prototipo de la interacción social en la medida en que la subjetividad del otro se encuentra “próxima”. En cambio, todas las demás formas de relación con el otro son “remotas” en diversos grados.

expresarse y comunicarse con las personas de fuera. En sus cartas, Camille expresa su experiencia del encierro y con ellas reclama visitas⁴⁹.

De modo similar, en la demanda por el familiar, las internas suelen pedir escribir una carta. La carta como medio de relación permite plasmar por escrito sus deseos de verlos y casi siempre va acompañada con pedidos de regalos.

En la sala, Perla se me acerca llorando:

– *“¿Cuándo viene mi mamá? –me pregunta entre sollozos –mi mamá. La extraño mucho.*

Como llora tanto me cuesta entenderle.

–*Una nena y un varón tengo yo (me señala a lo lejos).*

Me pide escribir una carta. Me dicta:

–*Te quiero mucho mamá, vení a buscarme a mí.*

Quiere agregar un corazón

–*Yo sola lo hago –. Lo dibuja y se va con el papel”.*

El “secretario del alienado” es la posición que Lacan (1984) señala como aquella que permite al analista escuchar a un sujeto psicótico. Es decir, hacer un vacío para que deje un testimonio de su locura. En este caso, frente a personas con otras dificultades, asumir el “rol de escribiente” permite registrar sus testimonios, no de su locura, sino de sus deseos, de sus carencias y de su necesidad de comunicación. Yo me constituía en la escribiente, una suerte de prótesis que les permitía realizar algo que no podían: plasmar por escrito un mensaje. Estos mensajes se elaboraban al momento de decirlos, toman forma en el instante mismo de su enunciación. Al dictarme sus mensajes, me comunicaban a mí datos de su familia y me compartían aquello que necesitaban. En ocasiones, los mensajes comienzan dirigidos al familiar pero terminan dirigidos a mí, por la confusión que les generaba la mediación en el mensaje.

Querida Cari:

⁴⁹ Esta correspondencia de Camille Claudel fue recopilada cronológicamente y publicada. La traducción al español es publicada por la editorial Síntesis (2006). En esta obra, se incluyen también su correspondencia anterior a la institucionalización donde quedan reflejadas las dificultades económicas que atravesaba la escultora.

Me gustaría que vinieras. Gustaría decirte que me gustaría mandarte una carta para decirte cuando va a venir. Esta mañana estaba solita en la mesa, estaba llorando por mi papá porque está muy lejos y no puede venir. Tengo ganas de escribirle para que venga. Vive en Alma Fuerte. Me gustaría decir que venga mi cuñado y mi hermano para que me compre azúcar y yerba porque no tenés, acá te dan pero no está la Mariela (enfermera). Me olvido de pedirle que me compren ropa y se la doy a la Nelly (enfermera) que me la guarde. Esos que tiene las tiritas acá, ese me gusta. Me gusta la ropa... la mando al lavadero a la ropa, no la puedo lavar yo.

Pocha

Querido papá:

Te extraño muy mucho. ¿Cómo está? me gustaría venir verme. Me gustaría cómo están ellos. Me gustaría decirte me gustaría pasar las fiestas con ustedes. Si tienen lugar a la tardecita que vengan a buscar, irme a pasear y después volver. Mi viejo me quiere tener a mí. Me dice vení a vivir conmigo. Tengo mi hijo, me dice que está casado y todo y me dice vos sos mi hija y quiero que vivas conmigo. Él está solito. Mis hermanos van a verlo. Mi vieja ha tomado licor, vino y por ahí se mama y no se acuerda de mi viejo y yo me acuerdo de él.

Pocha

Querido Marcos:

Te extraño mucho. Espero que vengas a visitarme. Trae mamá. Se llama Fanny y a mi hermanitos los extraño mucho.

Silvana

Reclamar es una forma de resistir. A través del reclamo el familiar cobra una presencia fantasmática: se hace presente en los discursos, es un personaje más. Reclamar es una forma de recordar; los reclamos mantienen viva la memoria de sus seres queridos. Es un acto de resistencia en la medida en que recuerdan a todos que ellas no pertenecen a ese sitio, que este no es su sitio natural como la historia del hospital se empeña en hacernos creer.

Norbert Elías (1987) en su libro “La soledad de los moribundos” atribuye el aislamiento precoz de los moribundos en las sociedades desarrolladas a las dificultades que encuentran las personas de identificarse con los viejos y moribundos. El quebrantamiento de la salud, su decadencia, suele separarlos ya del resto de los mortales. Las internas viven, como el moribundo, un enfriamiento paulatino de sus relaciones con las personas que contaban con su afecto. Sufren una separación de los demás pero sus dificultades no extingue la necesidad de ellos.

“Clarisa me pide que le escriba una carta a la virgen para que su mamá venga a verla. Se la escribo, se la entrego y le pido que me muestre dónde la guarda. Me conduce hasta su cama que mueve deslizando un extremo hacia un costado, acto reiterado que se imprime sobre el suelo de la sala. Entre la pared y la cama, Clarisa saca una bolsa. Dentro de ella tiene otra bolsita de la que saca la estatuilla de una virgen en una cajita de plástico transparente. En su interior hay una estampita y unos papeles con oraciones. Mariana, su hermana, está con ella y juntas me muestran, la virgencita a la que oran”.



Foto 34. *Marcas en el suelo 1*



Foto 35. *Marca en el suelo 2*



Foto 36. *Virgencita de Clarisa y Mariana*

Otra carta que me dicta Clarisa dirigida a su madre:

Miriam:

Te queremos con todo el corazón. Sacanos de acá que no aguantamos más. Sacanos de este hospital que no nos gusta.

Pide que le dibuje un corazón y que la mande a Córdoba.

2. Los llamados telefónicos

Para que las internas se comuniquen con sus familiares telefónicamente deben esperar a que éstos las llamen o que alguien de la institución las comunique. En la Sala 2 hay un teléfono ubicado en el box de enfermería y otro, que comparte la misma línea, en el pasillo que comunica el *hall* de entrada con la cocina y el comedor. Este teléfono sirve para comunicarse con cualquier otra sala o servicio del hospital marcando el número de interno correspondiente. Pero para realizar llamadas fuera de la institución, primero hay que solicitar la comunicación a portería quien se encarga de establecerla.

“En el ingreso, en la parte de afuera de la sala, veo a Silvia que está sentadita en un banco tejiendo. Del otro lado está Mónica que me dice que su mamá la llamó por teléfono. Sonríe cuando me lo cuenta. Está muy contenta. Le dijo que va a visitarla cuando al hermano le den vacaciones” (Nota de campo, 2012).

Las internas no tienen autorización para utilizar el teléfono por sí mismas, sino que deben pedírselo a alguien que lo haga por ellas: enfermeras, psicólogas, trabajadora social, psiquiatra, etc. Por ello, suelen acudir al Servicio de psiquiatría para pedir la comunicación. Si son atendidas por algún profesional de la sala, éste les promete que pronto harán una comunicación telefónica o le dan por escrito una autorización para hablar por teléfono dirigida a las enfermeras de la sala.

“Silvana llega a la sala con un papel firmado por la psicóloga en el que solicita que se comunica a la paciente con su madre. Insiste a las enfermeras y no para con ese tema, hasta que lo logra” (Nota de campo, enero 2012).

“Por la tarde, en el box de enfermería, las enfermeras preparan la medicación que distribuirán antes de la merienda. Allí acude Alicia a contar que se irá a su casa el día siguiente y que volverá el jueves. También aparece Mariana a preguntar si tienen el teléfono de su mamá. Le dicen que no y ella responde “Ah, bueno” y se retira. Al rato llega su hermana Clarisa a preguntar cuándo va a venir su mamá. También ingresa Rebeca que quiere saber cuándo viene su primo Eusebio y si hoy va a llamar su hermano”.

Esta escena es muy frecuente dentro de la institución. Las internas interpelan a distintos otros para saber cuándo viene un familiar o para demandar contacto con la familia. Las enfermeras son quienes reciben con mayor frecuencia estos pedidos, de forma reiterada y simultánea, a lo largo del día mientras realizan sus tareas. Ellas suelen ser las principales encargadas de establecer la comunicación. Pero muchas veces, ello le implica una interferencia en la realización de otras actividades.

“-¡Basta de llamados, lo prohibí en la sala!”, se queja una mañana la jefa de enfermería argumentando que no pueden andar pidiendo llamados con todo el trabajo que tienen. Para las enfermeras esto representa un trabajo extra que les demanda tiempo e interrumpe sus actividades. Como yo era receptora de muchas de estas demandas de comunicación se las transmitía al personal de enfermería y al personal del Servicio de Psiquiatría, quienes en muchas ocasiones me sugerían o habilitaban directamente a que realizara yo la comunicación.

Silvana

“Llamamos por teléfono a la madre de Silvana, ya que la autorizó la psicóloga desde el Servicio de psiquiatría. La madre de Silvana no estaba. Me atendió la dueña de la casa donde ella trabaja. Muy simpática me dijo que volviera a llamar mañana temprano y que hoy habían estado hablando de Silvana. (...) También llamamos a su hermana. Silvana esperaba al lado del teléfono contenta diciendo: -“Atendé hermanita, atendé” mientras juntaba sus manos en forma de súplica. Cuando no pudimos lograr la comunicación, porque no atendió el teléfono, Silvana se largó a llorar”.

Probamos al día siguiente:

“En la sala pido comunicación con la madre de Silvana. Primero me atiende la dueña de casa donde ella trabaja. Me dice que la madre ya se fue y me da el número del celular. Me dice que tras el accidente de Silvana la madre estuvo con problemas psiquiátricos y tomó pastillas. Corto el llamado. Silvana se inquieta de que no estuviera su madre, por lo que debo tranquilizarla explicándole que ahora llamaríamos a su celular. Finalmente logro comunicarme. La madre me dice que cuando pueda va a venir, que aún no han cobrado una pensión que están tramitando. Quiere tratar de venir para navidad, salir a la mañana y volverse a la tardecita. Va a hablar con un hombre si los puede llevar en el auto. Silvana se pone muy contenta de poder hablar con ella. Cuando toma el teléfono les pide que vengan para

navidad. También les pide azúcar y yerba. Luego de la comunicación le pregunto a Silvana sobre la conversación:

–Me van a traer sidra, pan dulce, azúcar, yerba, un equipo de mate y ropa. Me dijo que mi hermana me extrañaba, se largó a llorar la Titi... La Titi me va a traer un anillito. Me preguntó si tengo muchas mamás, me dijo ya no me querés más a mi con todas esas mamás”.

[...]

“Durante el llamado, Bárbara que estaba a su lado quiso participar del llamado telefónico así que Silvana le pasó el teléfono para que diga algunas palabras”.

Rebeca

“Rebeca tiene una botella de Pepsi bajo el brazo y varios bolsos colgando del cuello y de los brazos. Me trae otra carta más, me da dos fotos y se pone a escribir una tercer carta así las envío a Eusebio. Rebeca insiste en llamarlo, que habló con la psicóloga que lo van a llamar mañana pero que por un día mejor lo llamemos hoy. Le digo que no, que espere hasta mañana” (Nota de campo, 2011).

“Mientras esperamos que nos comuniquen el llamado desde portería, Rebeca me dice que le pregunte a Eusebio cuando va a venir porque a ella no le dice. Suena el teléfono, atiendo y es él. Lo comunico con Rebeca.

–¡*Hola mi amor!* – se emociona Rebeca al teléfono –... *no, no lloro, no lloro*”.

Le pregunta cuando va a venir. Insiste varias veces en su pregunta; parece que él no puede precisarle una fecha. Le pregunta por su hermano. Le dice que no puede visitarla porque está en Guatemala, “*a muchos kilómetros de acá*”, me aclara Rebeca cuando me cuenta.

–*Me dijo que me porte bien. Que antes de venir él va a llamar para avisar.*

También le pidió que le traiga de regalo muchos corpiños, bombachas y unas zapatillas rojas y blancas (Nota de campo, 2011).

A pesar de haber hablado con él, a la semana siguiente el reclamo continúa:

“Rebeca continúa con su reclamo eterno por Eusebio. Me pide que lo llame. Le recuerdo que ya hablamos con él la semana pasada y que no podemos llamarlo tan seguido. –“Si, pero no viene” –me responde.” (Nota de campo, 2011).

Durante los llamados, las internas aprovechan a pedir a sus familiares objetos que quieren o necesitan. De este modo, crean una obligación que sólo puede saldarse con la visita. Con los llamados y los pedidos alimentan al vínculo, rehacen el lazo con el familiar.

Los regalos, tanto los pedidos como los recibidos, giran en torno a los alimentos, principalmente la yerba y el azúcar. El equipo de mate siempre se vuelve necesario porque suelen perderlo o disputárselos entre ellas. El “pan dulce” y la “sidra” refieren a alimentos diferentes a los consumidos habitualmente (como sucede también en los festejos en la sala), a la vez que implican la celebración de las fiestas de fin de año.

Silvana habla por teléfono con su familia en el box de enfermería. Al cortar el llamado, la entrevisto:

–¿Qué te dijo tu mamá?

–Me dijo que me portara bien, que después ella iba a llamar, que me portara bien...

–¿Qué quiere decir portarse bien?

–Portarse bien quiere decir que esté tranquila.

–¿... “que estés tranquila”?

–Sí...

– Y portarse bien quiere decir que no hagas ¿qué cosas?

–Que no haga travesuras.

–y ¿qué son las travesuras?

–Hacer dañina.

–Dañina, ¿se te ocurre algo como qué?

–Como traviesa.

- sí, pero ¿qué cosas hace una persona traviesa, dañina?
- Robar el dulce, no tomar la pastilla, no dispararse (escapar).
- ¿Entonces la mamá dijo que esas cosas, no? Y vos ¿qué le dijiste?
- “No, no, mamá yo estoy tomando mate con la Carmela”, le digo, “yo estoy tranquila” le digo, “vos quedate tranquila que yo acá estoy bien. Yo lo que quiero es irme a San Francisco”.
- Y ¿Qué te dijo la mamá?
- “Bueno mamá, cuando estén todos los papeles te vas a San Francisco”. Me dijo que me iba a llevar a San Francisco con mi hermana.

En la comunicación madre-hija “portarse bien”, es decir, la adecuación de la conducta a las normas de la sala, es valorado positivamente. Silvana conoce claramente cuales son las conductas no admitidas en la sala, las normas de la casa (Goffman 2007): robar el dulce que utilizan para dar los medicamentos, no tomar los medicamentos o “escaparse” de la sala. Todo ello dificulta la rutina que debe seguirse en la sala. El familiar refuerza la obediencia a las normas, pidiendo de forma implícita que no se resista a la vida institucionalizada.

Continúa la entrevista:

- ¿Qué te pasó en el ojo que tenés como una lastimadura... ahí? -le señalo.
- Ahí, me pegó la Mónica.
- ¿La Mónica te pegó?! ¿Por qué te pego?
- Porque la camarera me mando a lavar las tazas y la Mónica me dio con una taza en el ojo y la mami me encerró en el calabozo.
- ¿Cuándo fue esto?
- Esta mañana. Y dijo que mi hermana, si yo me portaba bien, ella iba a venir.
- ¿Cuándo?
- Mañana.

Le Breton (2002) sostiene que el espacio habitado de forma autoritaria se convierte en productor de comportamiento. Por su disposición espacial, la sala propicia un contacto interpersonal forzado y, en consecuencia, una relación social

forzada. En este contexto pueden comprenderse gran parte de las peleas entre las internas y también las fugas.

Mónica suele participar de distintas peleas con sus compañeras en donde sale herida o lastima a otra:

“Llama la madre de Mónica. Ayer la trabajadora social le avisó de la quemadura. Habla con Mónica. Ella llora durante la charla. Luego toma el teléfono la enfermera y le dice que Mónica la extraña y que su comportamiento en la sala no es tan bueno (haciendo referencia a sus continuas peleas con otras pacientes). Le hago una seña de asombro significando que la mamá se va a enterar de su comportamiento y ella me imita. Nos reímos todos”.

En ocasiones, cuando las enfermeras reciben muchas demandas por hablar con el familiar y ello no es posible por no localizarlo o no disponer de un número de teléfono actualizado, recurren a la complicidad de la gente de portería. Desde la sala llaman y la persona a cargo de portería se hace pasar por el familiar de la interna en cuestión. Hablan un rato y se saludan. Esta es una de las formas que encuentran las enfermeras para poder dar respuesta al pedido por el familiar. Luego, notan que las internas están más tranquilas, lo que evita discusiones y conductas disruptivas en la sala, que suelen ser controladas con el uso de medicación SOS o de la Sala de contención.

La mentira del familiar al teléfono también se utiliza para lograr que una interna vuelva a la sala:

“Estando en sala 2 llaman desde Cirugía de mujeres diciendo que “mandemos a alguien a buscar a la manca”. Se refiere a Silvana. Al rato, veo que entra al box de enfermería, abriendo la puerta velozmente, al tiempo que dice: “-¿Así que llamó mi hermana?!” Le respondo que no. “-¿Porque las chicas me dijeron eso?”. Ahí me doy cuenta que le mintieron para convencerla de que regrese a la sala. Más tarde Silvana vuelve y me dice que se va a ir a pasar la navidad con su hermana. -¿Sí?, le pregunto sorprendida.

Entonces me pide llorando que la llame para decirle que se la lleve a pasar las fiestas con ella (Diario de campo, 2012).

Es común que en la sala se reciban llamados desde otros servicios o áreas del hospital para avisar que alguna interna “está deambulando o molestando” y solicitar que vayan a buscarla. De donde más se llama es desde portería y desde la guardia médica, ya que en estos lugares hay gente las 24 horas del día. Cuando reciben el llamado en la sala, las enfermeras salen en busca de la interna en cuestión pero como generalmente están ocupadas le piden a otras internas que vayan. Mariana, Dora, Alicia o Carmela suelen ser quienes desempeñan esta tarea con mayor frecuencia:

“Suena el teléfono en la sala y atiendo. Escucho el mensaje y se lo repito a la enfermera:

-Llaman de portería pidiendo que busquemos a una paciente, a “una morochita que anda insultando”.

-Ah, será la Juana, ¿en qué parte está?

-En la portería.

La enfermera envía a Alicia a buscar a Juana pero ella no va.

-¿No fuiste a buscarla a Juana a portería? -le pregunto al rato a Alicia.

-¡No! Se va a empacar conmigo.

-¿¡No fuiste?! Me dijiste que ibas a ir, ¡Andá! ¡Dale!. Andá que a vos te hace caso-. Le ordena la enfermera alterada.

-No, no voy a ir a buscarla, yo sé muy bien como es, yo me cansé de buscarla y que se enoje conmigo”.

Las internas encargadas de buscar a la que se fue de la sala deben convencerla de volver, y ellas saben que una forma efectiva es decir que llamó un familiar para evitar los problemas con los que se encuentra Alicia. Persuadir a una paciente para que vaya a la sala suele ser muy complicado incluso para el equipo profesional:

“Voy al servicio de psiquiatría. En la entrada me encuentro con Juana. que se enoja con una de las médicas porque no le dio dinero. Se acerca a mí. La médica me llama y ella le contesta gritando “no va a ir nada”. Me pide dinero. Le doy unas monedas que tenía en el bolsillo: unas de diez y una de veinticinco centavos. Agarra la de diez y me dice que esa no vale nada. Ingresa conmigo a la sala de profesionales. No quiere irse de allí. Yo me preparo un té y no me deja sacar nada del placar, me pega en la mano y me dice: “dejá de husmear”. Pide que llamemos por teléfono a su mamá. Le digo que sí pero que lo haremos desde la sala. De todos modos no quiere irse. La psiquiatra (medio en broma) me reprocha que soy yo la que las altero, que antes no iba esa paciente al Servicio de psiquiatría. “Hay que aumentarle la medicación”, concluye hablando ya más en serio. Juana sigue allí y me da un golpe en el trasero y luego otro más fuerte en el brazo. Por lo que otra de las médicas psiquiátricas llama a la sala para que la vengán a buscar. Yo continúo insistiendo que vayamos juntas a la sala pero no quiere irse. Esta médica psiquiatra le ofrece dinero pero que se lo dará afuera. Ella la sigue. En la salida del servicio llega Emilia a decirle que su mamá vino a verla. Juana sale corriendo a la sala olvidándose de recibir el dinero (Nota de campo, 2012).

La visita del familiar es la mayor motivación que las internas pueden encontrar para retornar a la sala. Ingresar a un lugar donde no pueden estar y presentar una conducta opositora y agresiva generó en aquél momento un problema para los que estábamos allí. Especialmente para mí, a quien Juana había dirigido sus golpes. Al generar las internas disrupción en algún lugar, no es tolerable su presencia allí y se recurre a la sala para que la busquen y la lleven de vuelta. Estas situaciones en que el espacio circulable de las internas es cercenado las hemos descripto en el capítulo 5 como una estructura concéntrica del encierro, donde el espacio se hace cada vez más estrecho. Para llevarla a cabo de una manera “suave”, para disponer del cuerpo dócil que vuelva a su “lugar apropiado” para estar, para regular los comportamientos y tranquilizar los ánimos, se recurre a la mentira del llamado o de la visita del familiar.

Por otro lado, es interesante la lectura que realiza la médica psiquiatra sobre el comportamiento de esta interna. A la vez que atribuía la modificación de su conducta (ingresar allí cuando nunca había ido) a mi presencia en el lugar, es decir, al vínculo establecido conmigo, también entendía que debía corregirse la conducta no deseada con un aumento de medicación. En el mismo día, me señalan nuevamente que las internas modificaban su conducta a causa mía.

“Hoy hay tres enfermeras y están muy atareadas. Cuando entro al office de enfermería, Celia, la jefa de la sala, comenta refunfuñando: “se nota cuando está la Florencia porque todas se vienen para acá” (Nota de campo, 2012).

Mi presencia en la sala está marcada por mi interés en escucharlas y conocer sus historias y reclamos. Ello puede ser movilizador para ellas y pueden presentar una conducta disruptiva para otros en la medida en que no se respeten los límites del lugar. Incluso en la misma sala son acotados los lugares de circulación y permanencia.

3. Los Hijos

En Sala 2, actualmente se realiza un control anticonceptivo de aquellas internas en edad reproductiva. Para ello, se les administra de forma mensual, el día 10 de cada mes, un anticonceptivo inyectable llamado Perlutal. El día indicado, las internas son llamadas por las enfermeras a su box para aplicarles la inyección, la cual reciben sin problemas. Vanesa y Johana, que no pernotan en la sala, concurren allí para recibir su medicación. En el caso de Vanesa, recibe también allí medicación psiquiátrica y suele aprovechar su paso por la sala para pedir alguna otra cosa que le haga falta.

“Alicia acaba de volver de un alta transitoria que duró casi dos meses. Estuvo en la casa de su hermana y a su cuidado. En el box de enfermería, ella me relata diferentes cuestiones en relación a su estancia allí y a su vuelta al hospital. En un momento dado, ingresa la enfermera al box con su

caja de medicamentos. Inmediatamente Alicia interrumpe la charla para dirigirse a ésta en tono burlón: “-¿Viste que me dio negativo?”. “-¿Qué dio negativo?” -quiero saber. Entonces la enfermera me explica que le realizaron un test de embarazo” (Nota de campo, 2012).

Al volver a ingresar a la institución, Alicia tiene que volver a someterse a la revisión, objeto de algunas inspecciones. Por lo que Alicia sonrío triunfal que no encuentren lo que buscan.

Otro vínculo familiar que se ve afectado con la internación es con sus hijos. Algunas mujeres fueron madres antes de ingresar a la institución y otras lo fueron durante la internación, cuando el control anticonceptivo no se realizaba con la inyección. El destino de estos niños suele ser la adopción o permanecer al cuidado de algún familiar.

Si bien la maternidad se ha convertido en un modelo obligatorio en la cultura occidental, con una fuerte presión social en tal sentido (Juliano, 2004), para estas mujeres, sin embargo, parece estarles vedada. Es que los modelos obligatorios también implican formas obligatorias de llevarlos a cabo. Pero esta imposibilidad de criar a sus hijos no quita que compartan las emociones socialmente construidas en torno a la maternidad⁵⁰.

Inés

-“Una cartita para mi nena, que me la traigan. La tiene una señora y no quiere traérmela. Hace mucho no me la traen, yo quiero verla, que me quiero ir a mi casa. Estoy aburrida acá” (Nota de campo, 2010).

-“Yo quiero ver a mi nena, se llama María, la tiene una señora y no me la quiere mostrar. Yo me quiero ir a mi casa y estar con mi hija, con mi nena, tranquila. En Coronel Moldes vivía. Ya me quiero ir de acá porque acá me pelean todas. Por eso me quiero ir a mi casa para estar con mi nena chiquita”.

⁵⁰ LUTZ (1999) afirma que las emociones, más que ser innatas y universales, son determinadas por las interacciones sociales, y, una vez construidas, se sienten de manera natural.

Dora

Dora me muestra una foto en la que hay un bebé. Me dice que es la foto de su hijo.

-Me la dio "Menor de madre". Es un instituto -me aclara. Me cuenta que el padre del niño murió y al niño se lo llevó el juez. Me pregunta que podemos hacer para que vuelva pero le digo que nada porque seguramente ya está dado a una familia en adopción. Sin que mi respuesta la altere, me dice que el niño tiene una manchita en la pierna como tiene ella y como tiene su madre. -"Por esa manchita él algún día va a venir, va a averiguar y va a llegar aquí. Quiero que me venga a visitar "-me señala Dora y agrega - "Después de tener el bebé fui al Pablo Pizurno (institución). Pero me fugué de ahí y volví al instituto. En una cunita lo tenían con el nombre de él. Al otro día lo llevaban y del Pablo Pizurno me trajeron acá" (Nota de campo, 2012).

Vanesa

- "...acá en el hospital tuve dos hijos. Tuve la nena que ahora tiene 27 años y el varón que en este momento cumplió 17 años. Y los chicos en su momento fueron en adopción porque la sala en la que yo estuve no lo podía tener como una mamá. Entonces, la Vane lo dio en adopción, entonces la Vane está tranquila porque esa gente lo atienden muy bien y están agradecidos mis hijos por esa gente que los está criando y los está mandando a la escuela, tanto como yo como mis hijos, pero la foto de mi hija no me la traen ¿De qué tienen miedo? ¿de que el día de mañana yo la conozca y le diga que yo soy la mamá y se va a querer venir para mi casa? y no, no puede venir para mi casa. Entonces la mamá es mala y no me quiere mandar la foto. (...) La nena está acá en Bell Ville y Juan está en Pascanas. A Juan cada tanto lo veo que lo traen en psiquiatría porque tiene un problemita en la cabeza.

-¿Qué problemita en la cabeza tiene?

-Tiene un retraso mental y la nena no, la nena es lúcida, es como usted, como una enfermera, como un médico, como cualquier ser humano, que está normalmente y no tiene ningún problema. El que tiene problemitas es el varón, que tiene un problemita.

-¿Y el papá de los chicos?

-El papá de los chicos falleció hace más de 10 años.

-¿Quién era?

-Un chico que supo estar internado en el hospital y tenía una casita aparte y estaba con un grupito de chicos para que se puedan organizar el día de mañana afuera, como estoy haciendo yo. Entonces, yo todos los meses vengo al hospital a la Sala 2 a ponerme 2 inyecciones”.

Silvana

Tengo una nena, se llama Marina Lorena, la tuve en Oliva y nunca me la traen... yo quiero verla pero no me la trae mi mamá. (Nota de campo, 2010)

Mara

Entrevisto a la hermana de Mara en su casa donde ella está de visita. En la charla, surge el tema de los hijos que Mara tuvo durante su internación. Su hermana piensa, calcula fechas, trata de relacionar sucesos para ubicar temporalmente el nacimiento de los niños de Mara:

-Ahí pasó... como ser el más grande de ella... yo estaba embarazada [...] qué resolvieron en el hospital, cómo resolvieron, no lo sé, porque ahí intervenía mi mamá, todavía estaba viva mi mamá. Lo único que sé es que mi mamá había dicho que ella (misma) estaba internada y yo, ya iba por el tercer niño, y que yo no me podía hacer cargo. Ahora no sé si mi mamá autorizó o no autorizó que se dieran esos niños. Después que yo lo compro⁵¹ a mi hijo, que me recompongo, fui y pregunté y me habían dicho que no, que había sido dado en adopción porque son niños normales, este, ¿el más grande es varón, no? -le pregunta a Mara..

-El Julián y la otra que está en Marcos Juarez, la... Anahí y la otra... Florencia ¿te acordás que te conté que se llama Ana Luna?, [...] Yo le puse Ana Luna, le cambiaron el nombre la que la adoptó.

-¿Te dijo como le puso? -le pregunto.

- Me dijo la Viviana (enfermera)... (piensa un rato hasta que recuerda). Ahí está... ¡Liana!

⁵¹ Dar a luz.

-¿A dónde está? – quiere saber su hermana.

-Trabaja en el Disco (supermercado) –le responde Mara.

-¿En qué Disco? – le pregunta.

-¿El de allá, de Bell Ville? -pregunto.

-Sí. La Viviana me dijo, se llama Liana, llamala a ver si te conoce.

[...]

-¿Vos no sabés con quien está, quién es la madre, nada? – interviene la sobrina que también está presente.

- No sé ... – le respondo.

- Bueno, entonces vos sabés que yo fui, después cuando ya me alivié un poco viste, porque después de nacer mi hijo pasaron como cuatro años, y yo fui y hablé con la enfermera que le dije que yo quería saber que había sido de la vida de esos niños, que así yo no me hubiera hecho cargo de ellos porque no podía dado la cantidad de hijos que tenía, pero sí que los quería conocer, y saber algo. Me dicen “no, mirá, lo único que te puedo decir que los niños que se dan acá en adopción, son chicos que están bien cuidados, porque se averigua bien, por intermedio de asistenta social y todo eso a una buena familia” pero le digo, a mi me gustaría, yo tengo hijos, y viste que con el tiempo que se da que a lo mejor un día, suponete que ella va a bailar, ahora no ella está en pareja, pero un ejemplo, que a ella se le de por ir a un festival a Villa María, cruzarse, conocer y que resulten ser parientes, un primo, y ¡cuántas veces se ha dado en el caso de hermanos!

[...]

-Lo que yo nunca pude ir día de semana, solo una vez fui un día de semana cuando le hice ligar las trompas. Porque yo me contacto con el médico y el médico que la atendía a ella trabajaba acá en el Hospital Clínicas.

[...]

-Bueno, yo en una de las visitas que fui y le dije a las enfermeras, porque yo normalmente iba los domingos, les digo que qué posibilidades había de hacer algo para que ella no siga teniendo niños porque no era de mi agrado que los niños fueran dados y para tener niños que los den porque ni siquiera lo dejaban para... poquito tiempo lo tenía ella, casi nada. O sea que

no te daban posibilidad de que el pariente lo conozca. A mí por eso nunca me llamaron.

[...]

-A Julián lo crié yo -cuenta Mara- pero pasó a Sala 4, bueno después viste ... de acá le daba el pecho, le cambiaba el pañal y le daba la mamadera.

-Y ¿después se lo llevó el juez? -le pregunto.

-Sí

[...]

-...Entonces yo hablé -continúa la hermana-, le digo (a la enfermera) bueno, pero tiene que... cómo no se le va a dar algo... las tengo que comprar, no quédate tranquila que le dan las pastillas pero son vivísimas ¡las tiran!

[...]

-Los tres (parto normal). Y yo, no le di tiempo, ¿viste la difunta Correa?, bueno yo me iba a ir a pirar a la mierda para que no me hicieran el trabajo no me dieron tiempo para escaparme si yo me hubiera escapado no me hacían el trabajo.

-¿Qué trabajo? -Le pregunto.

-Mi hermana habló que me ligaran.

-Ah, ¿No querías?

-No, no quería, me quería escapar... me dice mi hermana yo hablé para que te hicieran ese trabajo, no...

-Y ¡no! Pero ella hay cosas que entiende, porque vos le hablas y te entiende, entonces, ¿para que traer hijos al mundo para que los den en adopción...? - reflexiona su hermana.

Mara, como al pasar y sin más comentarios me señala a la Difunta Correa. Esta es una santa pagana de Argentina cuya leyenda la relata como una mujer que debe huir al desierto con su hijo lactante en brazos, al que sus pechos amamantan incluso después de que ella fallece de sed en el desierto⁵². Con esta figura mítica, Mara muestra su posición ante el hecho de la ligadura y a la imposibilidad de tener

⁵² Juliano (1992) analiza el caso de la Difunta Correa entre las mujeres santas de canonización popular cuyo culto se ha extendido en toda Argentina. Las figuras míticas folklóricas permiten la identificación de distintos sectores de la población que no se limitan a las mujeres. La Difunta Correa resulta un modelo maternal arquetípico de la madre que protege a su hijo aún después de muerta. Constituye una propuesta de mujer redentora que obra milagros.

más hijos. El drama de Mara se anuda en la dificultad de tener al niño, la falta de decisión sobre el propio cuerpo, el diagnóstico psiquiátrico, la falta de recursos y la falta de apoyo familiar.

Han habido casos donde estos niños dados en adopción que conocen su procedencia se contactan con el hospital para conocer a sus madres. Este fue el caso del hijo de Alejandrina. Se comunicó por teléfono con el equipo de psiquiatría para ir a conocerla pero finalmente nunca acudió. La hija de Mariana vive con su familia adoptiva en una ciudad cercana. Es adolescente y suele enviarle cartas.

Pocha

“Mi mamá tiene la nena mía y no puede vivir con ella. Es una hija del corazón de él. Le da agua a las gallinas, a los patos, a los pocos chanchos. Viene, me dice y yo supe que le pegó a la nena. Se llama Helena, va a cumplir 25. La quieren mandar a la escuela, la mandaron a la escuela del campo. El papa es el hombre que viene a verme pelo castaño. Me agarró y me dijo no digas nada. Tenía mujer y 4 chicos. La chica casada, el varón también”.

Emilia

Emilia está internada en el hospital desde el año 1991. Tiene cuatro hermanas y un hermano y tuvo dos hijos. Su hermana menor Ida, está internada en el hospital de Oliva desde hace varios años y su hija en el Hospital Santa María de Punilla. A su hija la suele ver una o dos veces por año, cuando una de las hermanas que vive en una ciudad cercana puede retirarla del Hospital y llevarla a Bell Ville. Con Ida se ha encontrado en distintos eventos, como fiestas o jornadas deportivas, que convocan ha ambos hospitales. Emilia me cuenta: “Ida estuvo internada acá conmigo. Primero la trajeron a ella y después a mí. El marido la pasó a Oliva. Se tiraba al río, se peleaba, se volvía loca”.

Carmela

Carmela no tiene relación con su familia desde que ingresó a la institución hace más de treinta años. El único contacto que mantiene es con su hermano que también está internado en otra sala del hospital.

–“Manuel saca yuyos, se levanta a la mañana temprano, toma el té, y se va a trabajar. Barre el patio, hace cosas de futbol . De chiquitos que estamos acá”.

–“La Sendra (psicopedagoga) me dijo que soy abuela: Maximiliano, Pablo, Lucas, Carolina y Paulina. Viven acá en Bell Ville” –No los conoce, solo en fotos. Marcela es el nombre de la hija”.

Utiliza la carta para escribirle un mensaje a su hija que tuvo durante la internación, dada en adopción y con quien nunca ha tenido comunicación:

Querida hija:

Te extraño. Quiero saber cómo andás. Tu mamá Carmela también va a la escuela y quiero que me vengas a visitarme pronto y el papá Oscar (otro interno) que está operado. Quiero que nos vengas a ver. Quiero que me traigas ropa, zapatilla, remera y cosas para tomar mate.

Con la internación los vínculos familiares son interrumpidos. Emerge un sentimiento de añoranza, vacío y reclamo continuo por la familia bajo la forma de cartas y llamados. El contacto actual se refleja en algunas familias que llegan de visita, llaman o la interna va al hogar familiar de visita. La familia en el asilo es una situación que se repite dentro de la institución o, incluso, los miembros de la familia quedan repartidos en distintas instituciones.

La pregunta por el familiar ausente, especialmente por la madre, es un reclamo constante que las mujeres internas lanzan a quien se crucen. La pregunta, el pedido, el reclamo es una forma de inscribir una ausencia, de darle entidad, de suturarla. La familia ausente se vuelve presente a través del reclamo, a modo fantasmático, verbal, en la palabra se hace presente. Pedir por ellas es una forma de recordar, de ganarle al olvido, y de recordar tanto para ellas como para los otros, de que su pertenencia, sus lazos, y su lugar están en otras partes.

II. Visitas y salidas

Finalmente, un día sucede que, tras promesas y esperas, con aviso o sorpresivamente, la familia llega de visita. Algunas se presentan de forma espontánea, mientras otras avisan antes a la institución.

La institución no regula días ni horarios de visitas. Las familias suelen acudir al hospital para las fiestas de cumpleaños, especialmente a aquella próxima a fin de año, a la que en muchas ocasiones son invitados por el personal de la institución. Algunos eligen ir los fines de semana porque vienen desde otras localidades y les es más fácil para viajar en esos días, pero otros acuden cualquier día de la semana, generalmente por la mañana así encuentran a los profesionales del Servicio de psiquiatría. Las familias suelen traer algo de regalo cuando llegan de visita: ropa, paquetes de yerba, azúcar, comida, o dinero.

La madre de Rosario trata de ir al hospital al menos una vez al mes. Para ello, aprovecha cuando la ambulancia del pueblo viaja al hospital, quienes le hacen el favor de llevarla y ahorrarle el pasaje del transporte. De su familia, Rosario sólo mantiene relación con ella. Antes de salir llama siempre a la sala para avisar a las enfermeras que estará por allí:

–“Ahora a sí mismo vengo yo una vez por mes, una vez al mes, que como te dije, las chicas, las hermanas como son casadas la pasan con su familia y el papá porque no quiere saber nada”.

Para la mamá de Romina, llegar al hospital implica tomarse tres buses interurbanos, lo que le lleva aproximadamente unas 6 horas de viaje, más el tiempo de espera para las conexiones. Cuando la entrevisté, había llegado el día anterior. Esa noche durmió en la guardia del hospital, en las sillas de la sala de espera, porque no está permitido que los familiares duerman en la sala y tampoco podía afrontar el gasto de un hospedaje.

Las razones económicas son enunciadas como las dificultades del viaje. La madre de Silvana me dice telefónicamente que viajarán cuando puedan cobrar una pensión. Me dicen que van a tratar de ir para navidad, a saludarla. Pero no llegan ese día a verla.

Paula, Karen y el colectivo

El colectivo de la ciudad de Bell Ville tiene una parada en la entrada del hospital. A las horas en punto comienza desde allí su recorrido por la ciudad hasta retornar a este punto de partida aproximadamente 50 minutos después. Hasta que se sumó una nueva línea, éste fue el único medio de transporte público local durante mucho tiempo. Este colectivo es utilizado por las internas cuando van al centro de la ciudad, a la escuela o al taller municipal. En una ocasión, acompañé a un grupo de internas en el colectivo para ir al taller artístico municipal donde asisten semanalmente. Cuando descendemos en nuestra parada observo que Karen no baja. Narina me cuenta que ella simplemente “sale a dar una vuelta en colectivo”. Desde la ventana Karen va mirando la ciudad y saludando a las personas que no necesariamente la ven (Nota de campo, 2010).

La madre de Paula me cuenta que durante sus visitas al hospital utiliza el colectivo para dar una vuelta a la ciudad con su hija:

– “... Yo a veces la saco y cuando la saco lo que hago es, lo que ahora le gusta, voy dando vueltas, porque Bell Ville realmente no hay nada para que ella se distraiga. Una plaza a ella no le llega, entonces ¿qué es lo que le llegaba últimamente? es la vuelta en el colectivo... toda la vuelta, ahí le llevo facturas, gaseosa, y mirar, mirar, mirar, y ahí se queda un rato. Hay veces que llegamos lo más bien y hay veces que se arma un desbarajuste que la tengo que andar llamando a la enfermera que por favor me la venga a buscar...” .

El colectivo local constituye así una suerte de *stultifera navis*. El colectivo es la manera de atravesar la ciudad, de mirarla, de recorrerla, hasta que finalmente las conduce nuevamente al margen, al hospital. De esta forma, rodeando y bordeando, transitan el espacio urbano.

Emilia

Emilia es una de las pocas internas cuya familia vive en la misma ciudad donde está el hospital. La casa de su hermana queda cerca del hospital, por lo que Emilia suele visitarla con frecuencia. Allí va a compartir una comida con ellos o a pasar un rato por las tardes.

Checha

“La tía y la prima de Checha vinieron de visita. Mientras la esperan en el hall de ingreso, la enfermera la busca en la sala para cambiarle la ropa. Le pone una pollera pero está roto el enganche por lo que se la atan con una tira que sostenía la puerta de un armario. Checha me dice que ella se “porta bien”. Ahí las enfermeras me cuentan que estuvo en la sala de contención hasta recién porque se escapaba. La acompañan al kiosco para comprarle yerba y azúcar y luego se va a ver a su novio” (Nota de campo, 2012).

Popes

Popes recibe la visita de sus dos hermanos y su cuñada. Vienen a verla 3 veces al año. Para la navidad pasada iban a llevarla pero se quebró la cadera y no pudieron llevarla. Durante la visita, permanecen en la sala, entre el hall y la entrada. Popes llora, se queja (Nota de campo, 2010).

Belén

Belén se escapó corriendo dos veces al enterarse de que venía la madre a verla. La enfermera corrió tras ella y la agarró, volviéndola a la sala. La segunda vez, deciden encerrarla. La cambiaron de ropa para recibir a su mamá más arreglada. Entrevisto a la madre:

“Lo que tenía era que se escapaba [...] Se me escapaba de noche, quería hacer la vida fácil, vos me entendés. Se me escapaba”

Belén está sentada al lado. En este momento levanta un puño amenazando con golpearla. Le molesta que la madre hable de ella. Su madre le explica que está

hablando conmigo para que le ayude a recuperarse y pueda ir rápidamente a su hogar de vuelta.

–“Hace 16 años yo la interné porque tuve un problema de salud. Ahí empezó el problema. Al último estuvo en el Ceferino Namuncurá, en el Santa María y de ahí, acá” (Entrevista, 2011).

Me cuenta que Belén estuvo con varias de las internas en otras instituciones, entre ellas Alicia. En el hospital también está internado el primo de Belén y su hermano que ingresó por matar a otro de sus hermanos. También había una hermana de Belén en Sala 2 pero falleció al año de ingresar.

Alicia

Una mañana la busco a Alicia para ir a la Escuelita. Está en su cama durmiendo. La despierto porque ya era media mañana pero me dice que no va a ir a la Escuelita porque quiere descansar bien porque mañana se va a su casa en Dean Funes (Nota de campo, 2012).

La salida de la institución para irse por un tiempo se llama “alta transitoria”. Por lo general, estas salidas son al hogar familiar donde van de visita y pernoctan allí. De Sala 2 son sólo tres internas quienes suelen hacer estas salidas. Una de ellas es Alicia que va a su lugar de origen que está a 320 kilómetros del hospital. Allí vive su hermana con su familia y también su hija Vanina. La institución coordina con la familia la salida y notifica al juzgado que lleva su causa.

–“Tengo carnet para viajar” –me cuenta Alicia. Se refiere al pase libre del transporte que otorga el gobierno provincial a las personas que disponen de un certificado de discapacidad. Este carnet le permite viajar de forma gratuita en los transportes públicos. Durante 3 horas, Alicia viaja sola en el bus hasta la ciudad de Córdoba, donde la espera su cuñado o el suegro de su hermana para llevarla hasta la otra ciudad donde viven.

Las enfermeras no saben bien por cuantos días se va Alicia, por ello no saben cuánta medicación tienen que darle para que se lleve. Finalmente, le dan

para cubrir una semana. Transcurrido ese tiempo, debe solicitar la medicación en el dispensario u hospital del lugar. El regreso no está estipulado de antemano, sino que se va coordinando telefónicamente con la familia llegado el momento. Lo que sí se ha pautado es que el regreso sea luego del cumpleaños de su hija.

Al día siguiente, cuando llego a la Sala 2, veo que hay un remis en la entrada. Al ratito veo que Alicia sale de la sala cargando con un bolso grande en una de sus manos. Se dirige hacia el vehículo. Allí abre la puerta trasera donde guarda el bolso. Me saluda y me dice que se está yendo a su casa. El remis la llevará hasta la terminal de ómnibus. – *“Me tomo el Ciudad de Córdoba o el Coata que va directo a Córdoba. La señora dice: en el 15 sale el Ciudad de Córdoba”* –, me explica Alicia cómo se las arregla para tomarse el bus en la estación. Antes de irse me pide *“dos pesos para comprarse puchos”*. Le pregunto cuando vuelve y me dice que en febrero después del festival que organiza el pueblo.

La posibilidad de recibir visitas o ir de visita no está restringida a la proximidad con la familia. Narina es la interna de mayor antigüedad en la sala, ingresada en el año 1968. Aunque su familia vive en Bell Ville nunca la han visitado. En su historia clínica una psicóloga ha escrito “hospitalismo”. Con este término, parece querer connotar su completa adaptación a la institución. Habituada a sus normas y funcionamiento, sin reclamar por otro espacio, ni otras personas.

Sin embargo, la internación de larga estadía no implica necesariamente el olvido del hogar. Silvia, que ingresó en el mismo año que Narina, sólo recibió la visita de su madre una única vez. Ya han pasado más de 40 años de internación y Silvia sigue prefiriendo su casa al hospital; una casa y una familia que ya no existen:

–¿Vino la mamá a verte?

–Sí, pero sola –me responde Silvia.

–¿Qué dijo?

–Nada. Lloraba. Era viejita.

[...]

–¿Hace mucho que estás acá?

–Sí.

-¿Te gusta vivir acá?

-No, no me gusta. Casa.

III. Irse del todo

“La cara del internado es una cara de persona anémica, que no dice nada, que se queda quieto, que toma actitudes pasivas y que bajo las órdenes del enfermero, bajo las órdenes del médico, espera el día que no llegará nunca, el día de su salida, el día de su alta” (Basaglia, 1983:17).

Beatriz y su novio están sentados en las mesas bajo el árbol del parque. Me cuentan que él está por *“irse del todo”*. Ello depende de unos papeles que está tramitando su hermana y cuando los tenga listos ya podrá irse a su casa.

La expresión *“irse del todo”* también la escucho de las hermanas Luz y Javiera. Su hermano también está haciendo los papeles para que puedan irse según me cuentan. También en la charla telefónica que Silvana mantiene con su madre, ante la demanda de volver a casa, ésta le responde que cuando estén todos los papeles se irá a su ciudad.

De este modo, la externación queda reducida a una cuestión burocrática, donde ciertos papeles necesitan alistarse. Estos papeles pueden referir tanto a la obtención de una pensión, lograr una plaza en una institución más cercana al domicilio familiar o conseguir una autorización judicial. Con esta expresión diferencian el alta médica definitiva de las altas transitorias, porque saben que muchas veces pueden irse (a otras instituciones o incluso a su casa) para luego volver. Pero, a diferencia de lo que señala Basaglia en la cita de arriba, estas mujeres no esperan pasivamente su alta, no están resignadas a estar allí.

CAPÍTULO 8

COMO MADRES E HIJAS

-Sobre la circulación del cuidado-

Habitar en una institución de salud mental supone la interrupción de las relaciones de convivencia con la familia para cohabitar en nuevo espacio con personas desconocidas hasta el momento del ingreso. Será en este nuevo grupo de pertenencia donde la interna tendrá que establecer nuevas relaciones. A diferencia del capítulo anterior donde el foco estaba puesto en los vínculos previos a la internación, este capítulo se centra en los vínculos que se establecen a partir de ésta.

Como ya hemos señalado, la Sala 2 del hospital, además de formar parte de un espacio médico, constituye un hogar para las internas. Sin embargo, es un hogar que se aleja de la normatividad social, en la medida en que su constitución requiere de criterios de conformación diferentes. Mientras que los vínculos familiares y de parentesco constituyen la base fundamental del reclutamiento de los miembros de un hogar (Jelin, 2010), en la Sala 2 sus integrantes son reclutadas por un diagnóstico médico y por ser de sexo femenino. Aún considerando los casos de las internas cuyos hermanos también se encuentran internados en la institución, no es por este rasgo de parentesco que habitan juntos.

Una de las actividades fundamentales que llevan a cabo las familias es el cuidado de sus miembros (Jelin, 2010). Tronto (1994) resalta que se recurre a lo público o al mercado cuando la casa falla en alguna medida en proveer cuidados que, generalmente, están a cargo de las mujeres de la familia. Las internas fueron llevadas a la institución por decisión de sus familias o de la justicia, si es que no provienen ya de otra institución. A partir de allí, es el hospital es el encargado de desplegar toda una serie de prácticas asistenciales en torno al cuidado de estas mujeres que aloja como pacientes. Resulta entonces relevante observar cómo, en el marco de la rutina hospitalaria, con las prácticas de cuidado tiene lugar la constitución de los nuevos vínculos.

El primer y el segundo apartado abordan los vínculos de cuidado que se forman a partir de la institucionalización con distintas personas, tanto de *dentro* como de *fuera*, y entre las internas. Ambos tienen en común que emulan los vínculos familiares. El tercer apartado se detiene a examinar las muertes en la Sala 2. El final de la vida, destino colectivo de todos los seres vivos, encuentra a estas mujeres en la sala del hospital y tensiona las prácticas de cuidado.

1. Madres/madrinas, hijas/ahijadas

“Dora está en el box de enfermería esperando que la enfermera termine de preparar la medicación. La ayudará en la distribución de esa tarde. Mientras la enfermera termina, Dora me dice sonriente que esa enfermera, junto a la doctora Z., es su madrina”(Nota de campo, 2010).

Es frecuente que, como Dora, alguna interna señale espontáneamente quién es su madrina cuando la misma está presente en aquel momento. Este vínculo es motivo de orgullo, por lo cual es enunciado cuando se presenta la oportunidad y la enunciación puede ir acompañada de una muestra de afecto como un abrazo, un beso, o incluso del intercambio de regalos:

“En el box de enfermería las enfermeras toman mate durante un descanso. Es la hora de la siesta, así que la sala está más tranquila. Algunas internas se acercan al box. A Silvana le gusta estar allí escuchando lo que se habla. Dora le pregunta a Claudia, la enfermera nueva, si quiere ser su madrina junto con Viviana. Claudia le dice que sí. A mí me sorprende que no nombre a la Dra. Z. que yo sabía que era su madrina, así que le pregunto si ella sigue siéndolo. Me responde que no, que ya no la quiere porque la sacó de su casita. Y Víctor tampoco es más su padrino “por miserable” me dice, ya que no le regala nada. En cambio, VivMiana es su madrina porque le ha regalado un reloj. Viviana, que está presente, bromeando le pide que le regale algo, porque no sólo la madrina regala sino también la ahijada. Dora le recuerda que ya le ha regalado un muñeco. Entonces, Viviana se acuerda pero dice no saber bien que hizo con él. Dora abandona el box y regresa un rato más tarde con un frasco con sales de baño en las manos. Se lo trae de regalo a Viviana. Ella le pregunta de dónde lo ha sacado y le contesta que se lo han regalado en la cocina. Dora le pide que lo guarde y que esta vez no se le olvide” (Nota de campo, 2012).

Dora ha cortado el vínculo con sus anteriores padrinos, una doctora y un empleado del hospital, y les ha buscado reemplazo. Dora mantenía con su anterior

madrina una relación fluida: la doctora le regalaba dinero cuando ella se lo pedía y en algunas ocasiones Dora pasó la Navidad en su casa con su familia. Pero el enojo de Dora por el cierre de la “Casa de medio camino”, lleva a la extinción unilateral del vínculo.

Las relaciones de madrinazgo/padrinazgo están mediadas por atenciones como los regalos, y su falta puede llevar a la extinción del vínculo. Así, Dora le recuerda el vínculo a Viviana a través de un regalo, el cual funciona como “recordatorio” de la relación que se plantea recíproca. El intercambio de regalos traza relaciones y, por el contrario, su ausencia puede terminarlas.

Silvana, por su parte, resalta el aspecto del cuidado y del afecto que el vínculo de madrinazgo conlleva:

“Silvana asoma la cabeza por la ventanilla de la puerta del box de enfermería y permanece allí un buen rato con la mirada puesta en la enfermera Nelly –*Ella es mi madrina* –dice sin dejar de mirarla con una expresión amorosa en su rostro. Nelly me dice que el día que llegó Silvana le dijo que ella era su madrina –*No dijo ni mamá, ni tía, sino madrina*” (Nota de campo, 2012).

En otro momento, Silvana me dice que Nelly es su madrina porque la “adora” e introduce la figura de la mamá:

–Mi mamá es Carmela (otra interna) que me cuidó desde que era chiquita, a los 8 años cuando llegué a la sala. Si a la noche necesito algo, ella me lo busca (Nota de campo, 2013).

Silvana hace pocos años que esta en la sala. Sin embargo, en su relato sobre su vínculo con Carmela, Silvana fija su arribo a la sala durante su niñez. Sabiendo que ello no era cierto la interrogo:

–Pero, ¿no me habías dicho que pasaste los quince en tu casa?

–Sí –me responde –me fui para mis quince y volví.

Este relato, más allá de su falsedad, es un esfuerzo por crear una memoria común, un pasado que las une en un vínculo de cuidado. Este relato ficcional, permite construir la propia historia de vida en la sala, afianzando vínculos al prolongarlos en el tiempo.

Pero esta relación no es mutua, porque Carmela le aclara, más tarde, que ella no es su mamá. Lo mismo le sucede con otra enfermera:

“Silvana se acerca donde estoy hablando con la enfermera Clide.

–Ella es mi mamá –dice sobre Clide –Ella y la Nelly. Yo la amo, cuando llegué a la sala me dijo: “Vos sos mi hija”.

Pero la enfermera le dice que nunca dijo que eso y que todas son sus hijas. Silvana se larga a llorar y la abraza. Al rato se calma y me dice que también su mamá es “la Carmela, la Narina, la Zulma y la Estrellita” (otras internas de la sala).

–Narina es mi mamá porque me ayudó cuando se me quedó la mano atrapada en la cama. Ella me cuida” (Nota de campo, 2014).

Designar algún vínculo como de madre-hija, madrina-ahijada implica una preferencia sobre las demás internas, que algunas enfermeras prefieren no marcar devolviendo a un plano de mayor distancia la relación e igualdad con sus compañeras.

Mientras Dora tenía en cuenta la circulación de regalos, donde el dar-recibir-devolver son centrales para mantener el vínculo, Silvana considera las ayudas que recibe para constituir un vínculo de madre-madrinazgo. El cuidado se vuelve un don al que se responde con amor, con demostraciones de cariño. No existe una distinción clara entre la figura de la madre y la de la madrina. A veces pueden utilizarse como sinónimo y, en cambio, otras veces emplearse para hacer una distinción. El uso de madrina parece estar más asociado al intercambio de regalos y atenciones, mientras el de mamá con una relación más corporal y de cuidado físico. Para referirse a una compañera de sala en tal sentido, sólo utilizan la palabra mamá y nunca madrina. Es decir, el madrinazgo nunca es entre pares, a diferencia de la figura de la mamá que sí puede serlo.

“La ahijada de la enfermera Nelly es Silvana y su hija Ester. Le pregunto a Nelly cuál es la diferencia entre hija y ahijada. Piensa y me responde:

–*A la ahijada se le da mas maña*” (Nota de campo, 2012).

Con dar maña se refiere a mimarla, consentirla.

Narina agrega otra distinción cuando le pregunto si tiene madrina:

–*“Teresa es mi madrina de bautismo, que es mi tía. De Cru.sa.men, la mamá de la Sendra es mi madrina. Mariela (enfermera) y la enfermera Viviana son mi mamá*” (Nota de campo, 2010).

La figura de la madrina, también fue alentada desde la institución con la organización Cru.sa.men. Con el objetivo de generar estos vínculos, realizaron hace varios años una campaña de padrinazgo en la comunidad de Bell Ville. Desde allí, quedaron muchos de estos vínculos de madrinas/padrinas que aún perduran aunque más no sean en el título. Es decir, estos vínculos que se dan espontáneamente al interior del hospital, la institución los fomenta y fortalece buscando, a través de estas figuras de pseudo-parentesco, crear lazos con personas de la comunidad. Tiempo después de esta primer campaña de padrinazgos, la institución la relanza con el fin de crear nuevas relaciones y refrescarlas. De esta manera, la institución genera un espacio de apertura de sus fronteras, *revitalizando al yo* de sus internas.

El número de madrinas no está limitado a una. Como Rebeca que me dice que tiene dos madrinas de Cru.sa.men a las que a veces va a visitar cuando sale al centro. Le pregunto que significa ser madrina:

–*“Madrina es que te regala cosas, te hace una torta, te lleva a pasear*” (Nota de campo, 2012).

Como Dora lo hizo alguna vez con la doctora Z., Mara comparte con su madrina y su familia un momento importante en un espacio íntimo, su hogar:

“Mara me cuenta que se va a pasar las fiestas con su madrina que es enfermera en el área de Salud Pública:

–Yo tengo que estar lista, cambiada y bañada, y me pasan a buscar por la sala” (Nota de campo, 2011).

También Vanesa pasa las fiestas con su madrina y con su “mamá postiza”, a la vez que enlaza estos hechos con su falta de madre:

“–Yo no sé lo que es el amor de una mamá –me dice Vanesa cuando le pregunté de dónde era ella (Sus padres murieron en una inundación cuando ella era pequeña). –A la Navidad la pasé en la casa de Rosa, mi mamá postiza, que vive por acá cerca. Y año nuevo lo voy a pasar en la casa de mi amiga Norma. Era enfermera del hospital y también es mi madrina” (Nota de campo, 2012).

Vanesa introduce el término “amiga”, que da cuenta de una mayor paridad en el vínculo, para designar un vínculo de madrinazgo y también quien agrega el adjetivo postizo a la figura de la madre. Por lo general, las madrinas son personas vinculadas al hospital, por ello es frecuente que este rol lo asuman las enfermeras. Pero en el caso de Lara, su madrina es una maestra que ha tenido en la escuela especial a la que asistió, quien a veces se presenta en las fiestas de cumpleaños para saludarla y acompañarla:

“–Haceme una cartita y un corazón. Es para mi madrina que me venga a visitar porque estoy aburrida acá” (Nota de campo, 2010).

Carmela utiliza sólo el término amiga para referirse a una vecina del hospital a la que va a visitar con frecuencia. Entrevisto a esta amiga que me cuenta cómo surgió la relación con Carmela:

“...ella pasó, yo tenía un perrito chiquitito y ella pasó y me dice: ¿lo puedo tomar? ¿Lo puedo agarrar? Sí, y lo mimó a ese perrito y de ahí en más le dice a mi mamá: ¿yo puedo venir todos los días a ver al perrito? Le dice mi mamá

bueno... sí mi amor veni, o sea nosotros no somos de excluir a nadie. Entonces, este, casi día de por medio o casi todos los días venia a ver el perrito. Su excusa era ver el perrito...

[...]

la primera que entra aquí a la casa es Carmela, después empieza a venir Mabel, después empieza a venir Karen también, viste que ella siempre pide una radio. ¿No tiene una radio que me de?

La vecina introduce su relación con Mabel, una interna que ya había fallecido:

(Mabel) porque a ella, mi vida, la dejaban salir y quería tener sus pesitos, entonces iba y ayudaba a una chica conocida a limpiarle la casa, venía acá y tomaba mate, ¿qué podés comer Mabel? Puedo comer esto, esto y aquello. La invitábamos almorzar. ¿Yo puedo, por ejemplo, pasar la navidad con ustedes? Decía ella, sí como no, entonces mi mamá habló con el doctor, le pidió y le dijo todo lo que se podía hacer y el doctor le permitía. Además, antes de que ella viniera, por ejemplo, ha pasado acá en casa se ha quedado a dormir Raquel con el permiso del hospital, cierto? Y es más la hemos llevado a casa de una tía a pasar el año nuevo. A ella le gustaba eso y ella se quería ir del hospital porque quería tener esa vida normal

[...]

ella siempre me decía que quería irse de ahí, que ella quería tener su trabajo y su vida. Por eso a veces nos buscaba a que nosotros a querer venir a acá a casa a quedarse y muchas veces le decíamos que no podíamos y nosotros en su momento no estaba como para tener a otra persona. La situación económica no daba, bueno, pero la aceptábamos acá, ella traía su medicación, ella sabía como medicarse, en qué horarios, y nosotros decíamos que por ejemplo mandaran las chicas, las enfermeras, los horarios de la medicación y que medicación debía tomar, que la mandaran con toda la medicación para que ella no cortara. Y bueno, así hacíamos más que bien, y nosotros nos sentíamos más que bien porque ella era una persona muy cariñosa, muy sensible..."

(Entrevista, 2010).

De este modo, las internas son ellas mismas quienes generan los vínculos, los sostienen y de este modo se procuran una experiencia más cercana al hogar.

También es interesante las interpelaciones personales que me realizan las internas donde soy ubicada en un linaje familiar: como hija y como madre.

“A pesar de que Bárbara no conoce a mi madre, con mucha frecuencia me pregunta sobre cómo está ella y me pide que le mande saludos. También me pregunta cuando voy a tener mi bebé. Sin importar que yo le haya dicho que no estaba embarazada, me pregunta si puede ser la madrina de mi bebé cuando éste nazca” (Nota de campo, 2011).

La figura materna está asociada con la bondad; el cuidado con el acto bondadoso y por eso asociado a la figura materna:

“Lara me dice: – ¡Qué buena que sos Florencia!, parecés una mamá. Te quiero mucho” (Nota de campo, agosto 2010).

Parte de los nuevos vínculos que se instauran durante la internación aspiran a crear lazos especiales con un “otro” a través de la figura de la madrina o de la mamá. Este “otro materno” puede estar encarnado por distintas personas, tanto de *dentro* como de *fuera*. Mientras los vínculos de madrinazgo parecen referir más a un intercambio de regalos, y de compartir momentos juntas a través de las visitas, donde la madrina suele compartir su espacio familiar; el vínculo de “mamá-hija”, en cambio, parece acotarse a la realización de tareas de cuidado y asistencia física. El parentesco aquí (desde el punto de vista nativo), no refiere a los vínculos de consanguinidad, ni tampoco legales, sino afectivos, que son establecidos, y deben ser mantenidos, en una interacción más o menos cotidiana.

2. Quienes no pueden cuidar de sí

El ser humano, llegará a decir Epícteto, es “*el ser a quien fue confiado el cuidado de sí*” (Foucault, 2002:53). Esta noción del “cuidado de sí” va a ser

abordada por Foucault como categoría genealógica para mostrarnos su desarrollo como forma de vida en el occidente cristiano⁵³. Así, resume Ayres (2004), esta categoría se constituyó, simultáneamente, como un atributo y una necesidad universal de los seres humanos, regido por principios de aplicación general, ahora orientados hacia una práctica de alcance y responsabilidades absolutamente individuales.

Pero no todas las personas pueden alcanzar este universal del “cuidado de sí”. Entonces, ¿qué sucede con aquellos que no pueden cumplir este ideal de ocuparse de sí mismos, aquellas personas que necesitan ser cuidadas? Tronto (1994) resalta que el grado de cuidado que los otros proveen depende no sólo de las diferencias construidas culturalmente, sino también de las diferencias biológicas: niños, enfermos y muertos necesitan ser cuidados. Partiendo del supuesto de que la institucionalización no tiene como finalidad la cura, ya que la enfermedad diagnosticada es una patología crónica e irreversible, que afecta a la totalidad de la personalidad, el cuidado se impone como meta⁵⁴. La internación encarna aquí el reverso de este imperativo occidental; demuestra la imposibilidad de su universalidad. Las mujeres internas son la contratara de estos ideales modernos y occidentales: su autonomía está disminuida, y su dependencia o interdependencia se vuelve evidente. En el hospital, las ilusiones occidentales caen. Aunque podamos considerar que el cuidado está relacionado con la noción de autonomía, Tronto (1994) muestra el lado ilusorio que ésta tiene. Sostiene que el cuidado es un aspecto universal de la vida humana: todos los seres humanos tenemos necesidades que otros pueden ayudarnos a satisfacer.

Mol (2008) también cuestiona la ilusión individualista y autónoma con la que se forjó occidente, y a la cual se atribuye su modernidad⁵⁵, para señalar que en realidad no lo somos.

⁵³ Para Foucault, “el cuidado de sí” supuso la emergencia de un “arte de existencia” enteramente nuevo, el cual localiza a partir del siglo II de la era cristiana. Aborda esta categoría como una tecnología social, que emerge históricamente de la experiencia social, en la forma de saberes y prácticas vueltos hacia la construcción del lugar del yo y del otro en una compleja red de interacciones (Ayres, 2004).

⁵⁴ En los estudios realizados por Annemarie Mol (2008) con pacientes con diabetes, la autora deja de lado la distinción entre “cuidado” y “cura”. Ello se debe a que en la práctica las actividades categorizadas de una u otra forma se solapan, y pueden tener efectos similares en el cuerpo. Incluso aún menos sentido tiene esta distinción en las enfermedades crónicas. La cura en tales casos no conduce a la recuperación pero en cambio hace a la vida más soportable: esta es una forma de cuidado.

⁵⁵ Si bien es en la modernidad, con el capitalismo y la burguesía donde tiene su apogeo, Foucault (2002) nos enseña que esta categoría del “cuidado de sí” tiene un desarrollo mucho más antiguo.

En las siguientes viñetas del diario de campo analizo cómo el cuidado se produce en la interacción entre las internas, donde una de ellas asume la “responsabilidad” del cuidado o rol de cuidadora de aquella que “no puede cuidar de sí”.

Narina y Rosario

“Observo en la sala que Rosario está mojada, envuelta en una sábana blanca. Se ha terminado de bañar. Narina está con ella junto a su cama. Le elige la ropa que se va a poner. La seca, le coloca un pañal nuevo y la ayuda a vestirse” (Nota de campo, agosto 2010).

Rosario necesita ser asistida en diversas actividades de la vida diaria en las que no puede asumir su auto-cuidado. Si bien Narina es su compañera de sala, ella asume este rol de cuidadora. Me explica en qué consiste este cuidado:

–“Estoy cuidando a una nena. Es buena, pero empuja. Come sola, yo le preparo la leche y la ropa para bañarla. Yo la baño. La madre me trae de todo... me trajo ropa. Voy solo un ratito a la escuela de acá porque tengo miedo que la nena empuje a alguien. Cuando ella se levanta me busca, me agarra de la mano y me lleva a que la bañe. Hay veces que no quiere comer. Toma mate, yo se lo preparo” (Nota de campo, 2010).

Narina utiliza la palabra “nena” para referirse a Rosario⁵⁶. Este término, categoría nativa, se diferencia del término “chicas” que es el utilizado habitualmente por las internas (y en ocasiones por el personal del hospital) para referirse a sus compañeras de sala⁵⁷. “Nena” no hace alusión a la corta edad de la persona, sino a que necesita ser cuidada como lo requeriría una persona de corta

⁵⁶ Esto también se ha observado en otras pacientes cuidadoras como se verá a lo largo del trabajo. Balzano (2005) también encuentra la utilización de este término, el cual entiende como la contraparte del término “*mamita*” en la relación asimétrica que se establece entre cuidadoras y cuidadas.

⁵⁷ En una ocasión es registrado la utilización de “chica” por parte de una cuidadora para referirse a la paciente que cuida. No obstante, el pronombre posesivo marca la diferencia en el uso del término “mi chica”. Al contrario, no se utiliza el término “nena” para referirse a una compañera de sala.

edad. “Nena” connota una asimetría en la relación, mientras “chicas” muestra un plano de igualdad.

–*“Le doy la leche y la comida. Cuando tiene sed le tengo que dar agua a cada rato porque la mamá me encargó... La baño –Narina me describe sus tareas como cuidadora.*

–*¿Te ayuda alguien? –le pregunto.*

–*La empleada (la enfermera). Le cambio los pañales. Rosario se levanta solita y me viene a buscar a mí para que la lave. La baño a la mañana y a la tarde. La quiero como si fuera una hija.*

–*¿Por qué la cuidas vos a ella?*

–*Porque cuando vino el primer día me dijo la mamá si quería cuidarla. Bueno, le dije y me la dio a mí. Ella es como si fuera una hija y yo la mamá. La baño y se queda quietita” (Nota de campo, 2014).*

El cuidado que realiza Narina se basa en ayudar a que Rosario satisfaga sus necesidades básicas: alimentarla y asegurarse de que beba. También el cuidado implica atender a la higiene: cambiar los pañales y bañarla. Este vínculo, que acarrea responsabilidades y reconocimiento para Narina, implica un reconocimiento de parte de Rosario, en la medida en que la busca a ella para que la bañe y no a otra persona, y responde a los cuidados con docilidad.

El inicio del vínculo, según señala Narina, es el pedido de la madre de Rosario. Narina entiende este pedido de cuidado, como un don: “*me la dio a mí*”. Y a continuación agrega: “*Ella es como si fuera una hija y yo la mamá*”. El don que circula es el de la familia, el del vínculo familiar. La madre establece una cesión de su rol, que Narina siente que le es transferido. Incluso interpreta el afecto que conlleva el vínculo como un amor materno. Los familiares delegan el cuidado en la institución, función que se personaliza en una interna que asume en parte éste. Su tarea de cuidadora es reconocida y retribuida con regalos: ropa, comida, objetos, dinero.

Entrevisto a la mamá de Rosario un día que fue a visitar a su hija. Hablamos en el hall de la Sala 2, junto a Rosario y Narina. Me cuenta:

–“Acá la cuida la Narina, está siempre con ella, que yo siempre le traigo comida, ropa, zapatillas, yerba... es muy buena... ¿es cierto que vos te hacés cargo de Rosario acá, la cuidas, todo? –le pregunta a Narina”.

En este cuidado también interviene Carla. Carla es una interna más joven que Narina y muy amiga de ella. También es considerada en la sala de “buen nivel”. Las he observado en muchas ocasiones asistiendo a Rosario: juntas la bañan, la cambian, la ayudan a comer.

“...a la Rosario la levanto y la cambio después de que yo tomo la leche junto a la Carla. En la galería le damos la leche. Después nos vamos a tomar mate con la Carla, Pepo, y Marcos (sus novios de otras salas). Limpiamos la galería grande. A veces ayudamos a enfermería. Hoy vamos a lavar la ropa mía y de la nena.

-¿No te la lava el lavadero?

–No, ya me han perdido una chombita mía que me regalo Marcos. Con la Carla la lavamos” (Nota de campo, 2013).

De este relato se desprenden varios aspectos. Por un lado, el cuidado de Rosario se inscribe como parte la rutina dentro de la sala que también implica otras actividades de solidaridad y cuidado como limpiar la galería y ayudar a las enfermeras. Por otro lado, cuidar a Rosario, también implica cuidar sus cosas, su ropa. A la vez, el cuidado se presenta como una tarea que puede ser compartida entre estas dos amigas:

“–A donde va Carla, voy yo. Ella vino de chiquita, yo la cuide y le enseñe a caminar –me dice Narina” (Nota de campo, 2013).

Si bien Carla hace sólo 5 años que está en la institución, Narina me hace un relato ficcional de la relación que las une, donde ella se ubica en el papel de la criadora, en el rol materno. Un relato inexacto o falso puede dar cuenta de muchos

aspectos reales de la vida de una persona (Amado, 1995)⁵⁸. Estos hechos ficcionales que son narrados como parte de su historia de vida, lejos de ser una invención inútil, puede revelar datos reales de las vivencias del lugar. Por un lado, puede interpretarse como una necesidad de prolongar en el tiempo el vínculo con Carla (de modo similar a Silvana cuando da cuenta un recuerdo de cuidado inexistente); además, aumentar su importancia: haber participado en su crianza. Por otro lado, si bien Narina no la crió a Carla, si participó en el cuidado de otros niños, junto a Beatriz, cuando varios años atrás funcionaba la sala de niños en el hospital.

“Yo me crié 7 chiquitos: el nene de la finadita, los de Mara y la nena de la Laura y el hijo de la Beatriz. Yo le dije que agarren la mamadera. Era en la sala 4”
(Nota de campo, 2014).

Silvia

Silvia cuidó a diferentes internas durante mi trabajo de campo. Estos vínculos de cuidado fueron propiciados por las enfermeras, quienes, al mismo tiempo, supervisan y dirigen el cumplimiento de las tareas que el cuidado implica: “Dale de comer...”, “bañala”, etc. indican las enfermeras.

“Silvia ayuda a llevar las internas al baño. Ahora cuida a Ada.

–Esa sola -me aclara Silvia.

–Y la Silvia es celosa – dice Narina –no quiere que se la toquen a su nena”

(Nota de campo, 2014).

Lejos de ser una carga, el trabajo de cuidar a otra interna puede ser motivo de celos aún cuando sea una actividad compartida.

⁵⁸ El artículo de Janaina Amado “O Grande mentiroso: Tradicao e imaginacao em historia oral” da cuenta de ello.

Emilia

“En el comedor de la sala la observo un día que Pamela está dándole el postre a Augusta. El postre es un flan dentro de un vaso de plástico que se come con una cuchara. Emilia, que es quien habitualmente cuida de Augusta, aparece en el comedor preguntando por “su nena” y cuando la ve a Pamela dándole el postre se queda a su lado supervisando la acción” (Nota de campo, 2010).

Tiempo después, luego de la muerte de Augusta, le pregunto a Emilia a quien cuida ahora:

–“Yo a la Mirna. Antes cuidaba muchas pero ahora no tantas. A la Mirna la levanta la Mónica y me ayudan las enfermeras a cuidarla. Yo levanto a la Violeta que es livianita, pero la Mirna es pesada. Antes no me ayudaban las enfermeras pero ahora sí porque estoy más vieja.

–¿Antes a quién cuidabas?

–Cuidaba a muchas, yo extraño a la Augusta, la extraño porque no veía nada, era cieguita. Yo la cambiaba y la bañaba. Yo cuide a muchas. A la Mirna la baña la enfermera, yo le doy de comer y la leche.

–¿Te gustaba cuidarla? –le pregunto.

–Sí.

–¿Por qué?

–Porque me pagaban.

–¿Quién?

–El hermano. La Mirna es cieguita también. A la Violeta la cambian las enfermeras...[...] no quiero cuidar más a nadie ya.

–¿Por qué siempre cuidaste a alguien?

– Porque nos mandan las enfermeras” (Nota de campo, 2014).

Si bien Emilia no lo menciona, Luz también es identificada como la cuidadora de Mirna por sus compañeras de sala. Mónica, que la ayuda, es una interna joven que llegó a la sala hace un par de años. Ella es apegada a Emilia,

quien tiene más años de internación y mayor edad. Emilia involucra a Mónica en el cuidado de Violeta. Mónica me relata:

–“¿Cuidás a alguien?

– *A una viejita, a Violeta.*

–¿Por qué la cuidas a ella?

–*La Emilia me dijo que la cuidara.*

–*Y ¿Qué cosas hacés para cuidarla?*

–*La acuesto, la levanto, le doy de comer, le pongo el plato en la mesa”* (Nota de campo, 2010).

Carmela y Alberta

“Carmela está en el policlínico de la sala sentada en una mesa junto a Alberta, “la nena” como dice ella. Alberta está en observación médica hasta que mejore su salud. Carmela tiene una carpeta donde está escribiendo el nombre de la enfermera (ella le dejó estos elementos para que practique la escritura) y alterna la escritura con pequeños golpecitos que le da a Alberta con la lapicera que la hacen sonreír.

– *Hace de los 14 años que la cuido a la nena. La mamá me deja \$10. El sábado va a volver. A la mañana viene... Yo la baño, la cambio, le pongo pañales”.*

La madre de Alberta me cuenta que siempre la cuidó Carmela, desde que llegó al hospital, pero como ya está más viejita y no puede hacer fuerza, la cuida también Narina y Carla.

Las cuidadoras van cambiando con el transcurso del tiempo. Luego, Javiera es puesta al cuidado de Alberta junto con Carmela. Narina me cuenta que Javiera se pelea con su hermana Luz por cuidarla: –*Javiera es celosa. No quiere que la toque la hermana* –repite Narina.

El cuidado de Alberta es compartido y disputado. Si bien su “cuidadora oficial” es Carmela, otras mujeres pueden intervenir en él, dando las cuidadoras más jóvenes soporte al cuidado que realizan las de mayor edad.

De los datos que me fueron aportando, observo que difícilmente pueda decirse que se establecen díadas de cuidado, es decir una relación cuidadora-cuidada como relación cerrada. Las responsabilidades se comparten y las tareas se dividen según las posibilidades de cada una. Las díadas de cuidado que observa Balzano (2005) se desarman aquí para complejizarse, dividirse según las tareas, haciendo del cuidado una tarea compartida. Tanto Emilia, Mónica, y Luz fueron relacionadas, por otras internas o manifestado por ellas mismas, con el cuidado de Violeta y Mirna. Pareciera ser que la interna cuidadora de mayor edad y con mayor tiempo de internación, es ayudada en sus funciones de cuidado por otras internas más jóvenes. La participación de estas otras cuidadoras puede partir de un pedido de las enfermeras o de la interna a cargo inicialmente del cuidado, o surgir como parte de una amistad. En ocasiones puede entrar en disputa quién es la cuidadora y quién ayuda a la cuidadora en su tarea. De este modo, las díadas de cuidado no son cerradas, sino que el cuidado puede ser una actividad compartida entre varias personas, multidireccional donde una misma interna puede tener a su cuidado a varias mujeres.

A primera vista, estos roles de cuidado parecen implicar que la enfermera delega su trabajo en una interna. Sin embargo, desde el punto de vista de las internas cuidadoras, éstas refieren ser ayudadas por las enfermeras. Es decir, no son las internas las que ayudarían a enfermería en el cuidado de las internas más imposibilitadas, sino que son las enfermeras quienes las ayudan en la asistencia. Ello da cuenta de la responsabilidad con que asumen la tarea, de la que se apropian y llevan a cabo con una “disposición de cuidado” (Tronto, 1994).

Cumplir el rol de cuidadora contribuye a crear una identidad contrapuesta a la del estigma. La interna cuidadora construye una identidad social en la sala de prestigio donde es reconocida por la función que cumple, tanto por su familia como por la institución. Balzano (2005) afirma que la cuidadora funciona como portavoz de la interna cuidada, en relación al médico y a las enfermeras, y también de su familia. Con ésta genera, además, una estrecha vinculación, ejerciendo un rol de interconexión y comunicación.

No obstante los aspectos positivos que se pueden identificar en estas prácticas, Balzano (2005) entiende que en calidad de voceras de sus cuidadas, las cuidadoras serían un factor fundamental para mantener una estructura panóptica

en un modelo de atención orientado al asilo y no hacia la rehabilitación. Observadores permanentes, supervisan e informan, custodiando el funcionamiento del pabellón. La autora sostiene que la falta de reconocimiento formal por parte de la institución multiplica el modelo asilar de forma económica y casi imperceptible, condensa en la cuidadora la metáfora de la disociación de la pareja ver-ser visto de Foucault (Balzano, 2005). Sin embargo, de mis observaciones de campo, este rol de “supervisión y custodia” de lo que sucede en el pabellón trasciende el rol de cuidadora. Diferentes internas realizan un control social interno avisando a las enfermeras lo que va sucediendo.

Por otro lado, cabe señalar que el establecimiento de la tarea de cuidar a otra compañera de la sala parece tener un aspecto irreflexivo: se hace porque lo pide la enfermera, porque lo pide otra interna o el familiar. Es presentado como un acto casi mecánico e incuestionable⁵⁹. Pero que sin embargo, puede rechazarse:

“Narina me dice que Lucía no cuida a nadie, que la jefa (en referencia a la enfermera jefa de la sala) le dio alguien para cuidar pero ella no quiere. Ella está sentada a nuestro lado y siguiendo la conversación aclara: –“No cuido a nadie pero ayudo con las camas, pongo los cubrecamas” (Nota de campo, 2014).

Si bien Lucía no se ocupa del cuidado en particular de ninguna de sus compañeras de sala, si siente al reconocerlo que también es cierto que ella colabora en la sala de otra manera. De esta forma, estos vínculos de cuidado forman parte de una colaboración que las internas realizan a la vida comunitaria en la sala que puede ser equivalente a otra labor. Una obligación de colaborar que queda extinguida para Lucía con otra actividad. El cuidado puede ser contemplado como parte de una tarea comunitaria, cuya obligación puede ser cancelada con otra actividad colaborativa. Así, algunas mujeres aceptan estas tareas sin cuestionarlas, otras la rechazan con plena libertad:

⁵⁹ Balzano (2005) interpreta que es muy difícil que puedan rechazar la solicitud de cuidado porque ésta les permite acceder a una posición de privilegio con el personal de enfermería a diferencia de otras pacientes que eligieron no colaborar.

“Le pregunto a Rebeca si ella cuida a alguna de las chicas. Me responde que no, que a ella le da asco cambiar a las chicas sucias y cagadas. Su expresión acompaña lo que dice arrugando la cara y sacudiendo la mano: “Suficiente con que me cuido yo, no voy a andar cuidando a otra” (Nota de campo, 2012).

El establecimiento de estos vínculos de cuidado suele iniciarse con el pedido del personal de enfermería. Este vínculo es reforzado por el reconocimiento que otorga el familiar que retribuye con regalos, dinero o salidas. Para algunas internas es el familiar quien solicitó el cuidado, como una especie de transferencia de las funciones maternas. Además, las tareas de cuidado suelen ser compartidas entre distintas internas en base a las relaciones de amistad, o posibilidades de ofrecer asistencia, de modo tal de complementarse entre ellas. Estas relaciones trazan vínculos que “maternizan” el cuidado cotidiano o doméstico. Como nos recuerda Tronto (1994) el cuidado es una práctica pero también una disposición. Podemos reconocer el cuidado cuando una práctica está dirigida a mantener y continuar o reparar el mundo (Tronto 1994).

Lo que distingue a estas relaciones de las de amistad, a pesar de que también puedan ser nombradas así, es cierta asimetría en el vínculo. Mientras la interna sólo puede asumir el rol de ahijada, en cambio puede asumir tanto el rol de “madre” como el de “hija/nena”. Estas relaciones permiten establecer un vínculo diferencial y de preferencia con respecto al resto de las internas. En la construcción de estos vínculos, especialmente en la figura de la “mamá”, cobran gran importancia las actividades de cuidado. Estas relaciones implican mayor responsabilidad y presencia física y cotidiana. Como la forma primera en que la madre transmite amor a sus hijos a través de los cuidados corporales, el cuidado que brindan las internas está apoyado en la satisfacción de las necesidades básicas: baño, alimentación, sed, vestimenta.

El establecimiento de estos vínculos, tanto el de madrinazgo como el de madre, es una forma de la institución de “ocuparse de” las internas, en el sentido que Tronto (1994) le da como fase del cuidado. Es decir, la institución advierte una necesidad y busca un medio apropiado de responder a ella. La falta de contacto familiar puede en parte ser suplido generando nuevos vínculos que asumen la

forma del parentesco. Estos nuevos vínculos pueden dar lugar a relaciones de afecto y a que las internas puedan circular por nuevos espacios, vivir experiencias de “hogar” y de “familia”. A la vez, que les brinda beneficios para acceder a objetos y a dinero bajo la forma del regalo.

Para Goffman (2007) la vida en la institución total es incompatible con la vida familiar. Ambas constituyen dos formas de organización social opuestas entre sí. Los que comen y duermen donde trabajan difícilmente puedan llevar una vida familiar significativa. Por ello, considera que la formación de familias proporciona “una garantía estructural de resistencia permanente contra las instituciones totales” (p.25). Aquí Goffman nos brinda la clave analítica de estos fenómenos: la constitución de estos vínculos de pseudo-parentesco es una de las formas que tienen estas mujeres de resistir a la institución total y a los efectos alienantes del asilo. Así, puede afirmarse que las relaciones que se establecen en el marco de la internación constituyen una de las formas de suplir la ruptura de los vínculos familiares, más allá de las funciones de control o la falta de personal de enfermería. Construyen cohesión, comunidad, interdependencia y rompen con la institución total al circular el cuidado en diferentes direcciones.

3. La muerte y el cuidado

Ante la muerte, ese límite biológico de todos los seres humanos, el aporte que ha hecho la antropología es describirla y definirla como hecho social. Para estas mujeres, la muerte de un familiar puede ser un suceso que desencadena la internación. La muerte también puede presentarse como una fantasía, una amenaza y un riesgo para estas mujeres.

La “muerte” como tópico a indagar y sobre el cual reflexionar surgió por fuerza del trabajo de campo. El último día que estuve en el hospital durante mi segunda estancia, me angustió⁶⁰ pensar que, cuando volviera, iba a encontrarme con la noticia de que algunas de las internas probablemente habrían muerto.

Por mi experiencia en el lugar, sabía que la muerte de las internas podía ser un suceso esperable, como así también presentarse como absurda o imprevista. En

⁶⁰ La angustia en el trabajo de campo es a la vez una fuente y un obstáculo de conocimiento.

parte, como cualquier otra muerte, sólo que aquí se trata de personas bajo cuidado médico. La muerte de una interna en la sala también cumple una función silenciosa de recordar la ineficacia de todo el sistema hospitalario, la incapacidad de normalizar sus vidas, la sensación de que van a allí hasta su muerte. Si el cuidado se insta para perpetuar la vida (Tronto 1994), cabe preguntarse cómo las muertes de las internas ponen en cuestión a las prácticas de cuidado.

A lo largo de este trabajo exploré las prácticas de cuidado que tienen lugar dentro de la institución. Especialmente, en cómo el cuidado teje relaciones entre las internas y otras personas. Pero, ¿qué sucede cuando alguna interna muere?

En un panel sobre la pared de una sala del Servicio de Psiquiatría cuelga un cartel donde se explica de forma esquemática, el protocolo de acción que debe seguirse ante el fallecimiento de un paciente. Este protocolo es el siguiente: el enfermero de turno debe avisar a portería para comunicar la noticia al médico clínico y al médico psiquiatra, tanto de la sala como los de guardia, quienes se contactan con el familiar del paciente. Los profesionales de Trabajo Social son quienes proveen la información sobre los datos del grupo familiar del paciente. Por otro lado, Supervisión de Enfermería avisa a estadística quien debe entregar a la familia del paciente fallecido la planilla de libre tránsito junto con el DNI y el certificado de defunción. Si la persona fallecida es indocumentada se entrega en su lugar la planilla dactiloscópica. Pero si no tiene familiar, se realiza el trámite en el registro civil para sepultar en el cementerio municipal. Si la familia quiere sepultar a la interna en otra localidad, el cuerpo se transporta en ambulancia junto a la planilla de libre tránsito⁶¹.

Este protocolo contempla la actuación coordinada de diferentes actores institucionales. El último acto identificatorio es requerido al paciente fallecido y se entregan estos soportes de identidad a su familia. Fuera de este protocolo no hay otras acciones que acompañen la despedida de la interna. En la sala se da de baja la historia clínica y se quita la cama, y en ocasiones, se redistribuyen las internas en la zona de los dormitorios. El duelo por la compañera faltante tendrá que llevarlo a cabo cada persona por su cuenta.

A mi regreso unos meses después, las primeras conversaciones con la gente con la que me reencontraba giraban en torno a las internas que habían fallecido:

⁶¹ La planilla de libre tránsito es un documento que otorga la autorización de circular con un cadáver.

Pope murió de una neumonía durante el verano, me contaba muy apenada la enfermera. También murió Elisa, y Alejandrina luego de ser operada de una hernia. Cada muerte tiene una resonancia especial y particular en las personas que conocían a la persona fallecida. La muerte de Alejandrina me sorprendió y entristeció. Admiraba su forma de arreglarse, siempre maquillada y con alhajas, cuidando se aspecto para lucir más bonita en un contexto poco alentador. También conocía la historia de su hijo dado en adopción que muchos años después, ya de adulto, se había contactado con el hospital para ir a conocerla pero finalmente nunca se animó a hacerlo. Queda el sabor de una historia inconclusa, de una ruptura que no pudo repararse.

La muerte de Vanesa también fue muy impactante. Por su juventud y por su presencia en el hospital a pesar de que hacía años que había dejado la sala por sus propios medios. Falleció en la casa de una amiga, su madrina, de forma súbita, mientras dormía. Pero sobre todo la muerte de Mara tuvo mucha resonancia, donde distintas personas me escribieron para contarme. De forma excepcional, parte del personal de la institución organizó un velorio por su muerte. Pero, fuera de este caso, las muertes de las internas, salvo que se ocupe la familia, no son veladas.

Algunas muertes afectan directamente los vínculos de cuidado que se establecieron entre las internas:

Flavia

Una de estas muertes es la de Flavia. Tenía 36 años y hacía 25 años que estaba internada en la sala diagnosticada de Retraso mental profundo. Su familia vivía a más de 300 kilómetros del hospital. Flavia no se expresaba por medio del lenguaje. Las enfermeras la encontraron sin vida una mañana cuando fueron a despertarla en la Sala de contención. La enfermera me cuenta muy compungida que creen que ha tenido una convulsión y luego un paro cardio-respiratorio. Alicia, que estuvo un tiempo fuera del hospital visitando a su familia, a su regreso me dice:

–“Me enteré que la Flavia murió. Me da lástima porque era la mejor amiga. Yo la quería mucho. Me gustaba porque jodía a la Silvia, le ponía la mano en la jeta” –se ríe.

Silvia era la encargada de cuidarla, era su “mamá”. Unas semanas antes, ella me había expresado su preocupación de que la familia de su “nena” hacía mucho que no iba a verla. Comento esto con las enfermeras y ellas me señalan que Silvia está preocupada porque si no va la familia, ella no cobra. Cuando van a visitar a Flavia le dejaban algún dinero a Silvia por ocuparse de ella. Ahora su papá se presentaba a la institución a retirar el cuerpo de Flavia. A Silvia la encuentro llorando sentada en el banco bajo el árbol de la entrada de la sala. La acompañan Mónica y Emilia. Trato de consolarla. Le digo que puedo traerle de regalo para que se sienta mejor y me pide un anillo. Las enfermeras están preocupadas de que no se “venga abajo”.

Esa misma mañana, a la hora de la comida, Silvia ingresa al box de enfermería y pide la comida de “su nena”. Me sorprendo, y le pregunto de qué nena se trataba. –La Lunita –me responde. Las enfermeras la pusieron a cargo del cuidado de otra interna⁶². El fin del vínculo ocasionado por la muerte de Flavia, desencadenó el comienzo de otro.

Dina

Javiera también perdió a su “nena”. Dina falleció ahogada producto de una caída desde su silla de ruedas sobre un pozo de la galería que se encontraba lleno de agua barrosa. Las enfermeras la socorrieron pero falleció al día siguiente en terapia intensiva. Cuando hable con las enfermeras me comentaron muy apesadumbradas lo sucedido y que –“la noticia salió en la radio donde dejan traslucir que no las cuidamos a las chicas”. Javiera se lamentaba de no haberla cuidado bien. Esta muerte generó mucha conmoción: desencadenó una

⁶² A diferencia de lo que observa Balzano (2005) sobre que las enfermeras pueden buscar ocultar el hecho de relegar las tareas de cuidado de una paciente a otra, en este caso es una preocupación de enfermería poder establecer este vínculo a modo de preservar el bienestar emocional de la cuidadora. Entonces, existen otros motivos, además de la falta de personal de enfermería (Balzano 2005), que llevan a que las enfermeras soliciten a algunas pacientes asumir tareas de asistencia y cuidado de otras.

investigación administrativa, y un tiempo después alcanzó una dimensión mediática, y un proceso judicial. El día de la caída fue vivido con mucha tensión donde encontré a las enfermeras agotadas por el estrés de la situación.

Augusta

Augusta era una interna mayor (cerca de los 80 años) y diagnosticada con un Retraso mental profundo. Estaba internada desde el año 1969, casi desde el inicio de la Colonia. Falleció en la sala un día después de que la trajeran de clínica médica donde estaba en estado vegetativo desde hacía un mes. Una de las enfermeras me dice: –“*Ella no se quería morir allá, quería morir acá*”. Durante más de cuarenta años había vivido en Sala 2.

Paola

Pamela me cuenta que ella cuidaba a Paola y que sus familiares le pagaban \$15 por mes pero un día “*la sacaron afuera y se murió*”.

Pamela circunscribe los límites entre un *adentro* y un *afuera* donde ella no tiene más ingerencia sobre lo que ocurre. Resalta la pasividad en la que quedó sumida Lorena, y por extensión toda aquella en igual situación de internación, para acceder a ese afuera, donde deben ser sacadas por alguien, en este caso el familiar que no puede garantizar el cuidado.

Pajarito

En el caso de “pajarito”, así la llamaban por su cabeza pequeña, me enteré de su fallecimiento por el periódico.

Investigan la muerte de una paciente en Bell Ville.

Una mujer de 36 años apareció sin vida en una sala de un centro médico. La Policía investiga la muerte de una mujer de 36 años que era paciente de un complejo asistencial regional de la localidad de Bell Ville. La fuerza de seguridad informó que

el cuerpo de la mujer, identificada como XXX (36), fue encontrado en una de las salas de salud mental del lugar. A raíz del hecho, comenzaron las investigaciones para determinar cuál fue la causa de la muerte. De cualquier forma, el episodio fue calificado como muerte de etiología dudosa.

Diario La voz del interior, 29/12/2010

Murió en la sala de contención ahorcada por Gloria durante una pelea. A raíz de ello, Gloria estuvo con custodia policial en la sala por un tiempo.

La enfermera Celia era la “madre” de Pajarito. Me dice que desde que ella llegó a la sala que tuvieron una relación especial. La llevó a su casa varias veces e incluso su hijo le decía hermana. Pero desde que ella falleció no quiere establecer más un vínculo de este tipo con ninguna otra interna, o al menos ningún vínculo será igual a ese, me señala. Gloria permanece en la Sala 2. No hay un espacio más allá que este.

Uno de los impactos que estas muertes tienen en las internas es la imitación del suceso trágico. Ello lo recojo de las observaciones que en diferentes momentos he escuchado de las enfermeras: luego de la muerte de pajarito, algunas internas se peleaban imitando los ahorques al cuello; tras la muerte de Dina, Silvana se metió dentro de un charco y se tiraba agua gritando “me ahogo” cuando pasaba la enfermera.

CAPÍTULO 9

DE LA PERIFERIA AL CENTRO DE LA ESCENA

-El hospital del horror-

La centralidad corpórea, dice Fernandes (2016) puede ser entendida como aquella que es impuesta por una sociedad hiper-individualizada que valoriza determinados aspectos del cuerpo que pasan a ser tomados como modelo de lo que éste debe ser. Desde esta normatividad del cuerpo, se producen las distancias, estigmas y rechazos y, consecuentemente, aquello que este autor denomina “cuerpos periféricos”. Éste es aquél del cual emanan signos desvalorizados por los patrones constituyentes de la centralidad corpórea. El cuerpo periférico es el de las secreciones, de los olores, de los ruidos; es el cuerpo del mal aspecto. Las deformidades físicas son también fuentes de estigma y por lo tanto de periferización. Estos cuerpos periféricos son retirados de la vista, vulnerables a algún tipo de condena: una mirada de disgusto, la evitación, o incluso el ostracismo (Fernandes, 2016). Mirar un cuerpo periférico, sostiene Fernandes (2016) incomoda porque nos enfrenta con el accidente. Como señala Le Breton (2002) el discapacitado recuerda lo que la modernidad niega: la insoportable fragilidad de la condición humana. El cuerpo de la persona discapacitada, no más borrado por el ritual sino pesadamente presente, produce incertidumbre en la interacción (Le Breton, 2002).

Fernández (2016) toma el concepto de la periferia de geometría, el cual da cuenta de la disposición espacial con respecto al centro. Si, como señala Le Breton (2002:8), las concepciones del cuerpo son tributarias de las concepciones de la persona, los cuerpos periféricos suponen personas periféricas. La periferia se inscribe de diversas formas, en sus cuerpos y también en los espacios posibles para habitar y circular. El lugar por excelencia donde estos cuerpos son puestos al resguardo de la vista es el hospital psiquiátrico. Pero, ¿qué sucede cuando estos cuerpos dejan de estar apartados de la mirada para ser puestos en el centro de la escena?

Este capítulo busca indagar sobre situaciones que vivencian las internas que pueden considerarse límites y que cuestionan prácticas institucionales. Por “situaciones límites” entendemos las experiencias extremas (Pollak, 2002) a las que estas mujeres se ven expuestas. Hemos identificado tales experiencias en el momento de la partida del hogar familiar rumbo al hospital donde deben

adaptarse a un nuevo contexto y redefinir allí su identidad y sus vínculos con los otros.

Aquí se abordan diferentes situaciones que se presentaron en la vida hospitalaria que, en distinta medida, pusieron en cuestión al “cuidado” que les es ofrecido a las internas. En el primer apartado, el cuidado es cuestionado abiertamente a partir de las repercusiones mediáticas que tuvo una denuncia sobre las deficiencias edilicias y de atención que brinda el hospital. Este suceso pone en el centro de la escena a este lugar periférico. Ello ocurre en el contexto del cambio de Ley de Salud Mental a nivel provincial y nacional. En el segundo apartado, se etnografía la derivación de las internas a otro hospital como consecuencia de estos sucesos. De esta manera, la práctica de derivación de pacientes de forma masiva debida a problemáticas institucionales, que tuvo lugar en el comienzo de la Colonia y que marcó la historia de las instituciones psiquiátricas argentinas, una vez más vuelve a repetirse como una historia que se escribe dando círculos.

1. El “hospital del horror”

Continuando con la metáfora teatral, el gran público del hospital lo constituye la comunidad o sociedad en la que éste está inserto y en la cual resuenan los sucesos que allí tienen lugar. La sociedad toma conocimiento de estos sucesos principalmente a través de los medios de comunicación y reacciona ante estas noticias, lo cual, a su vez, repercute también en las prácticas institucionales.

El hospital tomó un papel de importancia en los medios a partir de varias notas periodísticas producidas en gran parte durante el tiempo de mi trabajo de campo.

La situación de la salud mental en la Argentina y, particularmente de la Provincia de Córdoba, fue puesta en discusión en los últimos años. El informe del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) de 2008 advirtió sobre el grave estado en que se encontraban las instituciones de salud mental del país, señalando la violación de los derechos humanos que se perpetraban en ellas.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (decreto reglamentario 603/2013) y la Ley Provincial n° 9848 en el año 2010 plantea un contexto de transición donde las estructuras manicomiales deben ser desmanteladas. En este contexto, se producen una serie de denuncias en las cuales se pone de relieve el estado de las instituciones de la provincia, lo cual plantea un panorama crítico del área de la salud mental.

De todas las denuncias e imágenes, el impacto social se produce con la mediatización y una espectacularidad de la situación de las personas internadas en Bell Ville. El 10 de abril 2013 se publican en La voz del interior, el principal diario de la provincia, imágenes tomadas unos días antes en el hospital, que van a tener un impacto a nivel nacional e internacional. En la nota se pone de manifiesto el estado de deterioro del hospital y de abandono de los pacientes de salud mental. Algunos titulares:

“Hundidos en las postales del abandono”- La voz del interior, Córdoba, 10/04/13.

“Colonia Alborada, el neuropsiquiátrico del horror”- La Nación, Buenos Aires, 10/04/13.

“Horror en un psiquiátrico cordobés conmociona al país”-Nuevo Diario, Santiago del Estero, 10/04/13.

“Denuncian a psiquiátrico por tener pacientes en condiciones inhumanas”-Diario La Veloz, Buenos Aires, 10/04/13.

“Comparan el hospital psiquiátrico de Bell Ville con un campo de concentración”. Infobae, Buenos Aires, 10/04/13.

“El “túnel del horror” en un hospital psiquiátrico” El Mundo, España, 12/04/2013.

La nota inicial surge de la visita que realiza una legisladora provincial a la institución⁶³. Ella describe la sensación de náuseas que le produjo recorrer las salas, y describe como el horror se va al cuerpo. También se publica en el periódico una carta que redacta un juez al tomar conocimiento del estado de la colonia. En ésta puntúa cómo lo impactó ingresar a las salas de crónicos y cómo salió

⁶³ Esta misma legisladora ya había visitado otras instituciones de salud mental de la provincia y realizado denuncias.

“huyendo” de allí. Dice que su corazón, tanto físico como sentimental, no le permitió seguir recorriendo la sala⁶⁴.

Dice Majastre (1973):

“El neófito que por azar entra en un hospital psiquiátrico se sorprende inmediatamente por el aspecto de miseria moral y física que se observa allí. Edificios deteriorados, condiciones de alojamiento deficientes, enfermos que viven en promiscuidad, una notoria insuficiencia del personal de enfermeras y médico; el hospital psiquiátrico público se presenta en un primer momento a través de sus plagas” (Majastre, 1973: 230).

Este señalamiento de Majastre realizado 40 años antes en Francia puede perfectamente describir al hospital de Bell Ville. Frente a la realidad del hospital, para una persona ajena a esta cotidianeidad, el primer contacto puede ser muy impactante, por diferentes motivos. El horror puede emerger en este primer contacto en el que se mira lo que la sociedad arrojó a una periferia, aquello que marginó y que al mirarlo se vuelve insoportable. El cuerpo de una persona ajena a la institución se vuelve incómodo dentro de la sala, se horroriza. Allí se produce una ruptura con lo esperable en la relación social entre los cuerpos. Mi primer tiempo en el hospital me costaba ingresar a la sala. Muchas veces me molestaba el olor, un olor a veces fuerte y desagradable. Otras, el suelo sucio, las moscas. También entrar en contacto con una multitud de mujeres que se aproximan para tocarme, para hablarme y con demandas difíciles de responder. Una vez superado el primer contacto (lo que puede llevar mucho tiempo), se produce una especie de anestesia o de naturalización con la realidad de las salas de internación crónica. El cuerpo se “institucionaliza”. A la sala la recorrí completamente recién cuando me propuse realizar el trabajo de campo de mi investigación, cuando trabajaba prefería evitarlo.

Las imágenes que se publican en el diario⁶⁵, que horrorizan, responde a ese *cuerpo institucionalizado* que describe Basaglia (1972), un cuerpo que se vive como un objeto. Este autor sostiene que la acción destructora del asilo produce

⁶⁴ Nota publicada en La Voz del Interior el 10/04/2013.

⁶⁵ Imágenes publicadas en La Voz del Interior el 10/04/2013.

una degradación, objetivación y aniquilación total del enfermo mental quien hace de la institución su propio cuerpo, asimilando la imagen de sí mismo que ésta le impone. Cuerpos tirados, desnudos, arrojados.



Foto 37. Imagen publicada en periódico: Sala 1



Foto 38. Imagen publicada en el periódico: Sala 2

El periodista Edgardo Litvinoff se pregunta si hubiera pasado lo mismo si las denuncias se hubieran difundido sólo con palabras. Si la conmoción que ocasionaron en la sociedad se trata de algo más que de morbo⁶⁶. Escribe:

“Un hombre desnudo, defecado, que es más un vestigio de huesos que hombre. Otros cuatro, sin pantalones, tirados sobre un banco de azulejos rotos. Acurrucados, como fetos. Algunos se lamen entre ellos. Cuelgan los pies descalzos sobre el piso de revoque. Las baldosas están rotas; saltadas en pedazos. En otro pabellón, ve pasar la tarde un grupo de mujeres rapadas, desdentadas, con buzos raídos que no les disimulan los cuerpos. El intenso olor a orina activa la náusea que precede al vómito.... [...]Es extraño el efecto de las palabras. Más allá de las limitaciones del escriba, el lenguaje se muestra insuficiente para describir realidades como las del complejo psiquiátrico del Hospital de Bell Ville. Al menos lo es frente a la contundencia indiscriminada y salvaje de las imágenes” (La Voz del Interior, 14/04/2013).

El día de la publicación de la noticia su recepción pareció no ser tan impactante para los profesionales. Escuche comentarios de descreimiento de que la situación fuera a cambiar, y de la “disociación instrumental” que permite llevar a cabo una tarea. La disociación instrumental es una categoría proveniente del

⁶⁶ El artículo de Martínez Azumendi (2005) explora el papel de la prensa y los reporteros gráficos han tendido en diferentes lugares y épocas en la sensibilización de la población frente a la enfermedad mental.

psicoanálisis que refiere a la capacidad de disociar los sentimientos de la tarea que se realiza para que éstos no interfieran en ella⁶⁷.

Si al psicólogo se le pide que opere en él esta “disociación instrumental”, que en este caso el concepto se extrapoló de un consultorio al contexto hospitalario, al antropólogo se le pide en cambio “desnaturalizar lo cotidiano”, volver extraño lo que se ha vuelto natural, normal (Lins Ribeiro, 2004). Extrañarme de mi rol de psicóloga, posicionarme con ojos críticos para describir prácticas de las que formé parte también produce horror y angustia que me produjo una parálisis en la escritura. ¿Cómo entender la angustia que me producía la escritura más allá de la neurosis personal?, ¿cómo se escribe sobre el horror cuando este se caracteriza por dejarnos sin palabras? La situación de los pacientes es comparada a la de un campo de concentración por el diario, la legisladora que denuncia y gente que comenta las notas periodísticas. ¿Puede ser cierta esta comparación? Lo que me interroga es cómo, a diferencia de los campos, estos lugares son un espacio de cuidado, de contención, de cura, de rehabilitación, de salud. ¿Cómo dimensionar esta incongruencia?, ¿cómo tolerar el mal cuando se quiere hacer el bien?

2. Volver a partir

“Trasladan a unos 80 pacientes del neuropsiquiátrico de Bell Ville”.

Titular en La voz del interior, 15/04/2013.

El día martes 15 de abril de 2013 se publica en el diario provincial “La voz del interior” que trasladarían a unos 80 pacientes de neuropsiquiátrico de Bell Ville. El director aclara, en un intento de humanizar un acto que encubre el tratamiento histórico que siempre ha recibido la locura, que se trata de una derivación no de un traslado porque “*se trasladan las cosas y no las personas*”. Distintas prácticas sociales pueden pensarse en torno a dos categorías con las que, como señala Martínez-Hernández (2013), históricamente se trató a la locura: el tránsito y el confinamiento. Uno y otro se suceden y preceden. A la locura se la pone a circular, a deambular entre las instituciones, de ello da cuenta las historias

⁶⁷ Este concepto fue trabajado por José Bleger.

de estas mujeres. Entre esos 80 pacientes, 33 eran mujeres de la Sala 2. La decisión del traslado fue comunicada dos días antes, un domingo por la mañana, en una reunión improvisada en la que participó el personal del área de Salud Mental. Circulaba la información de que la decisión fue tomada por “órdenes de arriba...muy arriba” con el propósito de poder reparar las salas, especialmente Sala 1 y Sala 2. Los profesionales disponían del día lunes para organizar el traslado y a ello estuvieron abocados, trabajando incluso fuera de hora. Se preparó una ficha de cada paciente resumiendo su historia clínica: los datos personales, la medicación clínica y psiquiátrica que recibían y los datos de un familiar referente. Este resumen, soporte de la identidad personal (2003), también incluía observaciones del personal de enfermería con una breve descripción de la conducta y personalidad de las internas. Por ejemplo, de Roberta se informa: *“Le dicen Colifa, tiene una risa particular y muy contagiosa. Le gusta tomar mate y roba bombillas. Agresiva”*. Por otro lado, también debía informarse a los familiares de las internas que serían derivadas a otro hospital.

La situación más complicada fue decidir cuáles de las 78 internas que había en ese momento en la Sala 2 se irían de allí por un tiempo. Bajo la consigna de hacerlo “a corazón duro” se elaboró una lista con las treinta y tres internas. Se tomó como criterio seleccionar a aquellas pacientes con autonomía funcional y aquellas cuya familia viviese más cerca de aquel hospital. Micaela y Alicia estaban de alta transitoria, por lo que su regreso sería directamente al nuevo hospital.

Las profesionales de trabajo social se encargaron de comunicar a las familias del cambio de hospital. A aquellas familias a las cuales no se pudo contactar telefónicamente, se les envió un telegrama a la dirección registrada en la historia clínica. En esos llamados se encontraron con distintas respuestas: la hermana de Ema preguntó si con ella irían sus amigas con las que toma mate; la madre de Mora lloraba al teléfono; la familia de Paula, luego de ser informada, llamó para comunicar que al día siguiente la retirarían del hospital por no estar de acuerdo con el traslado. Habían consultado con su médico familia quien les dijo que no era lo más conveniente para Paula, por lo cual decidieron ingresarla en un geriátrico en la pequeña localidad del norte de la provincia donde ellos viven. Esta familia debía llegar al otro día por la mañana antes de que saliera el bus con destino al nuevo hospital.

El nuevo hospital donde se dirigían es el hospital Santa María de Punilla⁶⁸, ubicado en una localidad en las sierras de Córdoba a 260 kilómetros de Bell Ville. Este hospital disponía de camas libres a raíz de un proceso de desmanicomialización que habían comenzado un tiempo antes. Serían alojadas en un pabellón de mujeres donde residían 30 pacientes de “geronto-psiquiatría”. En cambio, los internos hombres tenían por destino otros hospitales de la provincia.

Martes por la mañana. Hoy es el día previsto para el traslado. De camino a la sala me cruzo en el camino a Dora. La enviaron a dirección a buscar los documentos de identidad de las internas que viajarían esa mañana. Dora se acerca a preguntarme: “¿Para qué quieren los documentos de las chicas? ¿Las van a sacar a todas las chicas de la sala? Si a mí me quieren llevar me escapo”. Aún no les habían comunicado la noticia, pero Dora sabía que el documento de identidad sólo lo tenían cuando se iban de alta del hospital y podía intuir que algo pasaba. La ignorancia sobre las decisiones que se toman sobre el destino de las internas es una de las características que Goffman (2007) reconoce en las instituciones totales: la restricción del paso de información en lo relativo a los planes que el personal tiene con los internos. Esto permite al personal guardar distancias y ejercer su dominio sobre los internos (P. 27). A la vez, la reserva del personal con respecto a las decisiones se explican como modo de evitar la oposición abierta de los internos y el cumplimiento armonioso de su destino (2007:89-90).

En la sala encuentro que las enfermeras están preparando la ropa y la medicación que llevarán y terminando de escribir los resúmenes de historias clínicas. Ese mismo día, en la sala comenzaba a trabajar nuevo personal de enfermería que ampliaba el ratio paciente-enfermera, aún más considerando que más de un tercio de las internas dejaba la sala.

Más tarde llega el equipo de Psiquiatría de la sala para dar la noticia a las internas. Primero se reúnen en el hall de enfermería donde van ingresando poco a poco a medida que se terminan de duchar. Toman asiento a lo largo del banco de concreto adherido a la pared. Allí están sentadas, al medio, las hermanas Clarisa y Mariana, hacia la derecha está Estrellita y Lucrecia; a la izquierda, Rebeca y Silvia. Rebeca tiene consigo dos bolsas de plástico y su cartera a sus pies. Luego se suma

⁶⁸ Ambos hospitales, junto al hospital Colonia Emilio Vidal Abal ubicado en la localidad de Oliva, son los hospitales provinciales considerados monovalentes.

Silvana y Carla hasta que llegan todas las que partirían esa mañana. Si bien ya estaban bañadas, aún no se habían terminado de cambiar: faltaba ponerse el pantalón y las zapatillas. Así que estaban allí sentadas, con sus cabellos húmedos y a medio vestir. La vestimenta elegida sería el conjunto de deportivo que provee el hospital (pantalón de chándal y buzo azul y una camiseta).

El pequeño hall está cada vez más lleno. Suena el teléfono en el office de enfermería: es la madre de Mónica, que si bien se la había contactado el día anterior, quiere pedir más información sobre el traslado. La enfermera Celia me cuenta que también llamó Fito, el primo de Rebeca, para decirle que él no estaba de acuerdo en cómo se mostraron las imágenes del hospital en el diario, que él estuvo muchas veces en todos los años que ella estuvo internada y conoce que fueron cuidadas. Luego de la repercusión mediática, el personal del hospital, especialmente las enfermeras, recibieron recriminaciones desde su entorno.

Del equipo de Psiquiatría de la sala está presente la médica clínica, la trabajadora social, la psiquiatra, la psicopedagoga y las enfermeras. La médica clínica es quien les da la noticia; les explica que para reparar la sala se tienen que ir por un tiempo a otro hospital, al hospital Santa María y que luego volverían. Las hermanas Clarisa y Marianas, sentadas una al lado de la otra, cuando escucharon la noticia se alegraron y levantaron las manos festejando. Tras años de deambular solicitando irse a este hospital, en el cual ya habían estado, el día finalmente había llegado. Este fue el único festejo de alegría, las demás reacciones se ajustaban a un clima de tristeza cada vez que una se sumaba al llanto. La primera reacción de Carla fue preguntar qué ropa podía llevar, pero luego llora, y se enoja con Sully, la enfermera que es su “mamá” porque no le avisó que ella tendría que irse. Las internas se abrazan entre ellas y se abrazan al personal presente para llorar: Silvana llora abrazada a Javiera. Mónica llora mucho y se abraza con la enfermera Celia. Gloria también lo hace, abrazada a la enfermera Nelly mientras Lucrecia y la trabajadora social observan de cerca lo que sucede con mucha seriedad. En otro banco está Pocha llorando junto a dos enfermeras que la consuelan. Ese espacio queda pequeño, entre las internas y el personal, que lloran, se abrazan y se consuelan. Se escuchan comentarios que buscan dar ánimo: “*se van a pasear a las sierras*”. Pero Mónica responde que ella ya conoce, que sacó fotos allí y que no necesita volver.

En el box de enfermería hay bolsas y bolsos con pertenencias de las internas preparadas para que se lleven. Puedo ver un termo, una pava y varios ositos de peluches entre otras cosas que se asoman por las bolsas.

Gloria se me acerca para darme 5 pesos que le acaban de regalar para que le compre un atado de cigarrillos. Voy al quiosco del hospital a comprarlo y veo que llega el bus que las llevará. Cuando vuelvo a la sala las internas están en el hall, ya listas, junto a las internas que se quedarán. Silvia tiene de la mano a Luna. Silvia se quedará pero Luna se irá. Permanecemos un rato allí antes de salir; la sala está bulliciosa. Llega más gente, el director de Salud Mental, otra psiquiatra, una psicóloga nueva que también comenzó ese día, la psicóloga de la sala y el viceministro de Salud junto a otras personas del ministerio. También hay policías de civil afuera que acompañan el proceso. Las internas aguardan la indicación para salir. Como hay más personal de enfermería, éste las acompañan en la puerta esperando a que las llamen para subir al bus.

Antes de dejar la sala, Pocha le pide a la psicóloga el teléfono de su hermana. Ella se lo escribe en un papel y Pocha se lo guarda en el bolsillo.

Finalmente se da la orden y las internas salen por el camino que comunica la sala con una de las calles internas del hospital. El bus está estacionado justo en frente. Titi no viaja, pero igual sale de la mano de Samanta para acompañarla hasta el bus. Susi, la señora de la limpieza, también las acompaña tomando a una interna de la mano, igual que las enfermeras. Tres de las internas necesitan silla de ruedas para trasladarse. Se acercan personas del servicio de psiquiatría y también de otras salas. Somos una multitud alrededor del bus. Entre abrazos, el llanto continúa en algunas internas y también llora el personal. Dora, que se queda, abraza a Mónica antes de que suba al bus. Yo subo y veo desde la ventanilla las manos levantadas que se mueven hacia los lados para saludar y las lágrimas caen de todos los ojos. También suben dos enfermeras, una acompañando a las internas del planta baja del bus y otra a las de arriba. También viaja un psiquiatra que comenzó ese día a trabajar en el hospital. La directora del área de Salud Mental me entrega la bolsa con los DNI de las pacientes y una ficha con los datos de cada una.

El viaje duro cuatro horas y es muy calmo. En el camino paramos en una estación de servicio a comprar unos sándwiches y agua que mezclamos con jugo para las pacientes. En el bus, Clarisa y Mariana llevan consigo tres carteras. Dentro

tienen unos angelitos de cerámica, papeles y el termo. Lucrecia tiene su termo y el mate dentro de un tarrito. Carla trae un bolso con su ropa y el equipo de mate. “¿Van a estar las familias esperando cuando lleguemos?” - Me pregunta Carla. Pocha me llama para avisarme que le acababa de dar una convulsión y que casi se cae porque no tomo la medicación. Me muestra que tiene en el bolsillo el número de teléfono de su hermana. Silvana lleva los ojos hacia arriba y me dice que no puede ver. Rebeca trae entre sus cosas un libro de cuentos, un alhajero, 3 billeteras, pinturas, el equipo de mate, una carpeta nueva, y 24 lápices de colores que le regalaron en una tienda del centro del Bell Ville donde suele pasar a pedir. Cada una permanece en su asiento y el viaje transcurre con tranquilidad.

Llegamos cerca de las tres de la tarde luego de cuatro horas de viaje. Allí nos estaban esperando un equipo de profesionales: enfermeros, trabajadoras sociales, autoridades del hospital, médicos y psiquiatras. Gloria hacía bromas acerca de si había algún médico lindo y caminamos del brazo hasta allí. Una mujer que integra el grupo profesional del hospital me preguntó cuál era Luna, que hace muchos años ella la había derivado a Bell Ville. Luna volvió en este efecto rebote del sistema sanitario. Las pacientes pasaron una a una por revisión médica mientras yo me reuní con las trabajadoras sociales para dejarles los DNI y las fichas de cada paciente.

Mariana me preguntó si podía quedarse en este hospital junto a su hermana, le dije que sí, y se alegró. En cambio, Clarisa, si bien siempre quiso ir a este hospital, una vez allí se puso muy seria y dijo que le dolía la cabeza.

La familia de Mora la estaba esperando. Viven en una localidad cercana y se acercaron a verla. La madre estaba muy nerviosa, me dijo la trabajadora social que como nunca antes la contactaron del hospital se asustó al recibir el llamado.

Silvana y Lucrecia toman cada una de un brazo a una enfermera y se pelean por ser su hija. Silvana la abrazaba y le decía, “*es mi mamá*”. Más tarde Silvana grita y patalea porque no quiere que la revise el médico. Gloria lloró un buen rato y luego se calmó. Las nuevas compañeras las miraban desde la galería y en la sala.

Luego de pasar por la revisión médica, las internas ingresaron a la nueva sala. Esta sala, más pequeña que Sala 2, es un gran espacio dividido al medio por una pared de media altura que forma dos sectores de camas. A la derecha, se alojarían ellas, y a las izquierda, las pacientes que ya se encontraban allí. Al fondo

está el comedor. Les ofrecen comida y luego se acuestan. Las saludamos. “*Vuelvan a buscarnos*” nos piden y las enfermeras se emocionan y dejan caer unas lágrimas antes de irnos. Cuando nos vamos, vemos a Mónica, que es la única que ha quedado en la galería, llorando. No quiso que la revise el médico y quiere volverse con nosotras. No podemos convencerla de que vaya a la sala y nos sigue a los llantos por el camino del parque. Algunos trabajadores del hospital se acercan a ella que se tira al piso y no quiere levantarse. Seguimos caminando hasta que la perdemos de vista.

Llegamos a la sala a la hora del último cambio de guardia de enfermería entre las que se van y las que llegan. Silvia está sentada en el hall de enfermería. Luego, entra al box, se abraza a una de las enfermeras y llora. “*Mi nena no tiene a nadie que la cuide allá*”, se lamenta Silvia. Las enfermeras se quedan pensando que interna pueden ponerla bajo su cuidado.

Una enfermera me cuenta que por la tarde llamó una persona que se presentó como legislador provincial. Llamaba a pedido de la familia de Diana, quien lo había contactado, para obtener más información sobre su derivación y entender por qué se había dado así, ya que la familia era muy humilde y no pudo entender lo que le habían informado desde el hospital.

El día siguiente a la derivación, me encuentro con Silvia que está sentada sola afuera sobre uno de los lados de la sala como solía hacerlo habitualmente acompañada de Mónica. A un lado tiene una cartera y la pava, del otro el mate y tabaco con el cual se está armando un cigarrillo. La saludo y le pregunto cómo está. Se le caen las lágrimas, me dice que “*extraña a sus nenas*”. Me pide fuego pero como no tengo vamos dentro de la sala a buscar.

La sala está más calma y silenciosa con tantas internas menos. En el comedor han sacado varias mesas. También las camas del fondo se han sacado y algunas de las pacientes se han reubicado en la sala. Celia me muestra la sala como ha quedado sin las camas.

Allí se presentan a los nuevos profesionales, dos personas del área de la plástica, dos psicólogas, probablemente una trabajadora social, dos psiquiatras, once enfermeras.

En la sala la enfermera me cuenta que la familia de Mirna había visto las noticias y quería saber si a ella la habían derivado.

En el comedor me encuentro con Pamela, Lara, Carmela y Narina que están sentadas dibujando y tomando mates. Pamela me pregunta como están las chicas, quiere saber si Carla ya se hizo de una amiga nueva y si pueden escribirles cartas para saber cómo están y qué ellas les respondan. Las saludo y les aviso que ya no voy a ir más al hospital porque mi trabajo allí termina. Carmela me pregunta si me voy con las otras chicas (Nota de campo, 2013).

Un año después de que partieron al otro hospital, las internas regresaron a la Sala 2. Durante el tiempo que duró su “exilio” mantuvieron comunicación telefónica con sus antiguas compañeras. Probablemente allí hayan creado nuevos vínculos y, de esta forma, hayan logrado adaptarse, otra vez, a un nuevo entorno. Cuando volvieron se encontraron con una sala reparada: paredes blancas (desaparecieron las decoraciones), cortinas, cubrecamas nuevos, roperos con llave. La ropería del internado se transformó en el box de enfermería. Las mejoras en las condiciones edilicias traen sin duda mejoras en las condiciones de vida y el personal trabaja más cómodo. Los cabellos lucen más largos en las cabezas y, según me han dicho, las “Salas de cuidados intensivos” se usan menos. La fiesta de la primavera que iniciaron las enfermeras ya está instituida, repitiéndose todos los años con disfraces de payazo. La vida continúa en la Sala 2.

CONCLUSIONES

En *Tristes Trópicos*, Lévi-Strauss (1988) se lamenta que a medida que las comunidades entran en contacto entre sí sus realidades se ven alteradas, malgastadas y contaminadas. Se encuentra prisionero de una alternativa: o antiguo viajero que nada entendería del prodigioso espectáculo que ven sus ojos o viajero moderno frente a los vestigios de una realidad desaparecida. Quizás si Lévi-Strauss hubiera estudiado un hospital psiquiátrico no hubiera sentido la misma nostalgia. Lejos de la destrucción de sus prácticas, el manicomio, aunque sea criticado y el tiempo transcurra, se presenta como un núcleo duro, indestructible, que aún hoy se metamorfosea (Castel 1980), se pinta, se arregla, pero para seguir existiendo. Por ello, hasta los ínfimos detalles descritos por Goffman (2007), pero también por Basaglia (1972; 1983), Majastre (1973) o Caudill (1966) tienen plena vigencia en un estudio llevado a cabo en otro tiempo y en otro contexto. La riqueza de la descripción de Goffman (2007) permitió visualizar multiplicidad de prácticas que tienen lugar allí dentro.

En este trabajo me propuse construir una mirada antropológica que diera cuenta de esta particularidad socio-cultural que constituye la vida institucionalizada. Específicamente, me centré en la institucionalización de mujeres con padecimiento mental en una sala psiquiátrica. Esto implica que la organización burocrática de la institución está en manos del poder médico-psiquiátrico que se impone como saber dominante en el proceso salud-enfermedad-atención. Es decir, este saber experto determina los sujetos aptos para ser institucionalizados y pone en funcionamiento un modo de atención guiado en un saber biomédico y hegemónico.

A través de la etnografía, traté de contraponer este modo de atención hospitalario, en sus aspectos más *cosificantes*, con el uso que las mujeres internas hacen de su agencia para resistir al poder psiquiátrico que organiza sus vidas. El modelo de atención de la institución manicomial está basado en la vigilancia, la organización burocrática de los cuerpos y el cuidado custodial. La falta de recursos y las limitaciones materiales llevan a que, en ocasiones, las enfermeras opten por lógicas prácticas que resuelvan la gestión de los cuerpos, lo que da lugar prácticas *mortificantes del yo*. Ello puede ser entendido desde el concepto de la banalidad del mal (Arendt, 1999); es decir, son prácticas que responden a un modo de acción irreflexivo sobre aquello que es incorporado como modos de actuación legitimados

en el contexto institucional. Así, las prácticas se normalizan y los cuerpos se gestionan como cosas.

Las historias de estas mujeres, donde en muchas abundan escenas de violencia, testimonian la gestión que se hace de la locura, de la discapacidad intelectual, de sus cuerpos que son *perifericizados* (Fernandes, 2016) marginalizados. Son sacadas de escena, puestas a circular (Martínez Hernández, 2013). Así, se hace evidente un peregrinar por una serie de instituciones desde donde van y desde donde vienen. Entonces, la deambulación y su errancia, además de ser una particularidad de la locura (Ferreira y Martínez-Hernández, 2003), es un modo de gestionarla. El modo de atención supone el establecimiento de una red invisible de instituciones, incluido a veces el hogar, en torno a las cuales las internas circulan. Por éstas giran, pasan, y van y vuelven. De esta manera, sus vidas se inscriben entre la circulación y el confinamiento (Martínez-Hernández, 2013).

Esta circulación es también controlada durante el confinamiento. De este modo, el encierro se reproduce en una estructura concéntrica. Las prácticas del encierro se articulan al interior de la institución como un sistema privilegio/castigo convirtiendo a la libertad en un valor. De esta manera, la permeabilidad de la institución se muestra como el resultado de un proceso de negociación continuo, principalmente entre las internas y la institución.

Pero, ni el modo de atención del hospital ni, puntualmente, el de las enfermeras puede reducirse a tales términos, sino que también tienen lugar prácticas *revitalizantes del yo*, donde son consideradas y atendidas las subjetividades. El modelo de atención biomédico se articula con otros saberes al interior de la institución y con otros modos de atención los cuales promueve e integra. Las enfermeras rompen con los efectos manicomializantes, por ejemplo participando en el lavado a mano de las ropas de las internas o preocupándose por su vestimenta, a modo de manejar el estigma, cuando salen de la institución. Este vínculo fue el que más se abordó en este trabajo, lo que se debe a que este personal está presente de forma permanente en la Sala 2 y, por ende, ocupa un lugar muy importante en la organización de lo cotidiano.

El modelo de atención centrado en el manejo burocrático de los cuerpos, lleva adelante un cuidado custodial regido por la vigilancia. Pero también, un cuidado estrechamente vinculado con lo que podemos denominar como de auto-

cuidado (Menéndez, 2012a) o cuidados profanos (Haro, 2000). Las características de la internación, en un espacio que está tensionado entre el hogar y el hospital, hace que el cuidado ofrecido asuma características del ámbito doméstico. Si bien los cuidados profanos se subsumen al poder institucional, permiten el trazado de vínculos y la construcción de una identidad social en la sala como cuidadora o “madre” y como “hija/nena”. Estas relaciones de cuidado permiten la vinculación de las internas con las familias de quienes son cuidadas, no sólo recibiendo beneficios por sus tareas en formas de distintos regalos sino también estableciendo vínculos de cariño. De este modo, el cuidado se revela como un modo de relación, un modo vincular.

Por otro lado, las prácticas asistenciales de la institución también se articulan con la ayuda filantrópica que asume diversas formas y que cumple un rol también de cuidado, en la medida que reconoce necesidades y procura satisfacerlas (Tronto, 1994). Esta ayuda abre a las mujeres distintas posibilidades, accediendo a actividades recreativas, laborales, a la obtención de objetos, etc. Pero no sólo se les da respondiendo a necesidades que se identifican unilateralmente, sino que las mujeres también piden. Pedir es una de las estrategias cotidianas que despliegan ante esta vida institucionalizada; es una forma con la que se vinculan a distintos otros de entornos más distantes. Se observó que en ocasiones hacen uso de su estatus de paciente revirtiendo el estigma de un modo favorable para sus vidas con lo que logran obtener cosas, regalos, conseguir ventas, etc. Además, mendigan porque es una de las pocas formas de acceder al dinero, a distintos objetos e incluso a comidas diferentes. Por otro lado, realizar pedidos de regalos a su familiares, es un modo de crear obligaciones en ellos, que sólo pueden ser saldadas con una visita.

El azúcar, la yerba y el tabaco representan aquello presente en la construcción de lo cotidiano. Tienen un uso social al permitirles compartir con los pares. También representan parte de las necesidades que son reconocidas y atendidas por la institución. Pero a la vez, simbolizan eso que la institución da pero igual no alcanza y deben seguir pidiendo por otros lados a distintos otros con los que se relacionan.

En el establecimiento de estos vínculos interpersonales entre las internas y otras personas que son denominadas como “mamá” o “madrinas”, son observados

los fenómenos del don. Estos vínculos están caracterizados por relaciones personales de apoyo directo donde tiene lugar el cuidado físico, la compañía, el afecto, visitas e incluso el intercambio de regalos. Estos regalos, a modo de don, crean y sostienen los vínculos personales entre las internas y las “madrinas” y en ocasiones tienen retornos con regalos, pero sin duda retribuyen con afecto. Así, se crean relaciones de reciprocidad en este contexto de la jerarquía del hospital.

De esta forma, argumentamos que las relaciones sociales que establecen las mujeres internas con distintos actores sociales, tanto al interior como al exterior de la institución, pueden entenderse desde la noción de cuidado. Este cuidado se inscribe dentro de un modelo de atención médico que se apoya y articula con otros modelos de atención necesarios para su funcionamiento.

Las mujeres internas se revelan como “pacientes impacientes”. Para ellas su padecimiento reside en la distancia con su familia, padecen de un tiempo de eterna espera: la espera de la visita, del llamado, de la salida. El mal comportamiento, que es leído por la institución como una problemática de la personalidad, de la patología, puede ser entendido como una forma de resistir a la vida institucionalizada. Aquí entraría el rechazo a la medicación, mientras que su aceptación, por el contrario, demuestra obediencia. Es interesante la relación con la medicación, uno de los símbolos de la relación con la institución; el alimento que ésta les ofrece. En ocasiones la medicación es señalada como aquello que les impide recordar, lo que puede ser una ventaja y, a veces, no. La medicación, representante de la institución médica, les roba sus memorias, la de sus familia, la del hogar. No sólo las hace olvidar sino que les produce una lentitud para pensar.

Por otro lado, a través del reclamo, las internas le dan a la familia ausente una presencia “fantasmática” al interior de la institución. Ésta se hace presente en los discursos mediante los reclamos y los pedidos que realizan diariamente. Reclamar por la familia, es uno de los mayores actos de resistencia de estas mujeres. Con ello señalan, lo que con otras palabras mostró Foucault (1976), que este no es “sitio natural”, que no pertenecen a este lugar, no se naturalizan con él, sino por el contrario, se incluyen en un linaje que está por fuera de los muros de la institución. De este modo, luchan contra las tendencias absorbentes (Goffman, 2007) y deshistorizantes (Basaglia, 1972) de la institución. Así, el reclamo muestra

su situación de exiliadas de sus hogares, la situación de migrantes que encierra la palabra colonia, en un lugar donde la medicación borra sus recuerdos.

Sin embargo, en muchas ocasiones, la institución es todo lo que tienen, tanto a nivel habitacional como afectivo. Parte de los nuevos vínculos que crean a partir de la institucionalización se instauran como una reproducción de los vínculos familiares, a modo de reinstaurarlos parcialmente desde la vida hospitalaria. La formación de estos vínculos de pseudo-parentesco proporciona a estas mujeres también de un medio de ruptura de las tendencias absorbentes o totalizadoras de la institución al modificarse el modo de relación con las enfermeras, con los trabajadores, y con personas de la comunidad. Goffman (2007) señala que la familia y la institución total son dos formas incompatibles de organización social. La formación de familias proporciona una garantía estructural de resistencia permanente contra las instituciones totales. Aquí Goffman nos brinda la clave analítica de estos fenómenos: estos nuevos vínculos de parentesco, tanto al interior como al exterior del hospital, permiten resistir a la institución total, a la cosificación, a su gestión como un objeto. Es una forma de hacer primar otra lógica que rija sus vidas, diferente a la lógica médica. Incluso construyen memorias a través de falsos recuerdos que las une a otras compañeras, que prolonga el vínculo en el tiempo. De esta forma, las mujeres internas dan cuenta de su capacidad para resistir y vivir aún en contextos inhóspitos.

Finalmente decir que escribir sobre estos contextos humanos tan difíciles fue posible al prestar atención a los matices, a las heterogeneidades y al encuentro de lo vital en un entorno que en ocasiones se vuelve mortífero. Es que la vida en el hospital psiquiátrico está llena de experiencias de afecto, y éstas algo contrarrestan tantas experiencias dolorosas (las de antes y las de ahora).

En cuanto a mi rol, el campo me enfrentó a sus límites. Hasta dónde hacer y decir era una pregunta que me acompañaba todo el tiempo con mucha incomodidad. No involucrarse no era posible. Pero mi intento por responder la demanda, mi intento de generar contactos familiares, me enfrentaba con las dificultades de esos contactos: falta de información sobre la familia, dificultad en la comunicación, no ser nunca suficiente, etc. ¿Me correspondía a mí generar estos contactos? No. Pero, ¿cómo podía no hacerlo? La situación humana es la que dirigía nuestro encuentro. El contacto con el familiar como estrategia aislada podía tener

algún resultado puntual que calme ánimos. Pero sin duda las respuestas a estas dificultades deben venir de un trabajo en equipo y de redes articuladas con apoyo estatal, lo cual creo que en un contexto de desmanicomialización puede ser posible. Es una meta de trabajo, con cualquier persona institucionalizada, apuntalar sus vínculos para que no se pierdan (porque no se olvidan).

En el marco de un proceso de reforma psiquiátrica, si pensar la vuelta al hogar no es posible, sería conveniente ofrecerles espacios alternativos al manicomio que sean más cercanos a la noción de hogar, entendido éste como casa, como espacio de lo íntimo y del afecto. Es hora de dejar atrás los grandes pabellones psiquiátricos (aún cuando estén en buen estado) donde la contaminación física del otro (Goffman, 2007) es inevitable. Ello conllevaría también dejar de habitar espacios médicos y dejar de cumplir un rol paciente psiquiátrico las 24 horas del día. Es necesario ofrecerles un espacio social para habitar como un ciudadano y no como un recluso (Szasz, 1976 ; Basaglia, 1983).

Muchos otros aspectos escapan a este estudio. Las relaciones con la justicia apenas se han abordado. Introducir este actor social permitiría ampliar el conocimiento de la gestión que se hace de este padecimiento. Tampoco se han abordado las relaciones con los internos hombres del hospital. Ello debido a que mi permiso de investigación y de observación se restringía a las internas mujeres. En parte por ello, abundan las mujeres en este trabajo. Sería interesante y necesario introducir estas figuras en las observaciones. También sería oportuno estudiar a estas familias en más profundidad, sus dificultades para retener a este miembro en el hogar y sus vivencias respecto a la internación de su ser querido.

Finalmente agregar que, aunque sepa que captar la totalidad de la vida social, desmenuzar las prácticas en toda su densidad no es posible, igual el trabajo de campo estuvo atravesado por la sensación de que el mundo que quería estudiar se me escapaba por todos los lados: cuestiones que no captaba del todo, situaciones que me perdía, registros incompletos. Concluir implica también aceptar todo lo que falta: aquello que no se pudo ver, ni comprender del todo. Confío que el material etnográfico pueda dar de sí para futuras interpretaciones y posibilitar lecturas nuevas y más amplias.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLUÉ, Marta (2003). *DisCapacitados*. Barcelona: Bellaterra.
- AMADO, Janaína. (1995) "O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral". *Revista História*. São Paulo: 14, 1995.
- AMARANTE, P. (2009) "Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial". Buenos Aires: Topía.
- ARENDT, Hannah (1999). *Eichman en Jerusalén*. Barcelona: Lumen.
- AUGÉ, Marc (2004) *Los no lugares*. Barcelona: Gedisa.
- AYRES, J. R. C. M. (2004) "Care and reconstruction in healthcare practices". *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-feb.2004.
- BALZANO, Silvia (2008). "Si hay libertad, todo lo demás sobra'. Reflexiones sobre la institucionalización en una colonia psiquiátrica argentina". *Gazeta de Antropología*. Nº24/2. Art. 49.
- BALZANO, Silvia (2007). "Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: "buenas y malas conductas y descompensaciones" en la Colonia Montes de Oca (Provincia de Buenos Aires)". *Revista Intersecciones en Antropología*, 8 pp. 339-353 .
- BALZANO, Silvia (2005). "Redes sociales y discapacidad mental: de cuidadoras y cuidadas". *Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*; España. Pp.1-9.
- BARTH, Frederick (1969). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BASAGLIA, F. et. Al. (1983). *Razón, locura y sociedad*. 6ª edición en español. México: Siglo XXI.

- BASAGLIA, Franco (1972) "La Institución negada : informe de un hospital psiquiátrico". 2ª Edición. Barcelona: Barral.
- BECKETT, Samuel (1995) "Esperando a Godot". Barcelona: Tuquets.
- BECKER, Howard (2011) "Manual de escritura para científicos sociales" 1ª edición. Buenos Aires: Siglo XXI.
- BERGER, Peter y LUCKMAN, Thomas (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- BIALAKOWSKY, A.; LUSNICH, C.; ROSENDO, E. (2000) "La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo", *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 46 (3): 235-246.
- BRIGIDI, S. (2009) "Políticas públicas de salud mental y migración latina en Barcelona y Génova". Tesis doctoral. URV. Tarragona.
- BOURDIEU, Pierre (2008) *El sentido práctico*. Salamanca: Siglo XXI.
- BOURDIEU, Pierre (1997). Anexo 1. "La ilusión biográfica". En: *Razones prácticas. Sobre al teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama, pp. 74-83.
- BUXÓ, María Jesús y María CASADO (2015). "Sobre la banalidad del mal y los cuidados: del asedio compasivo al apoyo inteligente". *Perspectivas bioéticas*, 2015. Año 20 N° 37/38: 37-45.
- CABRAL, Karol (2011). *Artesãos da saúde. Saúde mental e participação social em Porto Alegre*. Tesis de doctorado. URV. Tarragona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32218/tesi.pdf?sequence=1>
- CASTEL, Robert (1980) *Orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.

CAUDILL, William (1966) *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*. Buenos Aires: Escuela.

CIE-10. Versión online.

Disponible en: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F70-F79.html

CLAUDEL, Camille (2006) *Correspondencias*. Madrid: Síntesis.

COMELLES, Josep Maria (2006) *Stultifera navis. La locura, el poder y la ciudad*. Lleida: Milenio.

COMELLES, Josep Maria (1988) *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*. Barcelona: PPU.

COMELLES, J.S.; A. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ (1993). *Enfermedad, Cultura y Sociedad*. Madrid: Eudema Antropología.

CREMONA, M. G. y L. M. TORRES. (2006). "Cambios de modelo de familia en el contexto de los cambios de Modelos de Estado: Algunos aportes en torno a su relación con el padecer mental". *Intervención Psicosocial* [online]. Vol.15, n.1 [citado 2011-07-10], pp. 111-122. (Disponible en scielo).

Cuadernillo de Red Prestacional del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Publicación web. Disponible en: www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/.../salud_saludmental.pdf.

DELGADO RUIZ, Manuel (2004). "Tiempo e identidad. La representación festiva de la comunidad y sus ritmos". *Zainak*. 26, 2004, 77-98.

DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2014). 23ª edición. Disponible: www.rae.es.

DILTHEY, Wilhlem (1966). *Introducción a las ciencias del espíritu*. Madrid: Castilla.

DSM-IV-TR. Versión online.

Disponible: <http://www.psicocode.com/resumenes/DSMIV.pdf>

DSM-V. Versión online.

Disponible:http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/dsm/pdf/Spanish_DSM-5%20Coding%20Update_Final.pdf

EDGERTON, Robert (1985). *Retraso mental*. Madrid: Morata.

ELIAS, Norbert (1987). *La Soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.

ESTEBAN, Mari Luz (2003). "Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución", en Actas del Congreso Internacional Sare 2003. Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado, pp. 63-84.

FERNANDES, Lluiz (2016). "A construção social dos corpos periféricos". *Saúde Soc.* São Paulo, v.25, n.1, p.70-82, 2016.

FERREIRA, Leticia; Ángel Martínez-Hernández (2003). "Ulisses, Greta y otras vidas". En: *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 3, N°1, pp. 58-70.

FOUCAULT, Michel (1996 [1977]). *La Vida de los Hombres Infames*. La Plata: Altamira.

FOUCAULT, Michel (2002 [1975]). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Paidós.

FOUCAULT, Michel (1976[1964]). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica de México. Pp.75-125.

- FOUCAULT, Michel (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal.
- GEERTZ, Clifford (1992 [1973]) “La interpretación de las culturas”. Gedisa, Barcelona.
- GEERTZ, Clifford (1997). *El antropólogo como autor*. 1º Reimpresión. Barcelona: Paidós Studio.
- GLASER, D. y A. STRAUSS (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- GOFFMAN, Erving (2007 [1961]) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2º edición. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving (2006 [1959]) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GOFFMAN, Erving (2003) *Estigma. La identidad social deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GUBER, Rosana (2012) “La etnografía. Método, campo y reflexividad”. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GUBER, Rosana (2005 [1991]).“El salvaje metropolitano”. Buenos Aires: Paidós.
- GUBER, R. & A. M. ROSATO (1989) “La construcción del objeto de investigación en Antropología”. Cuadernos de Antropología Social 2(1):51-63. Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires.
- HALBWACHS, Maurice (2011) *La memoria colectiva*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- HAMMERSLEY, M.; P. ATKINSON (2009). *Etnografía. Métodos de investigación*. 2º edición. Barcelona: Paidós.

- HARO ENCINAS, Jesús Armando (2000) "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero, E. y J.M. Comelles (ed.) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Ed. Barcelona: Ed. Bellaterra. P. 101-161.
- HOLLINGSHEAD, A.B., Redlich, F.C. (1958) Excerpted from: "Social Class and Mental Illness: A Community Study". New York, NY: John Wiley. *American Journal of Public Health*. October 2007, Vol 97, No. 10, P. 1757.
- JELIN, E. 2010 (2010). *Pan y afectos: la transformación de las familias*. 2º edición. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- JULIANO, Dolores (2004). *Excluidas y marginales*. Madrid: Cátedra.
- JULIANO, Dolores (1998). *Las que saben. Subcultura de mujeres*. Madrid: Horas y HORAS.
- JULIANO, Dolores (1992). *El juego de las astucias*. Madrid: Horas y HORAS.
- KROTZ, Esteban (1991). "Viaje, trabajo de campo y conocimiento antropológico". En *Revista Alteridades*, 1991 1 (1): Págs. 50-57.
- LACAN, Jaques (1984). *Seminario 3: La Psicosis*. Barcelona: Paidós.
- LARRAZ, José A. (2007). "Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica". *Revista Bioética & debate: Tribuna abierta del Institut Borja de Bioética*, 49, 15-19.
- LE BRETON, David (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- LENTINI, Ernesto (2007). *Discapacidad mental: un análisis del discurso psiquiátrico*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar.
- LEVI-STRAUSS, Claude (1988 [1955]). *Tristes trópicos*. Barcelona: Paidós.
- LINS RIBEIRO, Gustavo (2004). “Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica”. En Boivin, M., A. Rosato y V. Arribas. *Constructores de otredad*. Buenos Aires: E.A.
- LONIGRO, Susana (2015). “Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en Argentina”. En: Inés Seoane Toimil y Susana Lonigro (comp.) *Lazos y procesos de subjetivación*. 1ª ed. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Ebook.
- LUTZ, Tom (1999). *El llanto*. Madrid: Taurus.
- LURBE I PUERTO, K. (2005) “La enajenación de los otros. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris”. Tesis doctoral. UAB y L'École de Hautes Études en Sciences Sociales. Barcelona-Paris.
- MAJASTRE, Jean-Olivier (1973 [1972]). *La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Granica.
- MALACRIDA, Claudia (2005) “Discipline and dehumanization in a total institution: institutional survivors’ descriptions of Time- Out Rooms”. *Disability and Society* 20 (5): 523-537.
- MALDONADO, Araceli; Graciela PEDRAZA y Eduardo NAIDES (2002). *El Asilo. Memorias de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Sal-Cor.
- MALINOWSKI, Bronislaw (1986). *Los argonautas del pacífico occidental*. Barcelona: Planeta-Agostini.

- MANTILLA, María Jimena y Juan Pedro Alonso (2012). "Aportes Socio-Antropológicos De Las Etnografías En Hospitales Psiquiátricos. Revisión De La Bibliografía Anglosajona Y Latinoamericana". En: *Culturas Psi* 2012, Vol. 1. (Disponible en: <http://www.culturapsi.org/>).
- MANTILLA, M.J. (2009) "Riesgo", "peligrosidad" e "implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 2009. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762.
- MANTILLA, M. J. (2008 a) "Prácticas y discursos "psi" en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires". Tesis de Maestría, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Inédito.
- MANTILLA, M. J. (2008 b) "La problemática de las reinternaciones psiquiátricas desde la perspectiva de los psicólogos y psiquiatras". V Jornadas de Investigación en Antropología Social – 19 al 21 de noviembre. © SEANSO – ICA – FFyL – UBA – ISSN 1850-1834.
- MARTÍNEZ AZUMENDI, Oscar (2005). "Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en psiquiatría. Imágenes-denuncia para el recuerdo". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XXV, nº 96, Octubre/Diciembre 2005, páginas 9-28.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2015) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2013). "Fuera de escena: la locura, lo obs-ceno y el sentido común". En: Martínez-Hernández, A., L. Masana, S. M. Digiacomo. (ed.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*. Tarragona/Puerto Alegre: Publicacions URV, Associação Brasileira da Rede Unida.

- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (2010) "La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias". En: Checa y Olmos, F.; Arjona Garrido, A. y Checa Olmos, J. C. (ed.). *Transitar por espacios comunes. Inmigración, salud y ocio*. Barcelona: Icaria. Pp. 57-84.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel (1998) "Antropología versus Psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 1998, vol. XVIII, n.o 68, pp. 645-659.
- MAUSS, Marcel (2009). *Ensayo sobre el don*. 1º edición. Buenos Aires: Katz.
- MDRI/CELS (2007) *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. (Disponible en: <http://www.cels.org.ar>).
- MENÉNDEZ, Eduardo (2012a). "Entrevista a Eduardo Menéndez Spina". Realizada por: de Moura Pontes, Ana Lúcia. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 335-345, jul./out.2012.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2012b) "Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica". En: *Gazeta de Antropología*, 2012, 28 (3), artículo 03. (Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/22988>).
- MENÉNDEZ, Eduardo (1992.) "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible". En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Public Científica, nº 540, Washington D.C. (Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-004.pdf>)
- MENÉNDEZ, Eduardo (1983). "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud". México: Cuadernos de la Casa Chata, 86.
- MOL, Annemarie (2008). "The logic of care. Health and the problem of patient Choice". Abingdon: Routledge.

- NUNES, Everardo Duarte (2010). "Hollingshead and Redlich: research on social class and mental illness fifty years after". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Jan.-Mar. 2010.
- POLLAK, M. (2006) "Memoria, olvido, silencio. La producción social de identidades frente a situaciones límite". Colección Antropología y Sociología. La Plata: Al Margen.
- POLLAK, M. (2000) "L'expérience concentrationnaire". Paris: Méteilié.
- POLS, Hans (2007). "August Hollingshead and Frederick Redlich. Poverty, Socioeconomic Status, and Mental Illness". *American Journal of Public Health*. October 2007, Vol 97, No. 10, P. 1755.
- QUIRK, Alan et al. (2006) "The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London". *Social Science & Medicine* 63, 2105–2117.
- REQUIERE, Marisa (2000). "Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires (1880-1940)". *Alcmeon Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 9 (2): 169-194.
- REQUIERE, Marisa (2010). "Algunas consideraciones sobre la política manicomial en Buenos Aires: 5 el caso del Asilo Nacional de Alienadas 1880 – 1930". En *Rev. Temas de la psiquiatría argentina*. Primavera. Buenos Aires: Polemos.
- ROCKWELL, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.
- SCOTT, James (2003 [1990]). *Los dominados y el arte de la Resistencia*. México: Txalaparta/Era.

- SCRIBANO, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo, Bs. As.
- SEDA, J. A. (2011). *Discapacidad intelectual y reclusión. Una mirada antropológica sobre la Colonia Montes de Oca*. 1ª ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- SILBER, Ilana (2008). "La philanthropie moderne à la lumière de Marcel Mauss. En Philippe Chanial. *La société vue du don*. Paris: Éditions La Découverte.
- SILVA, T.J. (2003). *Imágenes y narrativas, la otra desinstitutionalización de la locura*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- SZASZ, Thomas (1976). *El mito de la enfermedad mental*. 2ª ed. Buenos Aires: Amorrortu.
- TORRES, L. M. (2005). *Violencias Minúsculas con Mayúsculas: Salud Mental y Etnicidad en un Hospital Psiquiátrico de Mendoza, Argentina*. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla, España.
- TRISTÁN FERNÁNDEZ, Juan Miguel et al. (2007). "Contenido simbólico de la bata blanca de los médicos". En *Gazeta de Antropología*, Nº 23, 2007, Artículo 16.
- TRONTO, Joan C. (1994) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. Nueva York: Routledge.
- VALERO, A. S. (2001) "El grupo de pertenencia ante la internación psiquiátrica". Trabajo presentado en el IV Congreso Chileno de Antropología Social. Santiago de Chile, 19 al 23 de noviembre de 2001.
- VALERO, A. S. (2006) "Modelos de formación profesional e interacciones psiquiátricas. Contribuciones desde una mirada antropológica hacia las

intervenciones institucionales". 7° Congreso Virtual de Psiquiatría.
Interpsiquis Febrero. Psiquiatria.com.

WEBER, Max (1987). *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

GLOSARIO

Arrorró: canción de cuna

Balde: Cubo

Bombacha: prenda interior femenina, braga.

Bombilla: Caña delgada que se usa para sorber el mate.

Buzo: Sudadera

Campera: Chaqueta

Canopla: Estuche

Cartera: Bolso

Changas: Ocupación transitoria, por lo común en tareas menores.

Chizitos: Bocado a base de harina de maíz, queso y sal, de color amarillo y de forma cilíndrica.

Chomba: Camiseta

Chupar: Beber alcohol.

Corpiño: Ropa interior, sostén.

Cuarteto: Estilo musical popular originario de la provincia de Córdoba.

Empacar: enfadar.

Hall: Pronunciado “jol”, vestíbulo, recibidor.

Jeta: boca.

Jugo: Sumo

Lapicera: bolígrafo

Maní: Cacahuete

Morocho: Morena

Murga: baile popular asociado a lo carnavalesco que en Argentina se compone de músicos percusionistas (tambores), bailarines y fantasías (quienes portan banderas, muñecos, sombrillas, etc.) que decoran todo el desfile murguero. Su origen se relaciona con el baile de los esclavos durante la época colonial.

Palitos: Alimento de copetín.

Papitas: Patatas industrializadas.

Paro: Huelga

Pava: Recipiente cerrado para calentar el agua con pico vertedor comúnmente utilizado para tomar mate.

Pastafrola: Tarta artesanal con dulce de membrillo o batata.

Pucho: cigarrillo.

Puflitos: Alimento de copetín.

Pururú: Palomitas de maíz.

Remera: Camiseta

Remis: Transporte similar al taxi.

Saco: Chaqueta, americana.

Sopapo: golpe en la cara

Vereda: Acera

Yuyo: Hierba, pasto.

Cuadro: año de ingreso a la institución

Nombre	Año de ingreso
Silvia	1968
Carmela	1968
Narina	1968
Mara	1968
Karen	1968
Augusta	1969
Mirna	1971
Libia	1973
Lara	1973
Marcela	1974
Perla	1975
Beatriz	1977
Ema	1978
Trinidad	1981
Titi	1986
Flavia	1986
Luna	1988
Checha	1991
Emilia	1991
Claudia	1992
Pamela	1993
Alberta	1994
Olga	1996
Pajarito	1997
Violeta	1998
Mora	1998
Bárbara	1999
Pocha	1999

Gloria	1999
Dora	2000
Melina	2000
Diana	2000
Reina	2001
Lucrecia	2001
Alejandrina	2001
Popes	2002
Samanta	2002
Javiera	2003
Mariana	2003
Inés	2003
Luz	2004
Soledad	2005
Paula	2005
Ester	2005
Estrellita	2006
Nélida	2006
Belén	2008
Mónica	2010
Micaela	2012

Zamba de mi esperanza

(Canción folclórica argentina del compositor Luis Profili)

*Zamba, de mi esperanza
amanecida como un querer
Sueño, sueño del alma
que a veces muere sin florecer
Sueño, Sueño del alma
que a veces muere sin florecer*

*Zamba, a ti te canto
porque tu canto derrama amor
caricia, de tu pañuelo
que va envolviendo mi corazón
caricia, de tu pañuelo
que va envolviendo mi corazón*

*Estrella, tú que miraste
tú que escuchaste mi padecer
Estrella, deja que cante
deja que quiera como yo sé
Estrella, deja que cante
deja que quiera como yo sé*

*El tiempo, que va pasando
como la vida no vuelve más
El tiempo, me va matando
y tu cariño será, será
El tiempo, me va matando
y tu cariño será, será*

*Hundido, en horizonte
soy polvareda que al viento va
Zamba, ya no me dejes
yo sin tu canto no vivo más
Zamba, ya no me dejes
yo sin tu canto no vivo más*

*Estrella, tú que miraste
tú que escuchaste mi padecer
Estrella, deja que cante
deja que quiera como yo sé
Estrella, deja que cante
deja que quiera como yo sé*

Amor divino

(Autor: Leo Dan)

Como te extraño mi amor por que será
Me falta todo en la vida si no estás
Como te extraño mi amor que puedo hacer
Te extraño tanto que voy a enloquecer

A veces pienso que tu nunca vendrás
Pero te quiero y te tengo que esperar
Es el destino me lleva hasta el final
Donde algún día mi amor te encontrara

Ay amor divino pronto tienes que volver

Como te extraño, me falta todo en la vida si no estas
Como te extraño, te extraño tanto que voy a enloquecer

A veces pienso que tú nunca vendrás
Pero te quiero y te tengo que esperar
Es el destino me lleva hasta el final
Donde algún día mi amor te encontrara

Ay amor divino pronto tienes que volver

El dolor es fuerte y lo soporto
Por que vivo pensando en tu amor
Quiero verte, tenerte y besarte
Y entregarte todo mi corazón

Ay amor divino pronto tienes que volver

Ay amor divino pronto tienes que volver