

## Marisa Barrios

Lic. en Trabajo Social por la UNR.  
Trabajadora Social de la Colonia  
Psiquiátrica "Abelardo de Irigoyen  
Freyre" de Oliveros y de Atención  
Primaria de la Salud de la Secretaría de  
Salud Pública de la Municipalidad de  
Rosario. Estudiante de la Maestría de  
Trabajo Social de la UNER.



# Comité de Admisión de la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, ¿puerta de admisión a un circuito de salud o puerta de recepción al manicomio?

"Todo parece obvio.  
Si parece obvio, no lo es.  
Su obvio, en cambio, es lo que parece:  
una coartada para la resignación"  
Jeancha Sibrade<sup>1</sup>

**[Resumen]** En el presente escrito se analiza la función de un dispositivo de evaluación de ingresos de un hospital psiquiátrico y particularmente qué funciones lo sostienen en la intersección entre los dispositivos judicial y psiquiátrico, siendo el referente empírico el hospital psiquiátrico "Abelardo Irigoyen Freyre" de la localidad de Oliveros en la Provincia de Santa Fe (Argentina).

En particular, pensar en el Comité de admisión de la institución para analizarlo desde su especificidad de puerta de ingreso a un circuito que parece tener varios destinos para las personas que llegan al mismo.

El eje que propongo para el presente trabajo es analizar la función que dicho comité cumple frente a históricos y sucesivos intentos de confinamiento de las personas con problemas mentales cuyas situaciones se encuentran atravesadas por una multiplicidad de problemas que podrían definirse, a priori, como de competencia de una red social e institucional que sobrepasa los límites del hospital, pero que muchas veces son absorbidos por esta institución. Si bien, el eje está puesto en este dispositivo, también se intenta reflexionar en torno a las prácticas de los distintos actores en su conjunto y qué potencian éstas en función de la reproducción del manicomio o la generación de alternativas a éste.

**[Palabras clave]** institucionalización - admisión - red social

## Introducción

El trabajo en las instituciones psiquiátricas implica pensar constantemente en los atravesamientos que la locura, como padecimiento mental de un sujeto,

---

<sup>1</sup> Citada por De Brasi, J.C. en BATISTA, V. L. *et alii. Lo grupal* 7. Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1989.

encuentra con los diferentes problemas sociales y con distintos niveles institucionales, tanto en lo médico como lo social y lo jurídico.

Estas reflexiones se iniciaron en la puerta de ingreso a una institución, el dispositivo Comité de Admisión<sup>2</sup> de una institución psiquiátrica, para analizarlo desde su especificidad de puerta de ingreso a un circuito que parece tener varios destinos para las personas que llegan al mismo.

No obstante, el eje que propongo para el presente trabajo es analizar las prácticas en sus modos de funcionamiento institucional frente a históricos y sucesivos intentos de confinamiento de las personas con problemas mentales, cuyas situaciones se encuentran atravesadas por una multiplicidad de problemas que podrían definirse, a priori, como de competencia de una red social e institucional que sobrepasa los límites de una institución de salud, pero que muchas veces son absorbidos por ésta.

## Intersección entre dispositivo judicial y psiquiátrico

La intersección entre el dispositivo psiquiátrico y el judicial es un punto donde estas instituciones no sólo se encuentran sino que intensifican sus funciones<sup>3</sup> y donde las prácticas de quienes intervenimos son relevantes en su puesta en acto.

Esta intersección remite a viejas preguntas: ¿es el loco peligroso?, ¿el manicomio es la institución adecuada para alojar a personas con trastornos mentales?, ¿el loco puede vivir en sociedad?, ¿el Estado debe ejercer la tutela sobre estas personas?, ¿la locura es un problema social entre otros a los que debe responder el manicomio?, ¿el manicomio y sus prácticas permiten la recuperación de un sujeto?

En un número reciente del diario *Le Monde Diplomatique*<sup>4</sup> aparecen tres artículos diferentes respecto de nuevas y recurrentes oleadas de judicialización de la enfermedad mental, exponiendo posiciones y comentarios de especialistas tanto de Argentina como de Francia. Si bien los mismos presentan concepciones muy diferentes entre sí, con importante capacidad argumentativa y referencias epidemiológicas, dan cuenta de una constante reedición de viejos temas tales como la estigmatización del enfermo mental en el circuito social, el tratamiento del tema de la enfermedad mental desde la concepción de peligrosidad que

---

<sup>2</sup> El Comité se constituyó a partir de 1992 (habiendo antecedentes de sus comienzos en 1984) como dispositivo interdisciplinario de evaluación de las demandas de internación como modo de acotar las internaciones indiscriminadas que fueron características desde la creación de la institución en la década del '40, donde prevalecía el criterio internista, la demanda familiar y social ante situaciones de desborde diverso y donde lo que predominaba era la definición por parte del médico y las autoridades de la institución. Hasta finales de la década del '80 hay antecedentes de prácticas más "típicamente" manicomiales y claramente violatorias de los derechos humanos, tales como la práctica del electroshock, que marcó el apogeo del manicomio.

<sup>3</sup> "Michel Foucault sitúa en esa intersección de discursos: 'cuando se trata de estimar el crimen, vemos cómo el discurso penal y el discurso psiquiátrico entremezclan sus fronteras y ahí, en su punto de unión, se forma esa noción de individuo peligroso que permite establecer un sistema de causalidad a la escala de una biografía entera y dictar un veredicto de castigo-corrección" (*apud* Massa, 2006).

<sup>4</sup> Los artículos mencionados son: "Hasta la locura es sospechosa" por Patrick Coupechoux; "Delirando tras las rejas" por Virginie Jourdan; "Cárcel y locura" por María Massa; todos en *Le Monde Diplomatique* [Edición en Español]. Julio de 2006, Argentina.

justifica criterios de seguridad más que clínicos, la creación de hospitales o servicios psiquiátricos judiciales, el escaso presupuesto para solventar dispositivos alternativos al manicomio, todo lo cual pareciera dar cuenta de una especie de circuito que se va reproduciendo, aunque con particularidades, en diferentes países y contextos culturales diversos. Además en el caso de Francia, si bien se ponen en cuestión las políticas precarias en este tema, se manifiesta una posición de “re”-reivindicación del manicomio como lugar donde deben alojarse estas personas.

Algunas lecturas que acompañan este escrito me han permitido avanzar en los interrogantes, especialmente las producciones de Pitch (1999), Selmini (1999), Pavarini (1999), Betti (1999), Sozzo (1999) y De Leonardis (1999), así como también la lectura de discusiones institucionales que se vienen produciendo en el marco de una **reformulación del dispositivo Comité de Admisión**<sup>5</sup> y una selección de algunos registros de los ingresos de dicho comité desde el año 1996 hasta el 2005<sup>6</sup>.

Rossella Selmini lanza una reflexión por demás de inquietante y provocadora, cuando trabaja en uno de sus textos la situación de la imputabilidad del enfermo mental que luego de veinte años de intensos debates y de actividades de reforma la situación parece no haber cambiado y dice “retomar hoy la reflexión sobre la cuestión de la imputabilidad del enfermo mental significa ante todo reconocer un fracaso. En el plano normativo, después de más de veinte años de intensa actividad de reforma, la situación global se presenta prácticamente inmutada” (Selmini, 1999: 139).

Esta primera reflexión de Selmini, que ella centra en la situación de judicialización de la enfermedad mental y sus diversos caminos de reforma, me posibilitan poner en consideración aquellos otros aspectos del trabajo en salud mental que han sufrido el mismo derrotero, habiendo dilemas aún no resueltos.

Particularmente las reflexiones de Pitch, Pavarini y Betti están en concordancia con lo anterior poniendo en tensión el papel que juega la psiquiatría en el control social y en el resguardo de la sociedad de aquello considerado peligroso, interpelándola como ciencia y resaltando su subordinación al sistema judicial, lo cual permite pensar en otras profesiones solidarias con esta posición.

Las diferentes articulaciones con el sistema judicial se van construyendo en las prácticas institucionales, muchas veces sustentadas en una legislación inadecuada y anacrónica.

En el caso particular, esto se refleja en la importante frecuencia con que se han admitido ingresos de pacientes a la institución sin presentar criterio clínico

---

<sup>5</sup> Desde el año 2005 se comenzó a gestar entre un grupo de profesionales del hospital “Abelardo Irigoyen Freyre” un espacio de discusión y una propuesta que, si bien se inicia con la reformulación del Comité de Admisión de la institución, tiende a replantear la existencia y funcionamiento mismos del manicomio y plantea como eje fundamental la ruptura con la lógica de la institución total, aún “en sus versiones más aggiornadas y progresistas”.

<sup>6</sup> Las fichas son confeccionadas al momento de realizarse la entrevista de admisión de una persona, donde además de constar datos personales, motivo del ingreso, antecedentes de tratamientos anteriores, se deja constancia de la entrevista al paciente y sus acompañantes si los hubiere. El resto de la información del circuito que va a realizar la persona en la institución consta en las historias clínicas, material que no fue trabajado en esta oportunidad.

Cabe mencionar que se desconoce si hay registros de las primeras experiencias de Comité desde el año 1992, ya que sólo se accedió a aquellos desde 1996, año en que se da una intervención de la institución, comenzando una etapa de gestión que se autodenominó como primera experiencia de “sustitución del manicomio”, aunque en realidad hay antecedentes de transformación desde algunos años anteriores.

de internación<sup>7</sup> y con el sólo criterio de responder a la orden judicial. Para poner en consideración la implementación de tales criterios, me interesa mencionar brevemente que:

- la primera fuente de datos de ingresos da cuenta de que en el año 2003 de 169 consultas, 138 resultaron internaciones (82%) y 68 ingresaron con orden judicial (49%), **no mediando siempre un criterio de internación.**

- En el año 2004, entre los meses de Enero y Mayo (sin contar Marzo<sup>8</sup>) de 68 consultas al Comité de admisión se realizaron 54 internaciones, de las cuales 25 llegaron con órdenes judiciales, **algunos procedentes de lugares de detención** (de esas, 19 personas quedaron internadas) y 4 personas fueron encontradas en la vía pública en estado de indigencia y traídas por la policía, 1 con orden judicial.

- De los 23 **ingresos relevados sin orden judicial** se desprende que 8 fueron internados con criterio clínico y 3 que presentaban criterio clínico de internación no fueron internados por sugerencia del Comité, desde donde se propuso otra institución, así como también porque el mismo paciente o su familiar no estaban de acuerdo con la internación.

- De los que no presentaban criterio de internación sólo 1 fue internado por pedido familiar y los 11 restantes no fueron internados.

Es decir, si se piensa desde la clave de ofrecer alternativas de tratamiento singulares, la propuesta al padecimiento no puede estar acotada sólo a la internación como único modo de alojar y dar respuesta a la demanda y mucho menos aún responder a una presión judicial con un argumento en el que la clínica se tornaría difusa.

La instancia de admisión debe funcionar como un espacio de escucha y de respuesta, donde la internación es un dispositivo clínico más.

El modo de acotamiento de criterios de encierro y la proliferación de medidas que restringen la libertad de una persona y la atención de su salud es promoviendo discusiones colectivas en torno a reglamentaciones vigentes en salud mental<sup>9</sup>, fortaleciendo espacios de capacitación permanente, definiendo proyectos de salud desde premisas éticas, clínicas y políticas que aborden la problemática de las personas que padecen problemas psíquicos de manera

---

<sup>7</sup> El criterio clínico está referido a situaciones en las que el sujeto requiere de la asistencia profesional e institucional en un momento de crisis. Los términos como "Crisis subjetiva", "Crisis psicótica", "Descompensación psicopatológica", son definiciones que aparecen en los registros y utilizados tanto por psiquiatras o psicólogos en las evaluaciones de ingresos. Se podría decir que son términos que marcan una especificidad institucional en cuanto a una oferta de tratamiento que excluiría debilidades mentales, demencias por vejez, alcoholismo y adicciones que no estén combinadas con otros cuadros psicopatológicos" (según lo que consta en los informes). No obstante, en la población de pacientes internados "crónicos" se encuentran muchos de ellos con este tipo de problemas que motivaron hace décadas su ingreso a la institución.

<sup>8</sup> Cabe mencionar que durante los meses de Febrero, Marzo y Abril de 2004 se sostuvo una medida de fuerza por reclamos salariales y de estabilidad laboral que generó la interrupción en el mes de Marzo de las evaluaciones por Comité de Admisión de los ingresos, no interrumpiéndose los ingresos propiamente, lo que resultó en que durante ese mes ingresaran personas sin esa evaluación previa.

<sup>9</sup> En la provincia de Santa Fe la Ley 10772/91 tiene quince años desde su promulgación y aún no se encuentra reglamentada. En el momento actual hay un debate precario e incipiente sobre dicha reglamentación que será aprobada en el presente año, con muchas precariedades respecto a su contenido y con dificultades en el logro de acuerdos, ya que los artículos de la misma dan mayor preponderancia a la internación de un sujeto en el manicomio en lugar de la creación de instancias alternativas de tratamiento. El Artículo 1ero. establece: "Entre las alternativas más idóneas se priorizarán aquellas que restrinjan menos la libertad y alejen del núcleo familiar y social".

diversa, con dispositivos acordes a las singularidades, es decir no centrados sólo en la internación y la institucionalización prolongada.

Para avanzar en el análisis en torno a las instituciones y las prácticas, resulta fructífero el aporte de Ana María Fernández acerca de cómo trabaja el concepto Institución, entendiéndola como algo vivo, que estaría en constante construcción a partir de lo que sus actores van gestando en esos espacios; ella señala que “la institución no se define más como un lugar, sino como una relación entre lo instituyente y lo instituido que da lugar a la institución como un espacio inacabado y en gestación permanente (...) deja de ser la institución entendida como establecimiento, la noción de espacio institucional comienza a ensanchar su sentido” (Fernández, 1989: 37-38).

La discusión en torno a la admisión en una institución, o especialmente en torno a la redefinición de tales o cuales dispositivos, no es esa discusión en sí misma, sino la discusión en torno a cómo se ponen de manifiesto fracturas en lo social y en lo político que se juegan en los escenarios de las instituciones y los efectos que esto tiene en la atención de personas con padecimientos psíquicos.

## Los engranajes de la institución

La direccionalidad que van adquiriendo los proyectos institucionales se va sustentando en una trama compleja de relaciones donde se entrecruzan diferentes posiciones de los propios actores, donde intervienen debates en torno a una práctica clínica específica en el campo, a las condiciones precarias de los pacientes dentro del manicomio, a cómo se conciben propuestas de desmanicomialización y, en ese sentido, cómo se construyen alianzas con las distintas instancias de resolución, en cuyo debate también están presentes las condiciones laborales de los actores.

En uno de sus clásicos trabajos sobre instituciones y grupos, De Brasi desarrolla la noción de alianzas y de pactos estableciendo diferencias entre ambas nociones: “El sistema de alianzas en nuestras sociedades es mutable en casi cualquiera de los niveles que desempeñemos, sea en el político institucional o en el profesional. Sin embargo, es rechazado de plano en el interior de núcleos “juramentados” (familias, sectas, equipos, etc.), donde las alianzas toman la rocosa consistencia de los pactos de sangre, imago de la duración del vínculo *per vitam*” (De Brasi, 1989: 23).

Entiendo que la idea de alianzas posibilita pensar en relaciones necesarias, en intercambios que posibiliten entrar en diálogo a aquellas fracciones de sujetos que interactúan en un espacio determinado para que lo que se presenta como permanente, como preconcebido, pueda ser movido de lugar hacia nuevas configuraciones.

A diferencia de esto, el pacto es algo que permitiría sólo la subsistencia de un grupo y sus intereses, resistiendo la posibilidad de la interpelación y siempre encontrando en la interpelación una amenaza de destrucción.

Pero, ¿qué tiene que ver esto con el planteo expuesto en este trabajo respecto de la función de la institución manicomio y de su necesaria interpelación?

Una respuesta tentativa podría encontrarse enfocando en el tipo de prácticas, de grupos, de alianzas y de pactos que se organizan en torno a un mismo objeto

u objetos que desearía llamar transitorios, ya que los términos se van adecuando a una especie de moda, a lecturas teóricas que se adoptan para diferentes contextos, “clínica de la subjetividad”, “sustitución de lógicas manicomiales”, “clínica en salud mental”. El objeto insistente y convocante parece ser aún el manicomio y a partir de allí toda una serie de acontecimientos producidos y reproducidos en los engranajes institucionales.

En las instituciones actúan diferentes grupos que en un mismo escenario debaten en torno a un mismo concepto pero que se orientan en distintas direccionalidades.

En ese juego de relaciones institucionales se pone de manifiesto la complejidad para comprender los efectos que los múltiples debates, las conformaciones grupales y sus respectivas prácticas, tanto asistenciales como políticas, producen en dos aspectos: en el logro de avances en las condiciones de salud de las personas asistidas y en el plano político-institucional, en torno a lineamientos realmente superadores de la institución total.

Los acuerdos aparecen más en el plano de lo enunciativo “todos estamos en contra del manicomio”, pero las prácticas y los mecanismos políticos que se despliegan presentan sus fracturas en cuanto a cómo se conciben los cambios. Se podrían considerar provisoriamente dos ideas donde aparecen puntos de quiebre entre los actores institucionales: “romper con el manicomio” y “sustituir el manicomio”.

Se podría entender “sustituir” como la voluntad de modificar en una institución lo que hay de deshumanizante en sus prácticas y en sus dispositivos, a diferencia de “romper”, como la posibilidad de quebrarlo en las partes que amenazan con ser perennes.

¿La sustitución implicaría el cambio de una institución total por otra, un aggiornamiento del manicomio? Quizás implicaría la renovación de una estructura, pero siempre se mantendría la estructura.

¿La sustitución desdibujaría la especificidad de una institución que atiende el padecimiento psíquico? El riesgo parece ser la medicalización, psiquiatrización y judicialización de los problemas sociales, pero en especial de los sectores más empobrecidos.

¿La ruptura propiciaría la creación de nuevas políticas que contemplen nuevos dispositivos? Provisoriamente, se podría decir que la ruptura es con aquellas ideas y prácticas que adscriben a una visión tipificada, homogeneizadora y cristalizada de lo que se entendería por “padecimiento”, “enfermedad”, “problema psíquico”. Estas posiciones construyen modos de abordaje que, lejos de propiciar que aparezca algo de la singularidad de lo que le sucede a un sujeto, lo fijan en categorías que responden a teorías de la conducta pero que nada aportan a un descubrimiento inédito de lo que allí está sucediendo. Sin duda estas visiones repercuten en los modos de definir dispositivos, servicios de salud mental, diagramación de presupuestos para tales o cuales recursos, aunque no son elementos suficientes para analizar la definición de las políticas en salud mental.

En este sentido, es sumamente necesario tomar en cuenta dos aspectos:

- el aspecto normativo: la existencia de leyes de salud mental y sus reglamentaciones que ponen en acto la planificación de políticas, las modalidades de atención y el presupuesto asignado;
- el aspecto técnico-operativo: las prácticas de profesionales y técnicos que dan existencia y consistencia a los engranajes en los cuales se sostienen

esas políticas y esas instituciones y que a su vez requieren del marco normativo.

El marco normativo que da sustento administrativo y jurídico a la institución, así como los fines y funciones establecidos, funcionan en cierta forma como regulador de las prácticas y de la vida de los pacientes en la institución. Sin embargo, responden a lógicas diferentes que se entrecruzan y entran en colisión permanentemente porque son elementos atravesados por la dinámica social por fuera de la misma y que interrogan tanto el adentro de la institución, como ese afuera que es donde los problemas transcurren, se originan, se desarrollan.

En este sentido, los problemas que se presentan a partir de quienes demandan la atención de la institución plantean un escenario complejo e inédito en tanto problemas que parecen trascender una especificidad y que interrogan sobre una red social necesaria para su abordaje.

## **Intersección entre dispositivo psiquiátrico y problemas sociales**

La población asistida en las instituciones manicomiales públicas, en su mayor magnitud se encuentra desvinculada del circuito productivo-económico y sin cobertura, lo que implica que la institución se encuentra frente a múltiples necesidades sociales no resueltas del sujeto que asiste, lo que ha venido multiplicando y hasta quizás desvirtuando sus funciones.

Al ampliarse las funciones de la institución y las dificultades para establecer especificidades y responsabilidades en una red de asistencia social más amplia, en lugar de romper con el manicomio le agrega nuevas funciones, multiplicándose así las razones de su existencia, reforzándose un perfil de institución total como lugar de envío a un “núcleo duro de personas y problemas hacia una institución separada, delegada a estos fines” (Pitch, 1999: 114). La idea de institución total en tanto asunción de distintos roles, como espacio donde “todos los problemas” son abordados, como instancia de “todas las respuestas”, donde nada falta, excepto afuera de la misma.

Siguiendo a Pitch, es interesante el aporte que hace cuando menciona los dos modelos que siguieron a la era del manicomio, uno “que conjuga la vocación terapéutica en modo restrictivo, tendiente a depurarla de atribuciones que aluden a funciones de control social a través del suministro de recursos principalmente médicos”, y un segundo modelo, quizás pertinente para pensar la situación que aquí se expone, que “recoge la herencia de la psiquiatría manicomial, en el sentido que confirma y valora el estatuto de disciplina de los confines, donde la terapia asume el sentido de hacerse cargo de todos los problemas que el manicomio encerraba y escondía” (Pitch, 1999: 128).

En ese sentido, la institución garantizaría al sujeto una estadía generalmente prolongada a partir de la cual se crearía todo un universo de relaciones sociales y recursos disponibles que afuera no podría obtener frecuentemente pero que, al mismo tiempo, lo vincula fuertemente a la institución<sup>10</sup>. Estos servicios

---

<sup>10</sup> Este tipo de instituciones manicomiales cuenta con una infraestructura edilicia de grandes dimensiones, con un gran número de personas trabajando en diferentes tareas. En esta institución en particular se otorgan subsidios estatales para los pacientes a cambio de actividades de producción de productos alimenticios o artesanales, pequeñas remuneraciones de dinero para gastos diarios, provisión de alimentos para estadías fuera de la institución.

trascienden a veces el tratamiento y se basan más bien en un criterio de soporte social.

## **Trabajo clínico, funciones de la institución y demandas sociales**

El título de este apartado está referido a las interferencias que se producen en el intento de adecuación entre tres vértices: el criterio profesional, el mandato institucional y la demanda del sujeto y su entorno. Estos tres vértices están vinculados a cómo cada uno define y enuncia el problema y el tipo de respuestas, cuestión que requiere de una clara delimitación a los fines de no responder a una presión del entorno y brindar una propuesta terapéutica acorde a las necesidades del sujeto.

En este punto Pavarini y Betti instalan dos interrogantes sobre la demanda a la institución y señalan que en su mayoría está más vinculada a un pedido de control de aquello que se tornaría inmanejable por otras instancias sociales. “¿Quién es el portador de la demanda de intervención psiquiátrica (el enfermo mental o la sociedad)?” (Pavarini y Betti, 1999: 95).

Esta situación aparece claramente si observamos los innumerables pedidos de internación de juzgados, familiares y efectores de salud, donde la demanda del paciente en cuestión se desdibuja, quedando muchas veces en un segundo plano.

Es significativo que en casi la totalidad de los pedidos de internación a la institución que fueron analizados, excepto en un caso en el que el pedido de internación lo realizó el paciente, el resto de los ingresos fueron solicitados por familiares, profesionales, instituciones con o sin orden judicial. “...las necesidades de cura, invocadas por familiares, vecinos o las mismas agencias de orden público. El operador se encuentra frente a un dilema con muchas caras (...) la gestión de este dilema se complica ulteriormente por los requerimientos simultáneos provenientes del ambiente del usuario y, quizás, de las agencias de orden público...que poco tienen que ver, directamente, con los problemas del usuario” (Pavarini y Betti, 1999: 129).

En todo caso la palabra del paciente en cuestión a veces sólo ha sido considerada para reforzar el criterio de internación y/o tratamiento, cuando éste despliega su sintomatología, su discurso delirante, sus problemas de convivencia con el entorno familiar y social.

El otro punto de interrogación está más asociado al lugar de ciencia que ha venido postulando la psiquiatría y también el psicoanálisis, pero sin soslayar la interpretación que pueden hacer otros discursos.

Este punto está muy asociado al tipo de argumentación profesional que puede implementarse en las evaluaciones, que interroga acerca de nociones conceptuales puestas en juego en la interdisciplina.

Es interesante observar en la práctica un concepto como “estrategias” al modo de “propuestas terapéuticas”, casi literalmente ligado a la manifestación de un problema: si el paciente suspendió la medicación y las entrevistas con un terapeuta, “la estrategia” es “que retome el tratamiento psicofarmacológico y entrevistas con el profesional”; si se observa una dificultad en la contención de la familia, la estrategia es “trabajar con la familia para que se profundice la contención de la misma”; así como episodios tales como agresiones físicas,



verbales o “fenómenos productivos”<sup>11</sup> que generan una ruptura de lazos con familiares, vecinos, parecieran jugar literalmente en las evaluaciones.

Esto interroga acerca de varias cuestiones: por un lado, ¿qué construcción del problema es posible una vez escuchado el relato, en términos de conocimiento y herramientas acordes para comprender la situación, hacer un análisis de la misma para producir una modificación real de la situación que presenta el paciente y no reproducir un circuito de respuestas que cronifican una situación?

Pensar en las estrategias y en las tácticas en un proceso de trabajo significa nada menos que dar cuenta de cierta capacidad de invención, de puesta a prueba de saberes y prácticas, implica detener el tiempo para pensar qué es lo mejor para implementar en cada situación.

En la segunda sistematización de datos que se tomó como referente empírico, se abarcó el período 1996/2005, se seleccionaron al azar entre 5 y 6 fichas de Comité de Admisión por año, siendo un total de 46, en igual proporción judiciales y no judiciales, sólo priorizando el indicador ingresos por orden judicial y sin orden judicial, teniendo en cuenta el criterio clínico de internación como eje para trabajar en cuanto a cómo éste es puesto en juego en el momento de realizar una evaluación.

De los 23 **ingresos por orden judicial** se desprende que en 7 fue admitida la internación **sin criterio clínico de internación**, es decir que lo que preponderó fue el criterio de no rechazo a la orden. En los 14 restantes hubo criterio de internación que definió el equipo, pero la particularidad es que en la mayoría no se desarrolla una argumentación de tal criterio, apareciendo ligado a la admisión de la internación lo fenoménico de la situación (por ejemplo: descompensación psicótica, situaciones de agresiones verbales, físicas, fenómenos productivos “delirios”, deambulación en la vía pública, etc.) y en sólo 2 se pudo efectuar el rechazo a la orden judicial priorizando el criterio de no pertinente internación.

Esto indicaría que en estos casos resulta favorable la no existencia de orden judicial para poner en juego el criterio clínico al momento de realizar la evaluación, así como decidir sobre la pertinencia o no de la internación a diferencia de las órdenes judiciales donde se torna más difuso tal criterio.

Es importante aquí tomar un aporte más de los autores respecto del interrogante sobre las posibilidades de generar un conocimiento autónomo de los mandatos de tutela social, “interesa preguntarse si se puede dar un conocimiento científico en psiquiatría asumiendo los mandatos de tutela social o si sólo esto es posible rechazando los mismos” (Pavarini y Betti, 1999: 95).

Quizás esta idea se enlace con lo trabajado por Pitch respecto de los alcances y/o limitaciones de una teoría que permita conocer más sobre su objeto, “Pero la crisis de la psiquiatría manicomial ha provocado también un proceso de revisión del estatuto teórico de la enfermedad mental y una puesta en discusión de las categorías diagnósticas, a tal punto de transformar en incierto y problemático el uso de estas últimas en el campo judicial”; “existe además una fuga de la diagnosis, o bien la preferencia -coherente con la acentuación de la vocación terapéutica- por ocuparse más bien del enfermo que de la enfermedad” (Pitch, 1999: 113).

---

<sup>11</sup> Es el modo de definir la construcción de un delirio, “organizado” o “desorganizado” y “alucinaciones audio-perceptivas”, según lo expresado en los informes.

Retomando el planteo inicial de Selmini y poniéndolo a jugar como clave conceptual, podríamos preguntarnos por los desarrollos sobre un conocimiento específico de las enfermedades mentales y sobre la optimización de dispositivos que posibiliten una rehabilitación y una reinserción social de la persona afectada. ¿Los avances en este campo tienen que ver con un conocimiento en términos de epistemología de sujeto, subjetividad, clínica o venimos depurando modos de “gestionar y administrar lo cotidiano” de la vivencia en el manicomio?, “que oculta no sólo el objeto como residuo, sino probablemente también la excepción a la regla, el límite, lo negativo de aquella lógica de funcionamiento de las otras instituciones” (De Leonardis, 1999: 93).

“¿Qué tipo de conocimiento de la locura (o del loco) más allá y en ausencia de aquella práctica?, ¿qué ciencia psiquiátrica que no sea producto de la institución psiquiátrica?, ¿quién es el “sujeto que padece” que demanda la intervención psiquiátrica, una vez excluida cualquier referencia a una dimensión de control social?” (Pavarini y Betti, 1999: 97).

La formulación del problema y su respuesta no se puede dirimir sólo en términos dicotómicos internación/no internación casi como únicas opciones, disyuntiva que se construye a partir de discutir un problema de fondo y que tiene más que ver con los costos de responder o no, más que a una necesidad del sujeto, a una demanda de su entorno, “¿cualquiera puede privar a otro de su libertad personal para someterlo a tratamiento psiquiátrico!- se hace difusa la red de sujetos responsables de la tutela del/al loco” (Pavarini y Betti, 1999: 105).

Esto asociado a la complejidad de problemas sociales que pone de manifiesto el padecimiento subjetivo en una trayectoria de desocupación, de ausencia de recursos materiales, ausencia de contención familiar y de precaria inclusión en espacios sociales, así como las dificultades de articulación con otros dispositivos, retiene al paciente en la institución por un tiempo prolongado y su “social” queda restringido a los límites del hospital. “Es en gran parte análogo a lo que sucede con la psiquiatría en relación a esa área vasta y gris en la cual interactúan y se confunden problemas psiquiátricos, pobreza, abandono y perturbación social” (Pitch, 1999: 117).

Esto nos deja en una especie de oscilación entre el viejo modelo de la reclusión para el disciplinamiento y uno más actual que tiende a buscar formas de compensar la ausencia de políticas que integren al sujeto en una red de contención social y productiva, ubicándose más “como faceta más amplia de control no represivo, sino científico y preventivo para el nuevo Estado burgués” (Pavarini y Betti, 1999: 96).

Esto implica la permanencia en la institución mucho más allá de una situación de crisis, transformándose en un lugar de permanencia prolongada o definitiva para muchos de estos sujetos.

## **Algunas consideraciones finales para pensar la construcción**

Las prácticas cuentan con un lugar “privilegiado” desde el punto de vista de la incidencia que pueden ejercer dentro del engranaje de decisiones en tres planos:

- individual: las decisiones que repercuten en la vida de un sujeto cuando

éste toma contacto con una institución en el recorrido que realiza dentro del circuito para la resolución de su problemática;

- comunitario: el tipo de redes que se trama a partir de relaciones concretas entre instituciones y profesionales en un intercambio de criterios donde se delimitan recursos, se ponen en consideración riesgos, se definen responsabilidades y competencias y se abre la posibilidad de cooperación y articulación;

- político-institucional: desarrollando capacidad argumentativa, habilitando espacios de discusión sobre leyes y reglamentaciones y sobre planificación estratégica de las políticas públicas y ejerciendo la función de contralor en su ejecución.

El escepticismo y la idea de destino atraviesan las prácticas de maneras diferentes. En aquellos profesionales que se refugian en un saber ya completo, otorgado y certificado, que crea la ilusión de saber casi de antemano lo que sucede en una situación y en un sujeto. Ese saber actúa al modo de certezas permanentes y eficaces donde sólo es necesario que decodifique y certifique lo que aparece como evidencia de algo preexistente.

La práctica como vehículo de intervenciones institucionales y políticas puede aportar cambios significativos a partir de lo que podríamos considerar pequeños acontecimientos.

En este caso particular el pequeño acontecimiento en debate en esta institución es la propuesta de crear una “Red de dispositivos alternativos a la internación”<sup>12</sup> que viene posibilitando abrir una serie de espacios de discusión y desnaturalización en lo institucional, donde lo operativo contiene a lo político y viceversa.

En este sentido, De Leonardis señala “...reconocer que este nivel operativo, intermedio entre la norma abstracta y el problema social de hecho, tiene un rol fundamental en una perspectiva práctica -diría política, relativa por tanto a una política social y a una política criminal- de innovación”, “...este enfoque crea las condiciones para que la investigación -sobre todo sociológica- se nutra de los procesos de conocimiento y autorreflexión de los actores institucionales y construya por esta vía un anclaje y una orientación hacia la dimensión operativa del hacer y del transformar” (De Leonardis, 2003: 106).

El otro texto que, entiendo, va en similar dirección, es el de Máximo Sozzo cuando ubica a partir de algunas consideraciones de Pitch aquello que tendría que ver con un trabajo en articulación y colaboración entre áreas de resolución diferentes pero que requieren de una complementación para definir problemas prioritarios y estrategias de respuesta. “La activación de competencias y responsabilidades institucionales y sociales diversas hace más posible pensar en políticas que más que buscar justificaciones en la existencia de ‘peligros’, reedifican concretamente, es decir en la praxis, cuáles son los riesgos y quién debería y podría asumirlos” y “...la disponibilidad personal e institucional de asumir riesgos es más alta cuando existe colaboración y reciprocidad”. Del mismo modo, señala también la necesidad de una revisión de conceptos y paradigmas que se sostienen en una delgada línea donde se mezclarían la locura y el crimen como un par indisoluble. “La necesidad de nuevos lenguajes que nos alejen del vocabulario impuesto por la nueva derecha (...) puedan

---

<sup>12</sup> La propuesta que se viene elaborando plantea no recrear o reinventar el manicomio, sino justamente pensar en una red alternativa a éste donde se abra un circuito en el que intervengan diferentes dispositivos.

producirse nuevas visiones sobre la relación entre la locura y el crimen, solidarias y democráticas, teniendo en cuenta las necesidades sin descuidar los derechos” (Sozzo, 1999: 179).

En este sentido, ambos textos remiten a la responsabilidad que nos cabe a cada uno en una mirada compleja del tema y en un accionar que rompa con lógicas que están más asentadas en el encierro como modo de responder a problemas de salud y requieren justamente respuestas complejas.

La pregunta es, qué lugar ocupan las prácticas que desarrollamos para incidir en esas condiciones cuando estamos ubicados en cada uno de los mecanismos que provocan esos efectos. Cómo adquirir cada vez más capacidad crítica pero sobre todo capacidad argumentativa y producción de conocimientos nuevos que permitan la “creación de nuevos lenguajes” y nuevas maneras de pensar.

De qué modos nos movemos como trabajadores con relación al modo en que nuestras prácticas se mueven en un contexto social y político de fragmentación y creciente exclusión y de qué modos pensar a las mismas en sus posibilidades de reconstrucción del tejido social y de mayor incidencia pública en la modificación de las condiciones de desigualdad.

En otro apartado de su trabajo, Saidón analiza los posibles resabios de épocas pasadas, de períodos de dictaduras en las marcas posibles en esos sujetos de las prácticas, “todo ello actualiza la reflexión sobre violencia y transformación, sus deslizamientos, tramados, hibridaciones y discriminaciones necesarias para evitar que el escepticismo sea el arma de dominación más eficaz. O algo peor aún, que, de alguna manera indeseable, la vida se convierta en destino” (Saidón, 1989: 12).

Las prácticas de quienes estamos implicados en este campo requieren ser resignificadas permanentemente en sus modos de analizar y de intervenir en lo social, para poder comprender el padecimiento de salud mental en trayectorias que han generado condiciones de exclusión.

Las condiciones actuales en las que se desarrollan las prácticas presentan una complejidad donde coexisten viejos y nuevos problemas, viejos y nuevos modos de intervención.

Nuestras prácticas, lo que decimos y lo que no decimos, lo que hacemos y lo que desearíamos hacer, tiene base material concreta. Es decir, lo que transcurre y lo que se despliega institucionalmente no es algo ajeno y externo a los actores que trabajamos, lo que se pone en acto en la práctica contiene potencias de producción y reproducción de lógicas en salud mental que inciden tanto en las condiciones de vida de los sujetos con padecimiento subjetivo, como en los modos de implementación de la política en salud mental.

Pensar las prácticas desde la clave de construcción y resignificación permanente de los lazos sociales, sería verlas en un movimiento constante que se pone de manifiesto en las acciones que los sujetos van desplegando, a partir de “la subjetividad de la experiencia vivida” (Maus, 2003: 24).

Esto implica diseñar dispositivos de trabajo que apoyen la socialización contemplando las diferencias respecto de la inserción en espacios productivos y sociales, de manera tal de no seguir engrosando el manicomio con la idea de que “afuera no hay nada”.

Cómo es posible pensar en la sustitución de un tipo de institución que permanentemente queda ubicada no sólo como lugar de atención de problemas en salud mental, sino como especie de reservorio “del elemento excluido,

expulsado de la sociedad”, cómo reforzar el papel de esa institución para que pueda funcionar como un eslabón más en una cadena de relaciones y no como punto definitivo de llegada.

Es necesario reforzar el debate para problematizar no sólo las marcas de lo manicomial en la subjetividad de nuestras prácticas, sino todo intento de reproducir aquellas instituciones que lejos de generar salud, refuerzan el debilitamiento de las condiciones de vida de los sujetos.

El desafío desde nuestras prácticas implica interpelar y modificar una mirada cronificada, institucionalizada, que asume el lugar de lo que es así y no puede cambiar, de lo que dependería de un poder central para que se modifique, o aquello que no podría ser modificado por nuestras prácticas porque pareciera estar predeterminado. La institución, las condiciones de asistencia y hasta los efectos de nuestra intervención parecen quedar por fuera de la órbita de nuestras decisiones. Aparecerían como algo externo/lejano/anterior y extraño a nuestra práctica, funcionando como nombres, lugares y formas de intervenir que se asumen.

En el modo de enunciar que tienen algunos sujetos de las prácticas, las instituciones a veces aparecen como territorios donde “todo” fue hecho y dicho por “unos de abajo” y no es ejecutado por “unos de arriba” quienes detentan el poder. Un poder que sería entendido como patrimonio de algunos pocos y no flujo permanente de relaciones, de alianzas, de provocaciones, de rupturas y creaciones permanentes. Donde todo ya fue intentado, sólo resta quedar como testigos mudos del acontecer institucional y social, como meros denunciadores.

“Tampoco escapan de esa trama los grupos ‘autónomos’, o sea, los que están focalizados desde su pura autoafirmación; no sólo mantienen a los demás como sus diferentes y potenciales antagonistas en ausencia, sino que señalan un ‘idilio’ entre su esperanza auténtica y quizás merecida de aislamiento y de retorno forzoso al espectro de las contradicciones que los constituyen. Habría que considerar (...) cuáles son capaces de transfigurar una cierta imagen de ‘destino’ en potente creatividad” (De Brasi, 1989: 24).

Un riesgo posible de permanencia en esta posición puede ser un lugar marginal, en la oscuridad, en la impotencia, perdiendo la posibilidad de crear acontecimientos diferentes.

La sociedad actual marcada por un mundo globalizado de preeminencia del mercado nos va desafiando constantemente a movernos en nuevos territorios de problemas sociales y de modos de respuesta que requieren de un pensamiento complejo.

La lógica mercantil es algo que no aparecería de un modo visible, sino más bien de manera difusa. ¿Esto daría la sensación de pérdida del sentido? Es decir, ¿cuál sería el horizonte de nuestras prácticas en una realidad fragmentada? Si la dominación no aparece de un modo central y visible ¿de qué modos aparece?

Esta lógica operaría muchas veces en nuestras prácticas dejando una sensación de vacío, de impotencia y de aparente ausencia de horizonte y de claridad acerca del rumbo porque ya no hay política estatal que responda a la incertidumbre ni que garantice condiciones mínimas de subsistencia.

¿De qué modo asumimos el lugar de nuestras prácticas en la potencia que tienen en la producción de cambios, en el modo de nombrar sujetos, de reproducción de ciertos esquemas, en la consolidación de construcciones?

Es necesario ubicar la práctica en su capacidad de invención permanente

de dispositivos desde la perspectiva de pensar que siempre todo está por ser desnaturalizado, hecho e inventado.

Saidón señala al respecto: “El hombre no entra en sociedad para garantizar derechos preexistentes por una supuesta ley, entra porque no existen derechos preexistentes, para inventarlos. En esta perspectiva, lo social es profundamente creador, inventivo y positivo. Cuando se concibe la Ley como origen y como su consecuencia el contrato institucional y grupal, lo social queda del lado de la carencia, la limitación o la alienación” (Saidón, 1989: 45).

Para concluir quisiera entonces volver a los puntos donde las prácticas tienen posibilidad concreta de intervención, de autonomía y de invención. La idea es jerarquizar la planificación estratégica de las políticas públicas, la constitución de equipos interdisciplinarios, la habilitación de espacios de debate con la comunidad sobre el estado de la cuestión, el sostenimiento de proyectos terapéuticos de externación que eviten la cronificación, la articulación intersectorial, la formación permanente.

En este escenario buscar el sentido y encontrarlo en la construcción social implicaría apuntalar nuestro trabajo hacia el logro de mayores posibilidades de inclusión en espacios sociales en los que el destino no sea su desaparición.

## Bibliografía

BATISTA, V. L., BAULEO, A., CONDE, H. y otros. *Lo grupal 7*. Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1989.

DE LEONARDIS, O. “Estatuto y figuras de la peligrosidad social entre psiquiatría reformada y sistema penal: notas sociológicas”, en *Revista de Ciencias Sociales Delito y Sociedad*, año 12, Nº 18 y Nº 19, Buenos Aires, 2003.

MASSA, M. “Cárcel y locura”, en *Le Monde Diplomatique* [Edición en Español] Buenos Aires, julio de 2006.

MAUSS, M. *Ensaio sobre a dívida. Introdução de Claude Lévi-Strauss*. Seminario Problemática Cultural de la Maestría de Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, Paraná, 2003. Mimeo.

PAVARINI, M. y BETTI, M. “La tutela social de la/ a la locura. Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social”, en *Revista de Ciencias Sociales Delito y Sociedad*, año 8, nº 13, Buenos Aires, 1999.

PITCH, T. “Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia”, en *Revista de Ciencias Sociales Delito y Sociedad*, año 8, nº 13, Buenos Aires, 1999.

SELMINI, R. “El origen, desarrollo y los resultados del proceso de responsabilización de los enfermos mentales autores de delitos”, en *Revista de Ciencias Sociales Delito y Sociedad*, año 8, nº 13, Buenos Aires, 1999.

SOZZO, M. “Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. Materiales para el debate desde Argentina”, en *Revista de Ciencias Sociales Delito y Sociedad*, año 8, Nº 13, Buenos Aires, 1999.