VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Adolescentes bajo candado: Poder médico, experiencias de encierro y construcción de subjetividad.

Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo.

Cita:

Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo (2007). *Adolescentes bajo candado: Poder médico, experiencias de encierro y construcción de subjetividad. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-106/488

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/exXC/MHG

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

Adolescentes bajo candado: Poder médico, experiencias de encierro y construcción de subjetividad.

Eugenia Bianchi, María Soledad Portillo

Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

eugenia.bianchi@yahoo.com.ar

soledadportillo77@yahoo.com.ar

El *objetivo general* de la presente exposición es conocer el modo particular que adquiere el proceso de construcción de subjetividad, en el marco de la experiencia de encierro atravesada por adolescentes diagnosticadas con *bulimia-anorexia* y tratadas en ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia). Partimos de considerar conceptualmente a ALUBA como *dispositivo de poder disciplinario* (Foucault 1975: 201) y como *institución total* (Goffman1961: 19).

El *abordaje metodológico* es de tipo cualitativo, incluye un conjunto amplio de herramientas. Se analizan correspondencia entre pacientes, el Reglamento e Himno de ALUBA, contenidos de su página web, así como entrevistas realizadas a profesionales de la salud de la institución, y artículos periodísticos.

Sostenemos como *hipótesis general* que el atravesamiento por la experiencia de encierro en ALUBA tiene un profundo impacto en el proceso de construcción de subjetividad de las adolescentes, ya que creemos que el ejercicio del poder no tiene una función meramente represiva o destructiva, sino, y principalmente, una impronta formativa, constructiva sobre el sujeto (Foucault 1975:198). De las peculiaridades que esta construcción tiene en ALUBA intentaremos dar cuenta, siendo la *pregunta* a responder ¿Qué sujeto construye ALUBA?

Y para contribuir a responderla desarrollamos tres ejes:

- El doble proceso de cosificación de la paciente, y su reverso de personificación de la enfermedad.
- La percepción de los *otros* a la luz de dos dicotomías: enfermedad/salud, y familiaridad/extrañeza, con las necesidades subjetivas que cada una entraña.
- La reconfiguración de las dimensiones *temporal* y *espacial* a la luz del atravesamiento de la experiencia de encierro, en un *antes*, *durante* y *después* del tratamiento, y en un *adentro* y *afuera* de ALUBA.

A partir de esta aproximación a la forma de operar de la institución y sus características objetivas más relevantes, y partiendo del supuesto que el sujeto se construye en el *tiempo* y en el *espacio*, y en la relación con los *otros*, es que avanzamos hacia el *objetivo específico* de nuestro trabajo, que consiste en la indagación acerca de la forma particular que adquiere el proceso de

construcción de subjetividad dentro de ALUBA, en el marco de las relaciones de poder que allí se despliegan.

Consideramos que los rasgos que definen las *relaciones de poder* del dispositivo bajo estudio –por un lado-, y las dimensiones concernientes a la *subjetividad* que se construye dentro de esa estructura –por el otro- constituyen las dos caras de un mismo proceso y están dialécticamente relacionadas, de manera tal que una no puede concebirse y comprenderse sin la otra, y viceversa.

Como una primera aclaración, mencionaremos que el sometimiento al tratamiento que ALUBA propone tiene como punto de partida el despojo y la pérdida de control sobre la totalidad de los aspectos de la propia vida de las adolescentes. Y ello sobre la base de un diagnóstico de presencia de *enfermedad*, que las descalificará para asumir la posibilidad de responder por sí mismas. Vale decir, asumir responsabilidades, decidir, elegir, proyectar, opinar, expresar sus pensamientos, sentimientos, puntos de vista, actuar por propia voluntad, hacerse cargo de aciertos y errores, etc.

Entendemos que este primer acto de calificación como *enfermas* supone por ese mismo proceso un segundo acto de descalificación, esta vez como sujetos activos, que las arroja y presenta en el mundo social como incapacitadas para el control y manejo responsable de su propia vida, y las hace por lo tanto merecedoras de la sujeción a una vigilancia constante y meticulosa dentro de este dispositivo de poder disciplinario. Tan sólo recuperamos algunos puntos del Reglamento de ALUBA que ilustran este despojo y descalificación:

4: Prohibido pesarse y/o medirse
13: No a las fugas
14: No a las salidas sin permiso
28: No salir del salón sin autorización
29: Las chicas nuevas no pueden salir del salón ni pararse
30: Los permisos serán autorizados por líderes y luego por terapeutas
32: No leer revistas tipo "Para Ti"
33: Que alguien controle el baño antes de tirar la cadena
35: Prohibido mirarse al espejo
39: No ir a bailar antes de los seis meses de tratamiento

Otra consideración a tener en cuenta es que si bien el tratamiento que ALUBA ofrece a las pacientes presenta la modalidad de "externo" u "hospital de día", creemos lícito hablar de *institución total* y de *clausura* (Foucault 1975: 145), y en consecuencia de "experiencia de encierro". Esto, porque el tratamiento médico-psiquiátrico dentro de ALUBA se continúa fuera del establecimiento hospitalario, principalmente gracias a la familia, que opera como agente entrenado, junto con los amigos y representantes de otras instituciones en las que las adolescentes desarrollan su vida (como la escuela y las iglesias de diferentes credos), quedando entonces bajo observación y vigilancia minuciosa y continua todos los aspectos de la vida de éstas, que vivenciarán de este modo su experiencia como "encierro" en un sentido pleno.

Habiendo explicitado estas cuestiones, podemos avanzar en los ejes de análisis propuestos.

EL DOBLE PROCESO DE PERSONIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE COSIFICACIÓN DE LAS PACIENTES.

Primeramente, mencionemos que la consideración de la bulimia-anorexia como *enfermedades* se inscribe en el corpus más amplio de lo que denominamos "el discurso médico-psiquiátrico" (Foucault 2003). Uno de los resultantes del accionar del discurso médico-psiquiátrico como poder de disciplina es la fusión, la "soldadura" entre enfermedad y sujeto, una adecuación casi perfecta entre la biografía y la patología, que conlleva a que el tratamiento abarque la totalidad de la vida de las pacientes.

Sin embargo, todo este despliegue sólo funciona de manera parcial si el propio sujeto no internaliza el discurso del saber-poder médico-disciplinario, si no lo hace propio y contribuye él mismo en el reencauzamiento de sus conductas desviadas. Es por ello que existe una marcada preocupación desde ALUBA porque el paciente haga explícito su reconocimiento de hallarse encuadrado bajo un rótulo, que repase sus actividades, haga un racconto de su vida y diga "estoy enfermo".

Decíamos que todos los aspectos de la vida de las adolescentes bajo tratamiento en ALUBA son capturados y nutren la trama de poder disciplinario. Todo –acciones, pensamientos, sentimientos y gestos- es concebido en relación con el cuerpo enfermo y por ello cuerpo como blanco de poder, en lo que podríamos denominar como "anorexización" o "bulimización" de las conductas. Algunos testimonios dan cuenta de lo que venimos desarrollando:

La Voz del Interior; 19/06/2001*: En ALUBA era todo muy controlado. No podías fumar, no podías tomar mate, té ni café, ni masticar chicle, porque decían que eran formas de engañar al estómago y adelgazar. No podías tomar sol ni ir a bailar. No podías manejar plata, porque dicen que no sos una persona responsable sino una enferma".*
La Palabra de Rafaela, 31/12/2003. Roberto Pandolfi*: "Yo soy padre coordinador, hice un curso en Buenos Aires para enseñarle a otros padres cómo tratar, actuar, cómo manejar a una persona que tiene enferma su mente. En mi caso hago eso, cada vez que miro a mi hija veo el cartelito en su frente que dice "enferma", entonces sé cómo tratarla, cómo me va a contestar, cómo me va a mirar. Y cómo tengo que actuar yo, que no tengo que contestarle mal, no hacerle tanto caso a lo que ella dice, no tengo que engancharme en eso".*
Carta 2*: "El otro día cuando leí tu carta me sorprendí un poco (…) pero considero que la tenés bastante clara, sabés que todo es Patología, el obsesionarte, medirte y mirarte ¿Para qué? Al reberendo Pedo. Pero no te tiene que desesperar el pensar así y admitir que te da bronca, porque por suerte te podés dar cuenta que es una boludez, que es simple enfermedad. Yo sé que vos tenés todas las pilas y las ganas de curarte a si que, a no desesperar, tenés todo a tu favor para ganarle.Sabés como luchar contra ella y*

seguilo haciendo, y vas a ver que con mucha paciencia los resultados se ven, son grandes y lo que es importante te hacen sentir feliz."

La ruptura y vaciamiento de la multiplicidad de actividades y roles que la adolescente desarrollaba en el *afuera*, tiene en el marco del accionar del discurso médico, una justificación terapéutica, y se entiende porque la condición de "enferma" de la paciente la inhibe de tomar las responsabilidades que le son exhortadas a tomar al sujeto en el *afuera*. De este modo, todo su accionar es entendido y releído a la luz de aquello (que en esta ocasión es considerado como patología, pero que dentro de la gran familia de los anormales puede ser también: debilidad mental, locura, delincuencia, desviación sexual) que hizo que fuera incorporado en la institución total. Esta relectura de las conductas, pensamientos, sentimientos, etc. en función de la condición de *enferma* conduce a un profundo *despojo de rol* (Goffman 1961: 27), y da inicio a procesos de *mortificación del yo* (Goffman 1961: 27) que comienzan a operar desde el momento de la admisión en ALUBA.

Una consideración importante en relación a cómo el contenido que se le otorga en ALUBA a la enfermedad construye la subjetividad de las adolescentes que han sido tratadas, es la idea de que la enfermedad no se cura, sino que sólo puede aspirarse a mantenerla controlada, a partir de la internalización de la disciplina y el control como autoimposición y responsabilidad individual. Esta construcción de la enfermedad conlleva a que la sujeción a la disciplina que se expresa en el tratamiento sea "de por vida", que no exista nunca un alta "total".

Pero este *proceso de cosificación* de la paciente, de desprovisión de roles y facetas, de ser "tratada como un paquete" en pos de una onmicomprensiva categoría de "enferma" es tan sólo uno de los aspectos de un proceso que en realidad es doble. Junto con el *proceso de cosificación de las pacientes*, y por el accionar mismo del dispositivo de poder médico disciplinario, se lleva a cabo el proceso inverso, de *personificación de la enfermedad*.

La configuración y contenido del que es dotada la enfermedad la presenta como con autonomía sobre la voluntad de quien la padece, con características propias de las personas; es un actor más en el escenario de ALUBA: obliga a hacer "locuras", es peligrosa, daña, domina, puede lastimar -y hasta matar- a las pacientes. Veamos este testimonio de la página web aluba.org:

Aluba.org: Testimonio Anorexia*: La enfermedad te lleva a cometer locura tras locura. Después de una época se me dio por comer dos hamburguesas de soja diarias, eso solo (…). La enfermedad se las ingenia de una manera impresionante para hacerte lastimar a vos misma. En un momento, que viajé a Estados Unidos, lo único que hacía era hablar en inglés con todos los chef de los restaurantes para que me cocinaran sin sal y sin aceite, (…). No sólo se cometen locuras con la comida, la actividad física!!! Me levantaba a las tres de la mañana para hacer gimnasia en mi pieza y cuando terminaba todas las series (…) me iba al colegio. En el colegio hacía gimnasia en el baño, en los shoppings también.*

La riqueza de los atributos que presenta la *enfermedad* contrasta fuertemente con la idea que de sí mismas tienen las jóvenes bajo tratamiento. Por su condición de *enfermas*, se hallan marcadamente empobrecidas, desprovistas de muchos atributos: de responsabilidad, de capacidad de decisión, de libertad para llevar a cabo la mayoría de las actividades propias de personas de su edad, de voluntad y tenacidad para luchar, pero también desprovistas de relaciones sociales que no se estructuren en función de continuar en todos los ámbitos de la existencia con el tratamiento que promueve ALUBA.

La Palabra de Rafaela, 1/03/2005*: Claudia Pandolfi: El primer año fue muy duro porque venía de muchos años de un estilo de vida enfermo, con valores tan negativos que tuve prácticamente que aprender a hacer todo, desde empezar a comer la cantidad de comida que puede comer alguien normal, hasta saber cómo convivir o relacionarme con otra persona, porque tenía todo mezclado, como si fuera un bebé que no sabía nada de la vida. Ahí aprendí a hacer de todo un poco.*
La Voz del Interior, 19/06/2001*:Testimonio Betina: En Aluba tenían un eslogan que repetían siempre y decía algo así como "Si cuando pudiste elegir no lo hiciste bien, ahora, jodete". Decían que éramos como bebés a los que debían reeducar completamente, desde cero.*

Por todo ello, una paciente que introyecta el discurso de ALUBA, que participa de la consideración de sí misma como cosificada y de la enfermedad como personificada, es una paciente que se siente poseída y dominada por la enfermedad, que frente a su accionar está inerte, y por ello necesita de la ayuda del grupo de pares y de los profesionales que se desempeñan en ALUBA para que, en función de la aceptación y seguimiento de un tratamiento (que es posible sobre la base de esta cosificación/personificación), pueda adquirir las herramientas, las estrategias y las destrezas para enfrentar una patología que es constitutiva de su ser, que deberá eternamente mantener a raya para seguir adelante. Veamos a este respecto un fragmento del Himno:

Ya sé que estás perdida
sin ganas de vivir
has perdido la esperanza
te agobia la inconstancia
y no sabés dónde ir
la fuerza está en nosotros
no sientas soledad
te pedimos tu confianza
pues estamos en la lucha
y nos quieren ayudar
Tu lugar, mi lugar, nuestro lugar, es aquí, no lo
dudes ni un instante. En ALUBA todos juntos
descubrimos otro mundo, ese mundo que debemos integrar.

Retomando, diremos que aunque con una carga fuertemente negativa, toda la vitalidad, toda la fortaleza están depositadas a nivel discursivo en la *enfermedad;* en el polo contrario, las pacientes son la expresión de la debilidad, de la fragilidad, la dependencia. Y precisamente, lo que intenta lograr ALUBA

con sus lineamientos terapéuticos es que las pacientes adopten un poco las características que tiene la enfermedad: que luchen con fuerza, que no se dejen vencer, y que sean, ante todo, perseverantes. Claro que, dados la vigilancia y el control constantes de la institución, esta fortaleza se desarrollará dentro de cauces de normalidad, sin significar un derroche anárquico y destructivo de energías. De este modo, las adolescentes dejarán de ser cuerpos esquivos al poder, y se incorporarán a la sociedad como sujetos dóciles y útiles.

LOS OTROS. LÍNEAS DE DEMARCACIÓN Y RECONFIGURACIÓN DE LAZOS.

Para dar cuenta de esta reconfiguración de lazos describiremos brevemente quiénes son esos *otros* con los cuales las pacientes se vinculan; y de qué modo lo hacen, en el marco de la experiencia de encierro que atraviesan desde el momento en que ingresan a ALUBA.

Esos *otros* con quienes las pacientes se vinculan podrían ser pensados a la luz de dos dimensiones básicas. La primera de ellas tiene como eje la *presencia o ausencia de enfermedad*, y establece dos categorías dentro de las cuales se ubican todos aquellos que rodean a la adolescente desde que se produce su ingreso a la institución.

Al llevarse a cabo su admisión y por ese mismo proceso, tienen lugar dos operaciones básicas. En primer término, la adolescente se vuelve *paciente* y en cuanto tal, queda sujeta a un entramado de relaciones de poder, prácticas, representaciones y resignificaciones que encuentran su fundamento en su ingreso, y más ampliamente en su presencia dentro de la institución en calidad de *enferma*. En segundo término, al mismo tiempo en que ella misma es colocada dentro de la categoría de *enferma*, se inscribe en una *mismidad* con la que comparte ese mismo atributo: las demás adolescentes bajo tratamiento.

Podríamos afirmar que la operatoria que el poder despliega en esta instancia y a los efectos de categorización y tipificación de las personas, es la de trazar una clara *línea de demarcación* entre todo ese amplio conjunto de *los otros*, basada en el par normal/anormal (Foucault 1990: 76). Todas las jóvenes que en calidad de *enfermas* se encuentran bajo tratamiento en ALUBA, forman parte de esa amplia familia de anormales, a los que el poder médico-disciplinario intentará normalizar, atraer a -para confinar dentro de- los parámetros de normalidad establecidos socialmente. Esa línea de demarcación traza en consecuencia, dos amplios conjuntos. De un lado, los que resultan *sanos* a los ojos del saber-poder médico, y del otro lado, aquellos que han caído presas de la *enfermedad* y que por ello exigen y dan sentido a la pretensión de normalización propia del poder disciplinario que se despliega en ALUBA.

De allí se desprende el disímil grado de sujeción al que quedan prendidos los sujetos ubicados dentro de estas dos categorías, y consecuentemente el disímil grado en que se podría hacer uso del poder sobre los *otros*. La adolescente

que ingresa a ALUBA formará parte de un grupo de pacientes que se halla atravesando la misma experiencia de encierro que a ella corresponde. Todas quedarán sometidas al mismo tratamiento, con sus normas, vigilancia, sanciones, etc., en virtud de la *regimentación y tiranización* que opera sobre su vida (Goffman 1961: 48). No obstante, vale aclarar aquí que al tiempo que las pacientes obtienen avances o logros dentro del tratamiento y se acercan a la pretendida *normalidad*, se establecen entre ellas diferenciaciones dentro de esa categoría que las comprende, diferenciaciones que entrañarán al mismo tiempo la posibilidad real del ejercicio del poder de unas sobre otras, que es contemplado como posible por el tratamiento, y que opera como *vigilancia jerárquica* (Foucault 1975: 175) dentro del propio grupo de adolescentes.

El resto de los sujetos con quienes la paciente interacciona pero que no comparten su condición de *enfermedad*, quedarán subsumidos dentro de la amplia y heterogénea categoría de los *"otros normales*" y vía dicho rotulamiento estarán habilitados para ejercer sobre la paciente un poder, que asumirá grados y características variables según de qué *otro* se trate.

Esta primera tipificación, construida sobre la base del par enfermedad/salud; y más ampliamente sobre el par anormal/normal, es vital para el desarrollo del tratamiento. Y en este sentido se observa el empeño institucional por lograr que la paciente incorpore esta distinción básica, se coloque a sí misma adentro de la categoría que le corresponde, y perciba y se relacione con los otros en base a esa demarcación. Diremos en consecuencia, que una primera aproximación a la percepción de *los otros* implica rastrear esa ubicación de los mismos en las categorías de *sano* o *enfermo* y su aprehensión por parte de la paciente.

Tal demarcación entraña importantes efectos de poder. Es en sí misma efecto de poder. Al colocarse la propia adolescente la etiqueta de *enferma*, y etiquetar a las otras que atraviesan la misma experiencia, bajo la misma rúbrica, el poder disciplinario que ALUBA despliega, ya ha operado su primer gran ejercicio.

Por último, diremos que la distinción que se construye es además, susceptible de ser pensada como una demarcación que no sufre variaciones. Es decir, que es sostenida como tal a lo largo de todo el tratamiento. El paciente siempre es el *enfermo* al que hay que tratar, y el enfermo siempre es el *paciente*. Es una demarcación que sólo cobra sentido dentro de la institución, pero no así fuera de ella, donde esa doble y exhaustiva categorización básica de *los otros* instaurada por el tratamiento, se esfuma o desvanece en la marea cotidiana de la multiplicidad de categorías dentro de las cuales son ubicados *los otros*. Esta dimensión adquiere pues un carácter sincrónico.

La segunda dimensión básica a la luz de la cual es susceptible pensar a los otros con los que la paciente interactúa, nos remite al *grado de familiaridad* de ésta con esos *otros*. Las dos categorías que hemos construido en base a esta dimensión, están sustentadas en el par *cercano/extraño*. Vale decir, dado el *grado de familiaridad* que la paciente guarda con ese mundo de los *otros* con quienes se relacionará de diversa manera en su experiencia de encierro, éstos pueden reagruparse en una primera categoría dada por la cercanía o mayor familiaridad de la paciente.

Antes de su ingreso a la institución, la paciente formaba parte de un cúmulo de relaciones sociales con otras personas con las cuales establecía lazos sociales de diferente grado de solidez e intensidad, pero vitales en la construcción de su subjetividad. Lazos fundados en la convivencia cotidiana, en experiencias y sentimientos compartidos. Los *otros cercanos* lo son física y/o emocionalmente. Son los *otros* conocidos. Dentro de esta categoría ocupan un lugar central la familia, los amigos, los compañeros de colegio, los docentes, los vecinos, etc.

Sin embargo, al iniciar el tratamiento, al lado de ese mundo conocido, que se construyó sobre lazos en mayor o menor grado sólidos y duraderos, comienzan a formar parte de la nueva vida de la paciente, un conjunto de *otros* con los que convivirá y compartirá las mismas experiencias, pero que le son *extraños*, a quienes no conoce, con los que no se halla ligada por ningún tipo de lazo previo. En este nuevo universo de *otros extraños* deberá arreglárselas para acercarse, adaptarse, integrarse a ellos y conocerlos. En esta categoría cobran relevancia las *compañeras de tratamiento* y el *personal* propio de la institución, con quienes la paciente convivirá la mayor parte del día en un nuevo espacio sujeto a pautas, normas y lógicas propias. El modo de relacionarse con los otros estará mediado por la institución y se rearticulará de manera particular.

Al analizar esta dimensión, en la cual los *otros* se presentan como *cercanos o extraños*, cobra vital importancia la *dimensión temporal*. En este sentido, si la primera era concebida a la luz de su carácter *sincrónico*, ésta lo estará por su carácter *diacrónico*. Teniendo en cuenta la especificidad de esta dimensión, podemos sostener que *los otros* ubicados dentro de ambas categoría pueden pasar de una a otra y cobrar nuevo significado con el transcurso del tiempo. El tiempo, y sobre todo el tiempo compartido, la experiencia común vivida, vuelve *cercanos* a los que se presentaban como *extraños*, y es quizás lícito pensar que asimismo opera el proceso inverso: es decir, que los *cercanos* pueden volverse *extraños*, desde la percepción de las propias pacientes, en el marco de las nuevas relaciones de poder que se reconfiguran a la luz del pasaje por la experiencia de encierro en ALUBA.

Retomando el análisis conjunto de las dimensiones, para esclarecer las nuevas categorías de *otros* configuradas en el marco de esta experiencia de encierro, hemos confeccionado el siguiente cuadro:

G01

Pueden pensarse así cuatro categorías de personas con las que la paciente ha de enfrentarse y relacionarse a lo largo de su estadía dentro de la institución. La vinculación con cada una de ellas le plantea una necesidad subjetiva diferente, en función de la cual conducirse y ubicarse dentro de la trama de relaciones y lazos sociales de los que participa. Y estas nuevas percepciones, y las resignificaciones asociadas a ellas, son las que nos permiten entrever el sujeto que se va construyendo en su paso por la experiencia de encierro.

De esta manera, frente a los *otros cercanos-enfermos* se plantea la necesidad de *ruptura de lazos*, ya que no han adherido al tratamiento, y se encuentran

“presos” de la enfermedad. Esto lleva a una necesidad y deber de alejamiento, hace que se vuelvan *extraños*, ya que entrañan una cierta peligrosidad: peligro de recaídas y desórdenes para la paciente, y peligro de deslegitimación o cuestionamiento del discurso médico cuyo poder se ejerce al interior de ALUBA. También se incluye en esta categoría quienes han abandonado de forma prematura el tratamiento, con quienes se han construido estrechos lazos y con quienes hasta el momento de su salida se ha vivenciado una misma experiencia de encierro. Luego de su apartamiento de la institución, estas personas constituyen voces de disidencia, que poseen un saber acerca del tratamiento que se lleva a cabo; de allí necesidad de ruptura de lazos.

En relación a los *otros cercanos-sanos* (categoría que comprende a la familia y el núcleo de afectos más cercanos a la paciente), la necesidad que se plantea es de *resignificación de vínculos y adaptación a nuevos roles.* El control, cuidado y vigilancia, y la dedicación exhaustiva que se prolonga fuera de ALUBA llevan a que la familia se le presente a la paciente de un modo nuevo, hablando y actuando con la voz del poder médico. Los padres que incorporan el discurso de ALUBA no ven en su hija más que una *enferma,* y deben desconfiar de todas sus acciones porque es la enfermedad la que actúa por ella. Todo el contacto con la familia está mediado por discurso del saber-poder médico. La desconfianza permea todas las relaciones familiares, modificando radicalmente todos los lazos, a los que deben adaptarse los integrantes que se han convertido por un lado en *agentes de salud*, y por otro en *enferma*. Es por lo expuesto que también en este caso los cercanos y conocidos pueden tornarse en extraños.

En tercer lugar se encuentra la categoría *otros extraños-enfermos* (compuesta por las compañeras de tratamiento), frente a quienes se plantea la *necesidad de integración*. Es posible afirmar que así como la experiencia de encierro ha tornado extraños a los conocidos, puede inversamente volver cercanos a los extraños. Las demás adolescentes que comparten su misma condición de *enfermas*, atraviesan la misma experiencia de encierro y constituyen parte de un grupo de iguales, en el cual confiar y encontrar compañerismo, apoyo, afecto y contención, construyendo un sentido de pertenencia. Aunque esta es una condición impuesta por ALUBA, tiene también una importancia crucial desde el punto de vista subjetivo, porque el grupo pasa a ser un elemento clave en la construcción del sentido de pertenencia e identitario en el marco de la experiencia de encierro. Es quizás el nexo afectivo más fuerte que se gesta en dicha experiencia, de modo que puede pensarse como un *refugio emocional.* A su interior se refuerza la confianza perdida, y se valoran los aspectos positivos de cada uno, pues la enfermedad –que está dada para todas- no interpone entre las integrantes los factores negativos que a ella se asocian y que están tan presentes en el resto de las relaciones sociales de las que participan. Sin embargo, creemos que la intensidad de estos lazos afectivos parece ser un producto del tránsito por la experiencia de encierro, que no podrá igualarse a las circunstancias del *afuera,* donde cada una continuará su vida, discurriendo por diversos ámbitos y relacionándose con múltiples y diversos *otros*.

El último cruce a analizar es el de los *otros extraños-sanos.* Comprende este grupo el personal de la institución: médicos, terapeutas, psiquiatras, etc., que

en virtud de su calidad de *sanos* y del poder médico que ejercen, plantean a la adolescente la necesidad de *reconocimiento de la autoridad* y la consecuente *obediencia y sumisión a los dictados* de este saber-poder médico. Los lazos que se construyen, a diferencia de los que se entablan con las compañeras de tratamiento, deben tender a mantener, e incluso acrecentar la lejanía inicial, como cristalización de las relaciones de poder que allí se establecen, y que son la condición de posibilidad para que ALUBA en tanto dispositivo de poder disciplinario pueda funcionar como tal. El paradigma de este reconocimiento de la obediencia y sumisión se expresa en quienes la jerga institucional designa con el nombre de "*alubistas*", que son aquellos que han introyectado de manera incuestionable el discurso médico-institucional y se entregan de manera incondicional al tratamiento, percibiendo la experiencia de encierro como un acto positivo y necesario en el afán por luchar contra la enfermedad.

No obstante, y a pesar de la meticulosidad y exhaustividad que caracteriza al dispositivo de poder disciplinario, se exhiben grietas en su operatividad. Las mismas se traducen en resistencias y desobediencias que dan lugar a castigos o, en casos extremos, al abandono del tratamiento.

LAS DIMENSIONES TEMPORAL Y ESPACIAL A LA LUZ DEL ATRAVESAMIENTO POR LA EXPERIENCIA DE ENCIERRO.

Nos interesa conocer aquí las particularidades que el atravesamiento de la experiencia de encierro presenta en relación a la concepción y posicionamiento del sujeto respecto de las dimensiones *tiempo* y *espacio*.

Un *tiempo* y un *espacio* que en virtud de dicha experiencia de encierro adquieren un contenido y un sentido específicos para las adolescentes, y que tienen una vital importancia en la construcción y en la concepción de tales categorías, dado que constituyen una referencia ineludible al momento de pensarse y pensar su propia trayectoria vital.

Consideramos que no resultaría incorrecto afirmar que la adolescente que ingresa a ALUBA a realizar el tratamiento que allí se lleva a cabo, concebirá al *tiempo* y al *espacio* de su vida en función de la señalada experiencia. Y es por ello que mencionábamos que se produce una estructuración particular de dichas categorías, siendo pensados el *tiempo* alrededor de un *antes*, un *durante* y un *después* del tratamiento, y el *espacio* en referencia a un *adentro* y un *afuera* de ALUBA.

El tiempo: antes, durante y después del tratamiento.

El *antes*.

Con anterioridad al ingreso a ALUBA, la adolescente se encontraba en la denominada *etapa pre-paciente* (Goffman 1961: 136). Antes de su ingreso a ALUBA, se presentaba frente a los demás detentando una multiplicidad de roles diferentes, se vinculaba de diverso modo con una cantidad de personas y

tenía una vida cotidiana que, aunque no exenta de rutinas, podía permitirle una cierta plasticidad en lo atinente a las opciones de las que podía gozar para llevar a cabo sus acciones. Su trayectoria vital discurría con un margen de posibilidades más o menos amplio. El cuidado de sí, de su cuerpo y su salud eran cuestiones que se dirimían dentro del ámbito de sus responsabilidades.

Sin la intención de construir un perfil estereotipado de las adolescentes, podría considerarse en líneas generales como altamente probable que antes de ingresar a ALUBA concurrieran al colegio, participaran de actividades recreativas, se reunieran con un círculo de pares y fueran parte integrante de un núcleo familiar. Todo esto, una vez empezado el tratamiento, queda borrado en favor de ser solamente *enfermas*. La multiplicidad de roles y de formas de presentarse socialmente son recortados como propuesta de curación.

Pero además, el ejercicio del poder desplegado por el dispositivo médico-hospitalario que es ALUBA tiene otra implicancia en relación al *antes*: de acuerdo con la particular articulación sujeto-enfermedad-tratamiento, siendo que la *enfermedad* domina los cuerpos y acecha constantemente predisponiendo a recaídas y abandonos del tratamiento, y siendo que el sujeto se encuentra fusionado con su enfermedad de modo indivisible, la efectividad del tratamiento consiste en tener siempre presente que, antes de ALUBA, lo que dominaba era el caos de la *enfermedad,* la falla en los cuidados de sí y en la responsabilidad del individuo para con su cuerpo. Así como en el *durante* todo es releído en términos de patología que maneja al sujeto, con respecto al *antes* lo que debe primar es el registro de haber sido presas de la enfermedad (pero sin los beneficios de hallarse en el verdadero camino hacia la curación). En algunos testimonios de pacientes es posible advertir esta lectura del *antes* como un tiempo regido, poseído exclusivamente por la *enfermedad.* Y aquello que no resulte pasible de ser entendido a la luz de la condición de *enfermo*, directamente no es registrado, no existe, es pura vacuidad, pura ficción:

Testimonio Bulimia (aluba.org): *Era feliz pero un día todo cambió (…) Ahí comenzó el infierno, mi carácter se transformó, de ser alegre, llena de vida, me volví histérica, gritona, hacía escándalo por todo, especialmente a la hora de comer (…). Mi vida se había llenado de ritos y obsesiones de todo tipo que guiaban mis acciones. (…) y así sin darme cuenta conocí a la otra cara del infierno "la bulimia" (…) Transformando mi vida en un gran caos, todo lo que creía poder controlar y manejar se desbordó. Mi vida comenzó así a ser regida por la mentira, la manipulación, los sentimientos de vacío desmedidos, la falsa seguridad depositada en el cuerpo...*
La Palabra de Rafaela, 1/03/2005*: Claudia Pandolfi "Hace cuatro años que empecé mi tratamiento, pero la enfermedad comenzó calculo, a los quince o dieciséis años. En esa época no conocía la enfermedad así que no era consciente de lo que tenía (…). Empecé como empiezan generalmente todas, a ser introvertida, tenía pocas amigas, salía poco, tenía episodios de euforia y de repente de depresión, que ésa es una de las características más frecuentes en las pacientes, el tema del desequilibrio emocional. (…). Cuando fui a ALUBA no me resistí para nada, porque estaba todo tan mal en mi vida, yo siempre cuento que me sentía como que estaba en una caja negra, sin ventilación, sin puertas,*

sin ventanas, sin luz, tan infernal, tan oscuro, porque vivía para mantenerme flaca y para comer y vomitar, y de repente se me abrió como una lucecita. ***La Voz del Interior; 20/06/2001****: "Me sentía triste y sola, sin un sentido que llenara mi alma"; "Yo vivía en un mundo hueco y no encontraba valores en mi vida"; "Llegué encerrada en un mundo que no existía y hoy me voy libre"; "Todo se me quebraba, no podía terminar nada de lo que empezaba". Los anteriores son cuatro testimonios de pacientes de Aluba Córdoba que luego de varios años terminaron exitosamente el tratamiento."*

El tiempo precedente al tratamiento en ALUBA es desvalorizado, es desmerecido como el tiempo del caos, en clara contraposición al tiempo del control que se desarrolla al interior de ALUBA.

El *durante*.

Como adelantamos, el contenido que la articulación entre sujeto-enfermedad-tratamiento adquiere en ALUBA implica, por una parte, la consideración de un sujeto soldado, fusionado a la patología, y concomitantemente, la necesidad de un despojo lo más exhaustivo posible de la multiplicidad de facetas de la vida de ese sujeto, que se hace necesario para poder retraducir la mayoría o todas sus conductas en función de la *enfermedad* que lo "posee".

El sujeto que ingresa a ALUBA, diagnosticado-rotulado como *paciente*, es un sujeto que queda sometido a un poder disciplinario que, expresándose como saber-poder médico-psiquiátrico que opera en el formato de una *institución total*, busca corregir y normalizar sus conductas. Con este objetivo, ALUBA se vale del ejercicio de un poder con una serie de características propias de su estructuración como *institución total*: regimentación y tiranización, desarticulación de la economía de acción, exposición contaminadora, *looping,* un sistema de sanciones y privilegios (Goffman:1961). Y recurre a la vez a toda la batería de *técnicas disciplinarias*: clausura, localización elemental o división en zonas, emplazamiento funcional, distribución jerárquica, ordenamiento en cuadro, control de actividad, ejercicio, vigilancia jerarquizada, micropenalidad, castigo correctivo, y la norma como principio de coerción (Foucault: 1975).

Con todo este despliegue se apunta a que la paciente introyecte el discurso del saber-poder disciplinario, para de este modo reencauzar sus conductas desviadas de los patrones considerados "normales". Pero además se vale de su relación con otros dispositivos de diversa naturaleza, como la familia, la escuela, las instituciones religiosas, etc., conformando una *red institucional de secuestro* (Foucault 1978: 128) que se cierne sobre la adolescente para intentar reconstruir la red disciplinaria que en la actualidad se encuentra debilitada. Todos esos ámbitos de la vida social de la paciente son reformulados para operar como continuadores de la normativa de ALUBA, aspirando con ello a revertir el debilitamiento de los lazos sociales que se denuncian como responsables del incremento de la patología. De ahí los familiares y amigos formados como agentes de salud entrenados, los discursos en los colegios, la comunicación permanente con representantes de distintas religiones, etc.

Esta *red de secuestro institucional* que se teje en torno a la adolescente que atraviesa el tratamiento en ALUBA, antes que conducirla a una recuperación de lazos sociales debilitados por la pérdida de valores que a su entender es evidente en la actualidad, constituye y garantiza la reconfiguración total de dichos lazos, dado que la familia y los amigos-agentes entrenados establecen con la adolescente un lazo que se funda exclusivamente en la vigilancia y el control minucioso y constante de todos los aspectos de su vida.

El *después*

El sujeto que ingresa a ALUBA, decíamos, queda sujetado de modo absoluto en las redes del poder disciplinario. El poder que ALUBA ejerce lo hace presa exclusiva y lo sustrae del resto de las relaciones sociales. El *después* de ALUBA puede obedecer a dos circunstancias: a la finalización "exitosa" del tratamiento, o a la interrupción anticipada de éste.

El sujeto que sale de ALUBA lleva en su cuerpo la impronta del pasaje por la experiencia de encierro. Ya sea que termine o no el tratamiento, atravesar una experiencia de encierro tiene profundas implicancias a nivel subjetivo, dado que el encontrarse bajo tratamiento constituye un hito, un quiebre en la relación con *los otros*. Y con las modificaciones que se producen en los roles de los familiares y amigos, con las rutinas impuestas y las actividades que deben cumplirse para el avance en el tratamiento, ese quiebre se hace extensivo a todo el núcleo de la familia, tanto por el compromiso que exige ALUBA a los familiares como por la experiencia de tener un *enfermo* en la casa.

Cuando el sujeto se instala de nuevo en el *afuera*, debe reconstituir toda una trama de relaciones sociales, pero en el caso de resultar del "alta exitosa" del tratamiento, esa reconstrucción debe seguir los parámetros que ALUBA impone. Aunque se recuperen las relaciones y lazos sociales anteriores, o se formen otros nuevos, éstos siguen constituyéndose desde y bajo la órbita de un cúmulo de tácticas y procedimientos para controlar a través de la autodisciplina a una enfermedad que es constitutiva de su ser, que siempre está al acecho y con la que debe luchar en todo momento para no recaer, para que ésta no resulte un obstáculo en lo que se espera del sujeto en relación al cuidado de su cuerpo.

Desde ALUBA y desde quienes han culminado exitosamente el tratamiento se sostiene que en el *después*, el sujeto que sale está mejor preparado, con más herramientas para enfrentar la vida:

Lic. Marcelo Bregua *(Psicólogo y Coordinador General de ALUBA):"Y la persona que sale de ALUBA es como cualquier hijo de vecino, ¿si?. Este, va a salir con la misma problemática que todos, ¿si?. Va a enfrentar la vida como todos nosotros, este, quizás con más herramientas que nosotros, hasta quizás un poco mejor. Pero no está exento a los vaivenes de la vida.*
Testimonio Anorexia (aluba.org): *Hoy me siento más plena que nunca, disfruto de las pequeñas cosas, hay cosas que todavía me cuestan, pero yo tengo las herramientas y puedo manejarlo. (…). Pude retomar mis clases de*

danza que hacía desde los cuatro años, retomé el colegio, retomé la vida, retomé vivir.

Goffman (Goffman 1961: 79) menciona que es frecuente que las *instituciones totales* hagan declaraciones oficiales centradas en la idea de que se ocupan de la rehabilitación del interno, es decir de reparar sus mecanismos de auto-regulación -cuyas fallas los han desviado de la norma-, de manera tal que al ser dado de alta mantendrá por decisión propia las normas del establecimiento. En realidad, este pretendido cambio en los internos rara vez se cumple o tiene un efecto duradero. Es por ello que podemos afirmar, a partir de los testimonios recogidos de algunas de las adolescentes que han atravesado esa experiencia y de otros profesionales de la salud que abordan la problemática vinculada a la bulimia-anorexia de otra manera, que hay otra realidad que marca el *después:*

La Voz del Interior, 19/06/2001: ***"****Yo no entendía qué tipo de tratamiento era ése. Cuando más necesitaba hablar, me anestesiaban y me tenían todo el tiempo incomunicada", dice Rosana. "Hubiera preferido un manicomio. Yo llegué a Aluba sin ganas de vivir y adentro me quitaron las únicas cosas que todavía quería: la facultad, mi hermano y mis amigos, porque no me los dejaban ver"."Cuando les conté a mis viejos de las sanciones y que me tenían en una silla, igual siguieron creídos que de esa manera yo iba a salir adelante", cuenta Noemí, que luego tuvo tres intentos de suicidio.*
La Voz del Interior, 19/06/2001: *"La directora de Aipa (Asistencia Integral de los Problemas de Alimentación), Silvia Menso, opinó que "es fundamental que las pacientes puedan seguir sus estudios y actividades habituales". (…) "si cada vez que las chicas van al baño se las controla o se les tapa la nariz cuando van a vomitar, lógicamente dejarán de vomitar. Si soy cleptómana y cada vez que robo me agarran los dedos con una puerta, obvio que no voy a robar más, pero seguiré siendo cleptómana".*

ALUBA acalla los síntomas de manera momentánea, todo su tratamiento se enfoca en el diagnóstico y en las conductas, pero no va al padecer del cual son emergentes. En el *durante* el sujeto es un sujeto sujetado por el poder, constreñido y al que se le anula la libertad de disponer y de decidir acerca de sí mismo y de su cuerpo. Pero en todo este accionar minucioso, el padecer queda inalterado, solamente se obturan las vías de manifestación asociadas al diagnóstico de bulimia-anorexia. Aún en los casos exitosos, en los casos en los que el paciente "controla" su *enfermedad,* el centro lo constituyen los medios coactivos de la institución. Sin embargo, el padecer persiste, y aunque silenciado, encontrará otras maneras de emerger o manifestarse, ya que las condiciones de posibilidad de su emergencia permanecen intactas.

El espacio: adentro y afuera de ALUBA.

Para el estudio de la dimensión espacial recuperaremos nuestros análisis anteriores con respecto a la dimensión temporal. Fruto de este cruzamiento hallamos que es posible identificar diferentes situaciones desde el discurso de ALUBA, que a la vez son dotadas de un contenido diferente, y todas ellas contribuyen en el proceso de construcción de la subjetividad de las jóvenes bajo tratamiento. Las presentamos gráficamente:

G02

Cruce Antes-Afuera: la pura negatividad.

En lo que respecta a la trayectoria vital de las pacientes, el cruce *antes-afuera* está revestido desde el discurso institucional, de la más pura negatividad: el *antes* y el *afuera* del tratamiento se construyen desde el discurso de la institución (discurso que puede ser más o menos intensamente introyectado por las pacientes) como la instancia suprema de lo negativo, como el punto donde se conjuga lo más oscuro de la trayectoria vital de la adolescente, cuando y donde se halla sin la contención y ayuda que brindan el grupo de pares y los profesionales de ALUBA.

Es también el punto en el que la adolescente está en contacto con una familia que, como no ha sido entrenada, como no conoce los métodos adecuados para tratar la bulimia-anorexia que padece -en resumen, como no ha asumido el papel de "agente de salud" en la lucha contra la *enfermedad*- tampoco puede ayudarle correctamente a iniciar el camino (nunca acabado) de la curación. Hemos ilustrado cómo se alude al *afuera* como un lugar que entraña peligros, donde la enfermedad ejerce su dominio sin resistencias ni oposiciones, donde residen, en términos generales, la ficción, la falsedad y el caos.

Durante: adentro y afuera comienzan a ser resignificados.

La construcción del *afuera* como adverso y amenazante persiste en el *durante* del tratamiento. El *afuera* en el *durante* constituye el lugar donde residen la disidencia, los cuerpos enfermos e indómitos, la peligrosidad de los otros; por eso la prohibición a las adolescentes bajo tratamiento a mantener contacto con quienes lo han abandonado prematura y voluntariamente.

Pero en el *durante* del tratamiento aparece el otro eje de la dimensión espacial: el *adentro*: el *adentro* es el ámbito del poder médico-psiquiátrico, es un *adentro* que se prolonga más allá de las paredes de ALUBA, ya que si bien el tratamiento ofrecido tiene como modalidad terapéutica el *hospital de día*, podemos afirmar, dada la continuación de la *técnica de clausura* -propia de los dispositivos de poder disciplinario- mediante el dispositivo de poder familiar estratégicamente entrenado para la continuación del tratamiento -con todas sus normas y castigos- fuera del ámbito hospitalario, que el encierro se cierne básicamente como *red institucional disciplinaria*, en la cual ambos dispositivos se complementan, articulan y continúan en el tiempo, no dejando margen de acción y libertad para las pacientes que, de este modo, vivirán subjetivamente un *encierro* en sentido pleno. Es por ello que, con esta salvedad teórica, ALUBA puede ser entendida también como *institución total.*

La contrapartida de la *pura negatividad* del *antes* en el *afuera* la constituye el *adentro* en el *durante*. Esta instancia de la trayectoria vital -el *durante*- adquiere, puesta en relación con el *adentro* de la dimensión espacial, y atravesada por la aplicación de un tratamiento, las consideraciones de positividad más absolutas. En el *adentro* se ejerce el control minucioso, capilar

y continuado sobre los cuerpos de las adolescentes, se vigilan sus conductas, se organizan sus actividades; se intenta, a través del despliegue de todas las características del tratamiento, que la paciente desviada reencauce sus conductas y a través de ellas su vida, incorporando pautas sanas de vida.

Pero el control, el "estar controladas" en ese *adentro* recibe connotaciones muy diferentes según se trate de adolescentes cuyos testimonios se ubican en el momento de atravesar el tratamiento o de jóvenes que, habiéndolo interrumpido, lo evocarán luego de transcurrido un tiempo.

Por una parte, las adolescentes que se encuentran en tratamiento, y al hallarse atravesadas por un profundo *proceso de cosificación* y cercenamiento de roles y actividades, se conciben a sí mismas como seres frágiles, débiles y siempre proclives a la recaída por su falta de voluntad continuada y férrea para combatir la enfermedad que las posee y obliga a llevar adelante conductas enfermas.

Estas adolescentes conciben los controles del *adentro* como necesarios e incluso tranquilizadores; seguir y respetar el tratamiento a rajatabla es garantía de "estar haciendo bien las cosas", y en ese contexto los controles del *adentro* son una instancia más del tratamiento, una característica más que se inscribe en los lineamientos terapéuticos generales de ALUBA, y que dan cuenta del atravesamiento del discurso del saber-poder médico-hospitalario en el cuerpo y la mente "enfermos" de la adolescente.

Carta 1: *Ahora tenemos la posibilidad de ser felices, de disfrutar la vida, y eso no tiene precio. Tal vez, mi optimismo o las cosas que te digo te parezcan ahora, sin sentido (yo también lo pensé al principio... "ni vos te lo creés" pensaba yo) pero con el correr del tiempo todo va teniendo sentido porque todo se va ordenando.*
Carta 15: *Yo te puedo contar un poco de mi experiencia y te digo que afuera no era muy buena; la bulimia me estaba matando, en todo sentido. Todo era una fantástica actuación y de última, no me la banqué más. Negri: ahora no es hora de juzgar si "esto" es bueno o qué sé yo. (…) Te vas a dar cuenta de muchas cosas que tenés tapadas por tu enfermedad. Please! Mucha fuerza y este sacrificio trae sus frutos, acordate que todo llega, pero que no viene solo. Luchala no la dejes ganar. Un besote.*
Carta 41*: Y si siempre te estoy repitiendo que acá te cuidan y no te van a dejar de ayudar para así curarte (porque para algo estudiaron tantos años) no es porque te quiero engrupir y que te creas algo que en realidad no siento, porque es así. Y la tengo re-clara q´cuesta creerlo, poero no te queda otra que creerlo, es así.*

Por otro lado están las "voces disidentes", los "otros peligrosos" que han abandonado el tratamiento y que, venidos a evocar su experiencia del *adentro*, la conciben de muy diferente modo. Estas adolescentes vivencian subjetivamente el *adentro* no como lugar de residencia de los cuidados y ayuda, sino como *experiencia de encierro* negativa.

El *adentro* concebido, vivenciado subjetivamente como *encierro* es el *adentro* en el que, como enunciábamos más arriba, tienen lugar el *despojo de rol* y los

diversos *procesos de mortificación del yo*, donde la adolescente es reducida a *paciente*, y la multiplicidad de roles son cercenados de manera tal que empieza a operar *el proceso de cosificación* al que hemos aludido anteriormente.

La Voz del Interior*; *19/06/2001: *"Es un aislamiento del mundo. Estás encerrada sin poder hacer nada de lo que hace una chica de tu edad y no quieren que te comuniqués con las que salen, aunque sean tus amigas", cuenta Rosana."*
La Voz del Interior*; *19/06/2001: *"Lorena, cordobesa, entró al hospital de día de Aluba a los 22 años, también con un problema de bulimia, y le hicieron abandonar la facultad. "Adentro era el terror. Dejabas de ser una persona y te convertías en un paquete al que llevaban y traían. Me controlaban con quién hablaba por teléfono, que no tuviera relaciones sexuales con mi novio, me medicaban y nunca me decían qué me estaban dando. Como yo era mayor de edad, Aluba les dijo a mis viejos que fueran a ver a un juez para obligarme a ir"."*

Pero es esta misma vivencia del *adentro* como *encierro* negativo la que permite a las adolescentes emprender lo que Goffman denomina *ajustes secundarios* y define como *"ciertas prácticas que (…) permiten a los internos obtener satisfacciones prohibidas, o bien alcanzar satisfacciones lícitas con medios prohibidos." (Goffman 1961: 63)*. Estas prácticas "*proporcionan al interno la importante comprobación de seguir siendo el hombre que fue, y de conservar cierto dominio sobre su medio"* (Goffman 1961: 64). Algunos testimonios:

La Voz del Interior; 19/06/2001: *"Yo no estuve en el hospital de día sino en el grupo externo, pero igual la pasé feo", dice Betina, cordobesa del interior provincial que llegó a Aluba a los 18 años. "Me llevaron mis viejos de los pelos. Y una vez adentro, te controlaban todo. Estaba desesperada: llegué a hacerme mate cocido en el baño, con yerba que me puse en un bolsillo y agua de la canilla, así nomás, sin colar."*
La Voz del Interior; 20/06/2001: *"Yo salía de Aluba tan desesperada que fumaba las colillas de cigarrillos que levantaba de la vereda. Otro día, me escapé y pasé un día entero escondida en un confesionario", recuerda Rosana.*

Estos intentos de reorganización del *yo* despojado, poseen un valor que no puede medirse por la efectividad concreta de la práctica, es decir que no es lo central determinar hasta qué punto los ajustes secundarios implican una contraposición contundente y definitiva al poder disciplinario que se ejerce dentro de ALUBA. Por el contrario, la existencia de *ajustes secundarios* vuelve a poner de relieve el carácter *relacional del poder*, la posibilidad siempre presente de una resistencia, que lleva a una reorganización constante de fuerzas en pugna.

El después en el afuera.

El último cruce es el del *afuera-después*. Como indicábamos, el *afuera-después* es entendido como el momento en el que, si bien con altibajos esperables, el sujeto que ha culminado exitosamente el tratamiento está dotado de una variedad mayor de estrategias y herramientas para encarar la vida.

REFLEXIONES FINALES

Para finalizar, podemos responder a la pregunta inicial afirmando que ALUBA construye sujetos dóciles y útiles, sujetos más o menos capaces de dominar la *enfermedad*, de reproducir pautas sanas de convivencia social y de cuidarse a sí mismos, y de hacerse responsables de sus cuerpos, a través de la disciplina internalizada y el autocontrol. Es así que ALUBA devuelve sujetos aptos para insertarse nuevamente en la lógica de la actual sociedad de control (Deleuze 1990).

Sin embargo, y en relación al tratamiento, como hemos indicado, en tanto este se encuentre centrado en una clínica de la mirada y no de la palabra, y en el acallamiento del síntoma, el padecer intacto encontrará el modo de hacerse escuchar, incluso (como queda expuesto en los testimonios de algunas de las adolescentes que transitaron el tratamiento, y que marcan esa otra realidad del *después*) de maneras invariablemente dolorosas.

BIBLIOGRAFÍA

Deleuze, Gilles (1990): “Post scriptum sobre las sociedades de control”, en *Conversaciones 1972-1990.* Valencia: Pre-Textos. 1995: 277-286.

Foucault, Michel (1975): Vigilar y Castigar. Argentina: Siglo XXI, 2002.

Foucault, Michel (1978): La verdad y las formas jurídicas. España: Gedisa, 1996.

Foucault, Michel (1990): La vida de los hombres infames. Argentina: Altamira, 1996.

Foucault, Michel (1999): Los Anormales. Argentina: FCE, 2001.

Foucault, Michel (2003): El Poder Psiquiátrico. Argentina: FCE, 2005.

Goffman, Erving (1961): Internados. Argentina: Amorrortu, 1998.