

Intersecciones entre violencia, salud mental y género en el camino hacia la internación en provincia de Buenos Aires. Reflexiones y aportes desde la investigación etnográfica a la formación en Sociología.

Ana Silvia Valero y Silvia Faraone.

Cita:

Ana Silvia Valero y Silvia Faraone (2019). *Intersecciones entre violencia, salud mental y género en el camino hacia la internación en provincia de Buenos Aires. Reflexiones y aportes desde la investigación etnográfica a la formación en Sociología. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/429>

Intersecciones entre violencia, salud mental y género en el camino hacia la internación en la provincia de Buenos Aires. Reflexiones y aportes desde la investigación etnográfica a la formación en Sociología

Ana Silvia Valero - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Silva Faraone - Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Email: anasilviavalero@gmail.com; gesmydh@gmail.com

Ejes temáticos: Estado y Políticas Públicas; Poder, conflicto y cambio social

Mesa 79: Las ciencias sociales ante las problemáticas de Salud Mental en Argentina. Alcances y desafíos para la formación en Sociología

Resumen

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

La sanción de la ley 26.657/2010 en Argentina implicó un cambio paradigmático en los modelos de atención y cuidado de los sujetos con padecimientos psíquicos. Sin embargo, de su actualmente fragmentada y parcial implementación, resulta la coexistencia de modelos de atención contrapuestos y en tensión. Esta coyuntura ubica a las mujeres que se encuentran transitando una internación en un callejón sin salida que refuerza el entramado de los condicionantes de género y violencia que dieron marco a su proceso de atención bajo internación. El trabajo se basa en una aproximación etnográfica que combina instancias de observación participante con entrevistas semiestructuradas a profesionales integrantes del equipo de guardia de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires. Este abordaje permitió conocer los modos en que las trayectorias de vida se articulan con los condicionantes sociales que inciden en el proceso que resulta en una internación.

Palabras clave: violencia; salud mental; género; etnografía; trayectorias de vida

Introducción

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

En esta oportunidad nos proponemos sistematizar resultados de investigación y reflexionar acerca del carácter multidimensional e histórico de la violencia en torno a las problemáticas de género. Nos interesa en particular, atender a la interrelación entre violencia y género focalizando en trayectorias de vida de mujeres, en el escenario específico dado por el proceso de decisión del que resulta la internación en un hospital psiquiátrico. Se parte para ello de una aproximación desde las ciencias sociales atendiendo a las formas en que las instituciones del Estado –con sus agentes, dispositivos, saberes y prácticas, y en contextos histórico-políticos específicos– establecen mecanismos de articulación entre la atención de la salud y el control que se ejercen diferencialmente con respecto a algunos conjuntos sociales particulares, en este caso mujeres con padecimientos psíquicos.

Partimos de la definición de Bourdieu, para entender que un campo supone espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y reglas de funcionamiento propias y se define fundamentalmente precisando lo que está en juego y los intereses específicos del mismo, que son irreductibles a los intereses de otros campos^{1 2 3}. Planteamos así que, entendida como campo específico, la salud mental en Argentina se encuentra actualmente en una situación difusa dado que luego de la sanción en 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) coexisten diversos modelos de atención, a la vez que se observa una amplia distancia entre aquello que se impulsa a nivel de los saberes y enunciaciones por parte de funcionarios públicos, y lo que se traduce en transformación de las prácticas. El núcleo de lo que está en juego en el campo de la salud mental, se manifiesta en la coexistencia de dos modelos de atención antagónicos en disputa entre actores sociales y disciplinas en torno a sus competencias respecto de las concepciones y prácticas con respecto a los usuarios de servicios de salud mental: el modelo *manicomial-asilar*, con vigencia por más de un siglo en nuestro país, y el de *salud mental comunitaria*, que se afianza desde la sanción de la Ley 26.657. Ambas formas de atención encuentran sus nodos de contraste en los siguientes aspectos fundamentales:

¹ Bourdieu, Pierre; *Cosas dichas*; Buenos Aires; Gedisa; 1988.

² Bourdieu, Pierre; “Estrategias de reproducción y modos de dominación”. *Colección Pedagogía Universitaria*, núm. 37-38, enero/junio-julio/diciembre, 1-21; 2002.

³ Gutiérrez, Alicia; *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Posadas-Córdoba; UNAM-UNC; 1997.

la concepción jurídica del sujeto, saberes y prácticas y modelos pertinentes para su abordaje, y las conceptualizaciones en torno al campo de la salud mental⁴.

Así, el modelo manicomial-asilar postula la centralidad y hegemonía del saber médico psiquiátrico, en articulación con el hospital psiquiátrico como dispositivo fundamental, con el consecuente relegamiento de otras disciplinas del campo y en combinación con la preeminencia del tratamiento psicofarmacológico por sobre otras terapéuticas para los sujetos con “enfermedad mental o trastornos mentales”. La consecuencia central de este modelo ha sido la supresión de una porción de la sociedad mediante producción de su cronificación como respuesta al contexto institucional^{5 6} y su segregación del espacio social mediante prácticas de encierro debido a la supuesta existencia de “peligrosidad”^{7 8}.

La noción de individuo peligroso, sustento del modelo manicomial-asilar, se constituyó hace más de un siglo y perdura en el foco de las interacciones entre la función del hospital psiquiátrico y el ámbito judicial (Foucault, 2000). Como consecuencia de ello, en el contexto previo a la sanción de la Ley 26.657 la peligrosidad constituirá el criterio fundante para la definición de las internaciones basadas en la disposición judicial de internación en Argentina.

En neta contraposición a este modelo, el marco normativo nacional en vigencia dado por la Ley N°26.657⁹, postula el reconocimiento de las personas con “padecimientos psíquicos” como sujetos de pleno derecho (arts. 3 y 7), la centralidad de la conformación interdisciplinaria del equipo de salud mental (arts. 8 y 13), la diversidad de dispositivos con eje en los abordajes comunitarios (art. 9), en el cual el recurso a la internación es restringido a sólo en caso de “riesgo cierto e inminente” y cuando se agotaron todas las modalidades alternativas de abordaje menos restrictivas (arts. 14, 15 y 16). Como sabemos, la sanción de una ley no es condición suficiente para su traducción en políticas públicas y la instauración de cambios efectivos en acciones¹⁰, y si bien se han producido avances en contextos provinciales y locales, la heterogeneidad en las formas de atención es lo que aún predomina en el campo de la salud mental en Argentina.

⁴ Faraone, Silvia; “Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones”; *Salud Mental y Comunidad*, 3 (3), 29-40; Universidad Nacional de Lanús; Lanús; 2013.

⁵ Goffman, Irving; *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7° reimpresión); Buenos Aires; Amorrortu; 1970.

⁶ Rosenhan, David; “Acerca de estar sano en un medio enfermo”; En Watzlawick (comp.) *La realidad inventada*; Barcelona; Gedisa; 99-120; 1973.

⁷ Foucault, Michel; *La vida de los hombres infames*; Buenos Aires; Altamira; 1996.

⁸ Foucault, Michel; *Los anormales*; Buenos Aires; Fondo de Cultura Económica; 2000.

⁹ Ley Nacional de Salud Mental

¹⁰ Faraone, Silvia “El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción”. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2(4); 2012. Disponible en http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/08_Faraone.pdf [consulta, abril de 2019].

Partimos del cuestionamiento de las experiencias vinculadas a procesos de deshospitalización que los comprenden como una mera política de externamientos; estos implican una simple reducción de camas y costos¹¹ que desembocan en abandono, desasistencia y transinstitucionalización. Ubicamos, en cambio, el eje analítico en la acepción de la des/institucionalización, como expresión con barra, entendiéndola como revisión crítica de la institución manicomial que conlleva la promoción de su desmontaje para construir alternativas de cuidado y atención por fuera de sus muros, particularmente potenciando dispositivos sociocomunitarios¹².

Entendemos que adoptar una mirada crítica acerca de las relaciones entre salud mental, género y violencia implica también posicionarnos desde un enfoque que desafíe los modos convencionales de aproximación a los alcances del Estado; asimismo, que postule reconocer la concepción positiva de las tecnologías del poder, en sus formas múltiples y locales de sujeción, con sus especificidades históricas y geográficas, antes que bajo una concepción jurídica y negativa¹³.

En el presente trabajo postulamos que, las relaciones entre salud mental, violencia y género conforman un triángulo de articulaciones capaces de desempeñarse como “catalizador”, en analogía con el concepto proveniente del ámbito de la química que refiere al aumento de la velocidad de una reacción, del contraste entre los dos modelos de atención enunciados. En particular, señalamos que bajo el modelo manicomial-asilar, las relaciones entre género y violencia expresan una situación paradójica: se ven potenciadas, a la vez que oscurecidas. En cambio, bajo la perspectiva del modelo de salud mental comunitaria, estas relaciones se ven explicitadas y puestas en cuestión como resultado de una aproximación con horizonte interdisciplinar.

Desde un punto de vista metodológico, la investigación que da origen al presente texto se encuadra en un enfoque de tipo etnográfico, en tanto conlleva una aproximación al campo de estudio por medio de una combinación de técnicas –como observación participante y entrevistas– a los puntos de vista de los conjuntos sociales relevantes a la problemática considerada. Así, el proceso de producción de conocimiento tiene como característica central la relación que establecen los investigadores con otros sujetos en el campo. A la vez, el trabajo pretende emplazarse en el encuadre de una “etnografía crítica” que enfatiza en la inscripción de la cultura representada en el marco de coordenadas mayores definidas por un contexto histórico, político, económico social y simbólico, que se contrapone con las

¹¹ Rotelli, Franco; De Leonardis, Ota y Mauri, Diana; “Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los ‘países avanzados’)”; *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 7 (21), 165-187; 1987.

¹² Faraone, Silvia; “Reformas estructurales, contexto nacional y proceso de transformación en el campo de la salud mental”. En Faraone, S. (coord.). *Determinantes de la salud mental en ciencias sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657*. Buenos Aires; 2015.

¹³ Foucault, Michel; “Las mallas del poder”; En *Estética, ética y hermenéutica*; Vol. III; Barcelona; Paidós; 1999.

aproximaciones tradicionales de la etnografía¹⁴. El trabajo se basa en un enfoque de tipo cualitativo y se funda en una serie de instancias de observación participante y un conjunto de entrevistas en profundidad efectuadas a los diversos profesionales integrantes del equipo de salud mental –médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales con diversos roles y grado formativo– del servicio de guardia de un hospital psiquiátrico perteneciente al sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires.

El trabajo se nutre de los aportes de la perspectiva del curso de vida y recupera en particular la noción de trayectoria de vida entendiendo que ella refiere a las formas en que se desenvuelven en el tiempo las intersecciones entre la dimensión biográfica personal y el orden social a partir de la reconstrucción de una secuencia de nodos vitales significantes focalizados en torno a una problemática bajo consideración. De este modo, “el reconocimiento del flujo de las trayectorias de vida posibilita un mejor entendimiento del orden social; el análisis de las interconexiones entre las distintas etapas y el peso eventual de determinados sucesos, permite ampliar la reflexión acerca de la forma en que el curso de la vida de los sujetos es afectado y afecta las estructuras sociales en que se encuentran inmersos”¹⁵. Así, el concepto de trayectoria de vida surge como estrategia teórico-metodológica pertinente, reconociéndose, en el marco particular de este trabajo, su relevancia para la reconstrucción y análisis del derrotero de vida de mujeres en camino de una internación en salud mental.

En todas las oportunidades los datos personales de los profesionales de salud entrevistados, así como de los sujetos con padecimiento psíquico y de sus allegados, fueron preservados mediante el uso de pseudónimos. Para todas las instancias (entrevistas individuales e instancias colectivas, como los ateneos) el carácter voluntario y confidencial se plasmó en un consentimiento informado expreso y firmado.

Los últimos datos sistematizados respecto de la situación general de las personas internadas en provincia de Buenos Aires en hospitales psiquiátricos para fines de 2017, indican un total aproximado de 2.000 personas internadas en el conjunto de hospitales. Para esa fecha, en el hospital psiquiátrico considerado como base para este trabajo había cerca de 217 mujeres, promedio de 25 años de encierro, de un total de 500 pacientes internados¹⁶ (*Infobae*, 2018).

¹⁴ Ghasarian, Christian; “Por los caminos de la etnografía reflexiva”; En Ghasarian, C.; Abélès, M.; Bellier I. y otros. *De la etnografía a la antropología reflexiva*; Buenos Aires; Del Sol; 2008.

¹⁵ Sepúlveda Valenzuela, Leandro “Las trayectorias de vida y el análisis del curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación en ciencias sociales”. *Revista Perspectivas*, 21:29; 2010.

¹⁶ Infobae; “Las fotos que muestran las graves condiciones de vida en el hospital psiquiátrico Melchor Romero”; 6 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.infobae.com/sociedad/2018/05/06/las-fotos-que-muestran-las-graves-condiciones-en-el-hospital-psiquiatrico-melchor-romero/> [consulta, abril de 2019].

La internación en salud mental: antes y después de la ley 26.657

Tal como se planteó, la sanción de la Ley 26.657 introdujo una ruptura en el ordenamiento jurídico. Hasta entonces prevalecía el modelo asilar basado en un marco normativo que sólo regulaba la internación: arts. 141 a 148 del Código Civil y art. 482 del Código Penal y Ley N° 7.962/72 en referencia a los casos de internación en los que mediaba una intervención policial¹⁷. En ese contexto, se subsumían las decisiones terapéuticas a las judiciales en base a una concepción de la enfermedad y/o el trastorno psíquico que respondía a una historia legitimada en el poder del psiquiatra y los operadores judiciales para declarar la alienación y sentenciar la pérdida de libertad del sujeto debido a una supuesta peligrosidad¹⁸. Más aún, los mecanismos por medio de los cuales se decidía una internación, si bien podían responder formalmente a las exigencias de los marcos legales, regulatorios y técnicos vigentes, reflejaban una amplia variedad de comportamientos capaces de socavar las finalidades terapéuticas de las internaciones mismas y contradecir el marco legal internacional que obtuvo jerarquía constitucional en Argentina en 1994 en el marco de la Reforma Constitucional¹⁹.

Por otro lado, tal como plantea A. Kraut²⁰, las relaciones interinstitucionales que tuvieron lugar antes de 2010 entre el ámbito de salud y del poder judicial no fueron necesariamente consensuales, sino que comprendieron tensiones y terrenos en disputa sobre las competencias disciplinarias; por ejemplo, sobre la pertinencia de una internación y sobre la definición del establecimiento correspondiente para efectuar una derivación.

El paradigma que introdujo la Ley 26.657 establece que, en resguardo del sujeto con padecimiento psíquico y de las violaciones registradas en las instituciones psiquiátricas²¹ (CELS-MDRI, 2008), la internación se puede dar sólo en función de criterios terapéuticos establecidos por un equipo interdisciplinario y mediando un consentimiento informado de la persona o del representante legal, cuando corresponda. Además, claramente distingue entre internaciones voluntarias e involuntarias. En las primeras, la persona internada bajo su consentimiento tiene el derecho, en cualquier momento, de abandonar la internación, lo que garantiza su libertad. En el caso en que una internación voluntaria se prolongue por más de sesenta días corridos, el equipo de salud debe comunicarlo al órgano de revisión (creado por la misma norma) y al juez (art.18 y 19, Ley N°26.657). Sólo en el caso en que el equipo

¹⁷ Kraut, Alfredo; “Las personas con sufrimiento mental ante la ley y los derechos”; en *Derechos humanos en Argentina. Informe 2004*; Buenos Aires; CELS-Siglo XXI; 2004. Disponible en: <https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2004/12/IA2004.pdf> [consulta, marzo de 2019].

¹⁸ Galende, Emiliano; “Los fundamentos de Salud Mental”; *Psicofármacos y Salud Mental*; Buenos Aires; Lugar; 2008.

¹⁹ Valero, Ana Silvia; “Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica”; *Clepios. Una revista de residentes de salud mental*; 40 (2), 52-56; 2008.

²⁰ Kraut, Alfredo; *Responsabilidad civil de los psiquiatras en el contexto de la práctica médica*; Buenos Aires; La Rocca; 1998.

²¹ CELS-MDRI; *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos de la Argentina*; Buenos Aires; Siglo XXI; 2008.

tratante establezca que media una situación de “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros” para el sujeto, este puede ser internado en forma involuntaria; sin embargo, la norma establece garantías de protección que evita la violación de derechos. La norma exige, en estos casos, la notificación obligatoria, en un plazo de diez horas, al juez competente y al Órgano de Revisión. Además, incluye el derecho de designar un abogado para su defensa y, si no lo hiciera, obliga al Estado a proporcionarle uno (desde el momento mismo en que se produce la internación) (arts. 20 a 26, Ley N°26.657).

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

Salud, género y violencia: coordenadas conceptuales

Proponemos a continuación un breve recorrido conceptual en torno a las categorías de violencia y de género y sus articulaciones con el proceso salud-enfermedad-atención en el marco de una perspectiva sociohistórica.

En particular la temática de los géneros en plural, es resultante de un proceso que, contando con antecedentes previos, cobra impulso en la década de 1960 y dos decenios más tarde adopta nuevas expresiones y alcances mediante propuestas que promovieron la revisión crítica del sistema que asociaba, en correspondencia lineal, las diferencias de género a diferencias sexuales binarias, así como el reconocimiento de la historicidad e imbricación del género con las relaciones de poder²² ²³. Tal modelo binario constituyó el foco de la revisión crítica de una vinculación generalizada de las mujeres a una faceta reproductiva en estrecha asociación con el ámbito doméstico como dominio diferenciado, y con funciones derivadas, ligadas a la crianza de hijos y a las tareas del hogar, en contraste con el rol del hombre como productor y ligado con el ámbito extradoméstico. Dicha generalización constituyó la matriz de la división genérica del trabajo durante un extenso período y una de las bases a partir de la cual se configuró un supuesto “modelo ideal de familia” promovido en el contexto del capitalismo industrial²⁴. Ya en la última década del siglo pasado, los debates conceptuales en la temática se vieron

²² Scott, Joan W.; “Gender: a useful category for historical analysis”; *American Historical Review*; 91 (5), 1053-1075; 1986.

²³ Stolke, Verena; “Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres”; en Prat, J. y Martínez, A. (eds.); *Ensayos de antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*; Barcelona; Ariel; 335-344; 1996.

²⁴ Lamas, Marta; “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género”; *Papeles de Población*, 5 (21), 147-178; 1999.

potenciados tanto en la producción académica de la antropología, la sociología y otras ciencias sociales, como en el marco de movimientos sociales vinculados a denuncias de diversas formas de abuso y desigualdad en particular en perjuicio de mujeres y de diversas identidades de género trans²⁵. Si bien los supuestos asociados al binarismo son actualmente sometidos a revisión desde múltiples sectores, incluido el ámbito académico, su vigencia se extiende, aunque de modo más parcelario, hasta el presente.

En referencia al concepto de violencia, en la década de 1990, Kleinman, Das y Lock plantearon que los análisis en torno al mismo remiten al sufrimiento social entendiendo a este como el resultado de los daños devastadores que la fuerza social infringe sobre la experiencia humana. El sufrimiento es, en consecuencia, el efecto de la violencia que los órdenes sociales imprimen en la sociedad²⁶. Desde el punto de vista teórico-conceptual, algunos autores también han señalado su carácter resbaladizo, su evasividad e inasibilidad, rasgos en los que se fundan las dificultades de elaborar una clasificación que subsuma bajo un criterio unívoco diversas formas de violencia²⁷.

En especial referencia a su relación con la temática aquí expuesta, se plantea que la violencia de género como categoría específica conlleva el riesgo de oscurecer la amplitud en la cual el género opera a lo largo de todas las formas de violencia²⁸. En consecuencia, en el marco del presente trabajo, planteamos que la violencia constituye un concepto puente capaz de encarnar múltiples referentes analíticos en combinación –como género, edad, religión, clase social, nacionalidad, etnia, estatus jurídico, situación de salud-enfermedad–, que se presenta en capas que, reflejando las contradicciones emergentes de la estructura social, van desde de las microviolencias hasta la expresión de sus consecuencias a escala global.

Tal como se señaló, el modelo manicomial-asilar, con vigencia aún dominante en nuestro país, priorizó en su variante institucional el recurso a la internación como modalidad de atención. Ello tuvo dos consecuencias en interrelación: por un lado, implicó la puesta en marcha de un mecanismo de modelamiento social que se expresó a través de la exclusión y el control social duro sobre el segmento específico de población constituido por sujetos con padecimiento psíquico; de manera simultánea, desde el punto de vista jurídico, implicó también el cercenamiento y la violación de derechos de dicho conjunto. Estos rasgos condujeron a un cuadro de violencia institucional inherente a la hospitalización

²⁵ Butler, Judith; *Deshacer el género*; Barcelona; Paidós; 2006.

²⁶ Kleinman, Arthur; Das, Veena; Lock, Margaret; “Introduction”; *Daedalus*; 125(1), XI-XX; 1996. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/20027350> [consulta marzo 2019].

²⁷ Scheper Hughes, Nancy; Bourgois, Philippe; “Introduction: making sense of violence”; *Violence in war and peace. An Anthology*. Australia; Blackwell Publishing; 2004.

²⁸ Idem.

psiquiátrica que fue descrita desde mediados del siglo XX como problemática común a múltiples países^{29 30 31 32}. Es decir que, en razón de su permanencia y naturalización, la institución psiquiátrica se constituyó en germen, reproductor y potenciador de la violencia institucional^{33 34 35}.

A la vez, en relación a las articulaciones entre violencia, género y salud mental, el estudio de base cuantitativa efectuado en 2001 en Estados Unidos por Goodman et al.³⁶ señala un porcentaje próximo al 50% de mujeres con enfermedades mentales severas que experimentaron durante su infancia abusos sexuales, en comparación con la menor proporción en hombres, muy cercana al 30%. Se postula con ello el carácter dinámico y multidireccional de las articulaciones bajo consideración.

En particular, una propuesta que continúa siendo una base fértil desde un punto de vista teórico conceptual para el abordaje de la problemática analizada, es la perspectiva de la medicina social latinoamericana iniciada en la década de 1970^{37 38}. Esta perspectiva introduce desde el inicio una ruptura epistemológica con respecto a los abordajes biomédicos y su relevancia reside en la capacidad destacar el carácter social de la enfermedad para vincular las categorías en juego sin dissociar los aspectos biológicos de los aspectos sociales que condicionan la salud y el enfermar de los conjuntos sociales. Así, este abordaje permite reconocer las articulaciones entre género y violencia en el contexto del proceso salud-enfermedad atendiendo a la vez a la centralidad de la participación diferencial de los conjuntos sociales que integran el entramado social. En particular, la noción de proceso salud-enfermedad-atención propuesta por Menéndez³⁹ plantea que “constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos

²⁹ Goffman, Irving; *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (7° reimpresión); Buenos Aires; Amorrortu; 2001.

³⁰ Basaglia, Franco; “La institucionalización psiquiátrica de la violencia”; En AA.VV. *Razón, locura y sociedad*; México; Siglo XXI; 1999.

³¹ Basaglia, Franco.; *La condena de ser loco y pobre*; Buenos Aires; Topia; 2008.

³² Delgado, Pedro Gabriel; “Violencia y saúde mentale: os termos do debate”; *O Social em Questão*; XV(28); 187-198; 2012.

³³ Izaguirre, Inés; “El poder en proceso: la violencia que no se ve”; En Sader, E. (comp.) *Democracia sin exclusiones ni excluidos*; Caracas; Nueva Sociedad; 1998.

³⁴ Valero, Ana; “Violencia institucional y modelos de formación profesional en las decisiones de internación psiquiátrica”; *Clepios. Una revista de residentes de salud mental*; 40 (2), 52-56; 2008.

³⁵ Valero, A. S. y Faraone, S.; “Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de desinstitucionalización del corralito”; En Faraone, S. y Valero, A. (coords.) *Dilemas en Salud Mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*; Buenos Aires; Ediciones Madres de Plaza de Mayo; 2013.

³⁶ Goodman, Lisa et al.; “Recent Victimization in Women and Men With Severe Mental Illness: Prevalence and Correlates”; *Journal of Traumatic Stress*; 14 (4): 615-632; 2001.

³⁷ Laurell, Asa Cristina; “El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina”; *Cuadernos Médico Sociales*; 37, 3-18; 1986.

³⁸ Iriart, Celia, Waitzkin, H., Breilh, J. y otros; “Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos”; *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health*; 12(2), 128-136; 2002. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n2/11619.pdf> [consulta, abril de 2019].

³⁹ Menéndez, Eduardo; “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”; *Alteridades*; 4 (7), 71-83; 1994.

sociales estratificados que la integran” (Menéndez, 1994: 71) y enfatiza el modo socialmente diferenciado en que opera el carácter universal del fenómeno.

En convergencia con el sentido expuesto desde la perspectiva de Medicina Social Latinoamericana y la propuesta de Menéndez (1994, 2009), suscribimos la necesidad de construir perspectivas que incorporen las condiciones de vida, abarcando los procesos de trabajo, en una aproximación integradora capaz de dar cuenta del modo en que ellas se relacionan críticamente con la salud y la enfermedad (Laurell, 1982; 1986; Iriart, Waitzkin, Breilh y otros, 2002; Breilh, 2013).

En referencia particular al campo de la salud mental, esta relación entre las condiciones de vida y la salud y enfermedad resulta especialmente interdependiente. Siguiendo el planteo de Augsburger (2002), ello se expresa en que las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de incubación de situaciones críticas que pueden contribuir a la generación de padecimiento psíquico.

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

“Salir del humo”: un entramado de género y violencia

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

Tiempo después y durante ocho años formó pareja con Oscar, con quien tuvo dos hijos. Al separarse de Oscar, formó pareja con Ernesto, con quien tuvo tres hijos. Ernesto se desempeñaba como empleado municipal y percibía su sueldo en forma irregular, a lo largo del mes.

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

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

En 2003 Ernesto expuso en los Tribunales de Familia la problemática que afectaba a su familia; como consecuencia de ello, se pautó una entrevista con Marcela que sin embargo, no logró concretarse luego de tres intentos fallidos por falta de móvil policial para facilitar su traslado al Tribunal. Mientras, sus cuatro hijos mayores asistían a un comedor comunitario, donde la asistente social comenzó a observar en ellos problemas de nutrición, efectuando como consecuencia de ello, una denuncia ante un Tribunal de Menores, que resolvió que los niños fueran alojados en hogares de menores. El menor de los cinco, que era un bebé de seis meses, quedó internado en el hospital regional por un cuadro de desnutrición. El mismo día en que los mayores fueron llevados a hogares de menores, Marcela manifestó un nuevo episodio de crisis. No obstante ello, en ninguno de los informes elaborados por el Tribunal de Familia se efectuó una descripción detallada de la complejidad de la situación del grupo familiar que incluyera sus dificultades económicas, el entramado de violencia familiar resultante de la situación de abuso sexual reiterado por parte del padre de Marcela. Se emitió en cambio una orden judicial de internación “bajo apercibimiento penal”. Este era uno de los formatos que adoptaban los tribunales antes de la sanción de la Ley 26.657. El apercibimiento constituía una amenaza ante el incumplimiento por parte de los profesionales evaluadores pertenecientes a dispositivos de salud mental que eventualmente rechazaran la aplicación de la orden judicial con base en su propio criterio profesional.

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

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

“Salir del humo” es la expresión utilizada por Ernesto, pareja de Marcela, para referir al complejo entrelazamiento entre la situación de salud de ella y sus condiciones de vida.

Internación, padecimientos psíquicos y trayectoria de vida de las mujeres en contextos en transición
La trayectoria de vida de Marcela en el curso hacia la internación en un hospital psiquiátrico, muestra ensambles entre género y salud mental, y su atravesamiento por la violencia en sus múltiples capas. Los itinerarios terapéuticos seguidos ubican al hospital psiquiátrico como el lugar de llegada para un conjunto de mujeres con padecimientos psíquicos y de escasos recursos económicos en los que, como en el caso de Marcela, la internación emerge como una construcción (desde múltiples actores) vinculada a una única salida posible. En su derrotero, la decisión de internación, con intervención de un agente o un dispositivo estatal, introdujo un quiebre en su proyecto vital.

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

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

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

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

Desde las instancias judiciales se refuerza el rol genérico de la madre, fundada en un forzado argumento de naturaleza biológica en asociación a una concepción universalizante que asigna las

responsabilidades reproductivas y de cuidado y crianza de los hijos como funciones naturales y exclusivas de la mujer-madre.

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

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

Reflexiones finales

Los procesos transformadores en salud mental en Argentina orientados al cumplimiento de la Ley 26.657 implican la construcción de un escenario que garantice los derechos de los sujetos con padecimiento psíquico. En particular en la provincia de Buenos Aires hay un amplio camino por recorrer. Las continuidades respecto del modelo manicomial-asilar aún desafían los saberes y prácticas en la transición que se encuentra en marcha.

La historia de Marcela, que se repite cotidianamente al interior de la institución manicomial, nos obliga a pensar el ensamble entre salud mental, género y violencia. Se torna necesario desandar esta tríada conceptual para profundizar un proceso sociocultural transformador que comprometa tanto a los agentes profesionales de las instituciones intervinientes del Estado –operadores judiciales e integrantes de los equipos de salud mental– como a las concepciones de los conjuntos sociales con los cuales se vinculan los sujetos con padecimiento psíquico.

En el caso de las mujeres, la dinámica de expulsión se apoya en concepciones binarias y estereotipadas con respecto al género y las expectativas en torno al rol femenino que son puestas en juego tanto por los profesionales de las instituciones intervinientes como por los conjuntos de allegados en concordancia con una noción de familia descontextualizada desde el punto de vista sociohistórico.

En el campo de la salud mental actual, dada la coexistencia de modelos de atención contrastantes en términos de la protección de los derechos con padecimiento psíquico, la violencia inherente al modelo manicomial asilar persiste junto con la violencia invisibilizada de relaciones de género reproductoras de relaciones desiguales. Así, en el caso particular de las mujeres que transitan el camino hacia una internación por motivos de salud mental, la tensión omnipresente entre los modelos de atención, las

sitúa en un callejón sin salida que refuerza el entramado de los condicionantes de género y violencia que dieron marco al inicio del proceso conducente a la internación.

La etnografía, como modo de producción de conocimiento, constituye una vía para conocer los matices, contradicciones y paradojas que se presentan en el proceso de transformación considerado. Permite así identificar y analizar los preconceptos, los modos de hacer y pensar de todos los conjuntos participantes, así como reconocer las tensiones presentes en las instancias de atención y cuidado que establece la Ley 26.657 y que sellan su impronta en las trayectorias de vida de las mujeres que transitan su paso hacia la internación. En el caso de la narración aquí presentada, la internación psiquiátrica, lejos de constituirse como una instancia cuidadora, se transforma en un derrotero final que sólo tiene sentido como control social, transparentando rupturas de lazos sociales y generando violaciones a los derechos establecidos en el marco normativo en vigencia.