



DESMANICOMIALIZAR LOS SENTIDOS

Análisis del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” en el Hospital Interzonal José A. Esteves desde un enfoque de género

Autora: Milagros Mercedes Mon

**Directora: Dra. Mónica Petracci
Co – Directora: Lic. Milagros Oberti**

Maestría en Género, Sociedad y Políticas

Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP)

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

-Argentina, 2024-

INDICE

RESUMEN	3
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCIÓN	5
1. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA	6
1.1. Justificación de la relevancia del problema	6
1.2. Formulación del problema de investigación	7
1.3. Objetivo general	7
1.4. Objetivos específicos	7
1.5. Hipótesis general	7
1.6. Hipótesis específicas	8
2. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS	9
2.1. Construcción del instrumento	9
2.2. Criterios de construcción de la muestra	9
2.3. Experiencia del trabajo de campo	10
2.4. Conformación final de la muestra	11
2.5. Consideraciones éticas	11
3. MIRADAS TEÓRICAS DEL PROBLEMA	12
3.1. El campo de la salud mental	12
3.1.1. Modelo manicomial	14
3.1.2. Modelo desmanicomializador	15
3.2. Salud mental: Una mirada desde la comunicación	17
3.3. Salud mental: Una mirada desde el género	18
3.4. Salud mental: Una mirada desde las políticas públicas	23
4. ANTECEDENTES	26
5. LA PROBLEMÁTICA Y SU CONTEXTO	28
5.1. La salud mental en clave histórica	28
5.2. Panorama argentino	31
5.2.1. El surgimiento del manicomio en Argentina y la creación del Hospital Interzonal José A. Esteves	31
5.2.2. Avances y retrocesos en el campo durante la segunda mitad del siglo XX	33
5.2.3. Advenimiento democrático y experiencias transformadoras	33
5.2.4. Década del noventa: políticas neoliberales y normativas internacionales	35

5.2.5. Ley Nacional 26.657 “Derecho a la protección de la Salud Mental”	36
5.3. Panorama provincial. Programa “Buenos Aires libre de manicomios”	37
5.3.1. Hospital Interzonal José A. Esteves	39
6. ANÁLISIS	44
6.1. Programa “Buenos Aires libre de manicomios”: la mirada de los trabajadores	44
6.2. La práctica profesional: legitimidad del modelo desmanicomializador	51
6.3. Acompañar procesos de externación: estrategias y expectativas	57
6.4. El género como determinante social del padecimiento	62
7. REFLEXIONES FINALES	70
7.1. Principales hallazgos	70
7.2. Propuesta de nuevas líneas de análisis	74
7.3 Comunicación para la desmanicomialización	76
REFERENCIAS	77
ANEXO 1 - Guía de Pautas	88
ANEXO 2 - Características de la muestra definitiva	90

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es indagar los desfases entre las concepciones de padecimiento subjetivo y género vigentes en la formulación e implementación de políticas y programas de salud mental. Se busca analizar los sentidos sociales sobre el padecimiento subjetivo y el género de trabajadores profesionales que se encuentran acompañando procesos de externación en el Hospital Interzonal José A. Esteves en el marco del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” en el periodo enero 2020-abril 2024.

El estudio aborda un análisis situado en el Hospital Esteves Interzonal José A. Esteves. El diseño teórico-metodológico es cualitativo y la técnica de relevamiento es la entrevista en profundidad. El proceso analítico-interpretativo se desarrolla desde las ciencias de la comunicación y el enfoque de género.

Como consideraciones finales destacan que los sentidos y significados que los trabajadores profesionales atribuyen a sus prácticas y a su rol en los procesos de externación se vinculan con una perspectiva integral de la salud mental, sin embargo, el género en tanto determinante social del padecimiento subjetivo no es incorporado en la planificación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” ni en las estrategias de externación que los trabajadores profesionales llevan adelante.

Palabras clave: salud mental, comunicación, género, políticas públicas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi equipo de dirección de Tesis por un acompañamiento que supo incorporar rigurosidad y amorosidad en iguales proporciones. A mi directora Mónica Petracci por guiarme con muchísima generosidad, alentarme a hacer esta Maestría, por su confianza en mí y por la apertura constante a nuevos espacios de aprendizaje y formación. A mi co-directora Milagros Oberti por la escucha, la conversación y el aguante en cada paso, por la invitación a espacios de discusión, y por animarme a construir desde la militancia y el afecto. Sinceramente las dos fueron un acompañamiento soñado.

Agradezco al equipo de PRIGEPP de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, a les docentes y tutores por los grandes aprendizajes que me llevo de este recorrido, y a les compañeres por ser sostén durante todo el trayecto.

Agradezco también a las autoridades del Hospital Interzonal José A. Esteves por su predisposición para que pueda desarrollar allí mi investigación, a la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital por ayudarme en el proceso, y principalmente a todes les profesionales que dedicaron su tiempo para conversar conmigo y que día a día ponen su energía para garantizar el derecho a la salud de todes.

Por último, quiero agradecer a las mujeres de mi familia, porque pude entender que escribí este trabajo para comprender a mi abuela Irma, transformar la realidad de mi tía Nancy, abrazar a mi mamá Laura e intentar construir otro mundo, uno donde quepan muchos mundos, para mi hermana Pilar.

INTRODUCCIÓN

Esta Tesis constituye la instancia final de la Maestría en Género, Sociedad y Políticas del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP) de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Tiene por objetivo analizar los sentidos sociales sobre el padecimiento subjetivo y el género de trabajadores profesionales que se encuentran acompañando procesos de externación en el Hospital Interzonal José A. Esteves en el marco del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (Resolución 2.805/2020) en el periodo enero 2020-abril 2024.

El Programa “Buenos Aires libre de manicomios” fue creado en el año 2020 bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género, con el objetivo de dar impulso a los procesos de externación de usuarios internados en los manicomios públicos de la Provincia de Buenos Aires (PBA), al amparo de los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 (LNSM), la cual define a la salud mental desde una perspectiva integral (art. 3), considera a las personas con padecimientos mentales como sujetos de derecho (art. 1), prohíbe la creación de instituciones monovalentes y sostiene que los manicomios existentes deben adaptarse hasta su sustitución definitiva (art. 27).

A partir de la premisa de que toda política pública reproduce o transforma el orden de género existente, esta investigación busca conocer si existen desfasajes entre los supuestos integrales en la concepción de salud mental del Programa y el orden de género que construye, entendiendo que no se trata de buscar ajustes ideales entre la concepción integral de salud mental y los sentidos y significados asociados al género, sino abordar el análisis de su implementación en el Hospital Interzonal José A. Esteves (Hospital Esteves) a partir de la vigilancia epistemológica y procesual que la adopción de la perspectiva de género supone. Para esto, desde los aportes de las ciencias de la comunicación, me propuse analizar las percepciones que los trabajadores tienen sobre el Programa “Buenos Aires libre de manicomios” y el modo en que los sentidos sociales sobre el género y el padecimiento subjetivo se presentan en las reflexiones sobre sus prácticas.

El trabajo está organizado en siete capítulos: 1. “Construcción del problema”; 2. “Lineamientos metodológicos”; 3. “Miradas teóricas del problema”; 4. “Antecedentes”; 5. “La problemática y su contexto”; 6. “Análisis”; y 7. “Reflexiones finales”.

1. CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Justificación de la relevancia del problema

Los motivos que justifican la importancia del problema abordado en esta investigación implican dimensiones socio-históricas, teóricas y afectivas. En relación con la relevancia socio-histórica, es pertinente atender, por un lado, al lugar destacado que los organismos internacionales brindan a la salud mental, especialmente a partir de la pandemia de Covid-19 que generó una crisis mundial de la salud mental, afectando mayormente a mujeres y jóvenes (OMS, 2022). El mismo organismo señaló que la mayor visibilización de la problemática no se traduce en respuestas adecuadas por parte de los Estados. Por otro lado, en Argentina, la sanción de la LNSM (2010) representó un importante hito para el campo, que aún presenta desafíos para su implementación. Las políticas públicas orientadas a tal fin requieren sistematización, evaluación y análisis que permitan conocer si el género en tanto determinante social de la salud es contemplado y si persisten perspectivas patologizantes y estigmatizantes en el abordaje de la salud mental.

En cuanto a la dimensión teórica, es posible advertir que la articulación Comunicación y Salud Mental presenta una vacancia en el campo de los estudios sociales en salud mental (Oberti, 2023), y que puede contribuir tanto al campo de estudios en Comunicación y Salud, como a la implementación de políticas públicas en salud mental. Las experiencias transformadoras del campo de la salud mental demuestran que la desmanicomialización no solo requiere recursos, sino también transformaciones en las prácticas, y los sentidos y significaciones que las atraviesan (Cohen y Natella, 2013).

A la relevancia socio-histórica de la problemática, y su vacancia académica desde las coordenadas teóricas propuestas, se suma la dimensión afectiva que todo acto de investigación-indagación supone, aquel que *tramoya*¹ interrogantes desde "la puerta de atrás", de los sentimientos, las experiencias, lo intuitivo y afectivo como coordenadas para la construcción de conocimiento. En este caso, el tema reviste interés porque conjuga una serie de preguntas que insisten en mi trayectoria vital y académica, preguntas que rondan lo manicomial, la locura y el capacitismo, y dialogan con una genealogía familiar de mujeres locas e institucionalizadas, con la militancia en el Hospital Borda y la experiencia personal-corporal del padecimiento. Desde esa *trama*, también, se construyen el problema y las preguntas de esta investigación.

¹ Tomo el término del juego de palabras que propone María Lugones (2021) entre trama/tramar/ tramoyar. Este último definido como "confección astuta que saca ventaja de las prendas que le proporcionan las expectativas ordinarias" (p. 338).

1.2. Formulación del problema de investigación

La investigación problematiza los desfases entre las concepciones de padecimiento subjetivo y género vigentes en la formulación e implementación de políticas públicas y programas de salud mental. Específicamente los desfases entre los supuestos integrales en la concepción de la salud mental del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” y los estereotipos de género emergentes en la implementación de los procesos de externación de personas usuarias.

1.3. Objetivo general

Analizar los sentidos sociales sobre el padecimiento subjetivo y el género de los trabajadores profesionales de tres servicios del Hospital Interzonal José A. Esteves, en el marco del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, y su impacto en la implementación de la política pública en el período enero 2020-abril 2024.

1.4. Objetivos específicos

1. Describir las percepciones de los trabajadores profesionales al respecto del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” en general, y los procesos de externación en particular, con énfasis en sus fortalezas y debilidades.

2. Analizar los significados atribuidos, por parte de los trabajadores profesionales, a su práctica profesional y a su rol en los procesos de externación de las personas usuarias.

3. Describir las estrategias y expectativas de los acompañamientos en los procesos de externación llevadas adelante por parte de los trabajadores profesionales.

4. Analizar el modo en que los estereotipos de género se encuentran presentes en el acompañamiento de los procesos de externación por parte de los trabajadores profesionales.

1.5. Hipótesis general

La hipótesis general de la investigación plantea un movimiento doble. Por un lado, tanto la LNSM como las políticas públicas que se vienen desarrollando en el campo de la salud mental en la PBA desde 2020 mantienen una vinculación estrecha con concepciones integrales del padecimiento subjetivo. Por otro lado, el enfoque de género se institucionalizó al ingresar en planes y programas de salud mental de la PBA. No obstante, las transformaciones provocadas por dichos movimientos no tienen un impacto significativo en el orden de género, y las decisiones de los trabajadores profesionales del campo continúan reproduciendo estereotipos de género. En otros términos, existe actualmente en el campo de la salud mental

un desfase entre las políticas públicas enmarcadas en el modelo desmanicomializador y las políticas públicas con enfoque de género.

1.6. Hipótesis específicas

1. La implementación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” en el Hospital Esteves abre un espacio de tensiones y reordenamientos institucionales, que implica percepciones diferenciales por parte de los trabajadores profesionales del hospital sobre el Programa en general y los procesos de externación en particular.

2. La perspectiva integral de la salud mental, así como la adscripción al modelo desmanicomializador, se presentan en los significados atribuidos por los trabajadores profesionales a su práctica profesional y a su rol en los procesos de externación de las personas usuarias.

3. Los trabajadores profesionales tienen estrategias y expectativas para acompañar procesos de externación de personas usuarias, las que se enmarcan en el modelo desmanicomializador y en los lineamientos de la LNSM.

4. Los estereotipos de género se encuentran presentes en las estrategias de acompañamiento de los procesos de externación por parte de los trabajadores profesionales, dado que el género, en tanto determinante social de la salud, permanece en segundo plano en la implementación del Programa.

2. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

El diseño teórico-metodológico de la investigación es cualitativo por su pertinencia, en primer término, para analizar e interpretar sentidos y significaciones, en este caso del campo de la salud mental, en segundo término, porque los estudios comunicacionales y de género cuentan con profusos antecedentes de investigaciones con este tipo de diseño.

La metodología cualitativa aportó a las distintas etapas de esta investigación: recuperó la perspectiva de los trabajadores profesionales implicados en la puesta en marcha de una política pública como el Programa “Buenos Aires libre de manicomios” (Adissi, 2021), asumió un razonamiento inductivo y un proceso de indagación flexible (Sampieri, 2018) y habilitó el análisis del campo de la salud mental con un fin transformador orientado a la construcción de conocimientos prácticos (Flink, 2015).

La técnica empleada para la construcción de datos fue la entrevista en profundidad, que me permitió acceder a las interpretaciones y experiencias de los trabajadores profesionales en sus propios términos (Marradi *et al.*, 2007). Asimismo, al tratarse de una técnica flexible y dinámica y al realizarse cara a cara, me permitió contemplar dimensiones como la gestualidad, los tonos; como así también la posibilidad de repreguntar cuando era necesario.

2.1. Construcción del instrumento

El instrumento para realizar las entrevistas fue diseñado teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y comprende 20 preguntas abiertas con pautas de profundización ordenadas en los siguientes ejes: 1) Introducción: trayectoria laboral y académica, y trabajo actual; 2) Percepciones sobre el Programa 3) Significados atribuidos a su práctica profesional 4) Estrategias y expectativas en torno a los procesos de externación y; 5) Cierre: proyecciones y expectativas (ver Anexo 1).

2.2. Criterios de construcción de la muestra

Los sujetos de la investigación fueron incluidos en la muestra a partir de los siguientes criterios, definidos en función de los objetivos de la investigación: 1) Ser trabajador profesional del Hospital Interzonal José A. Esteves; 2) Desempeñar sus tareas en algún dispositivo creado o transformado a partir de la implementación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” y; 3) Acompañar procesos de externación de usuaries. La definición de los criterios involucra dos decisiones, en principio no circunscribir el análisis a un solo servicio del hospital, con el objetivo de obtener una perspectiva integral sobre la implementación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, a partir de las diferencias entre los servicios con relación al trabajo realizado, la población con la que trabajan y los cambios generados en

cada uno de ellos. Además, la decisión de no circunscribir el análisis a una sola disciplina, teniendo en cuenta las especificidades del campo salud mental y el abordaje interdisciplinario que el Programa “Buenos Aires libre de manicomios” establece en base a la LNSM.

2.3. Experiencia del trabajo de campo

El primer acercamiento al Hospital Interzonal José A. Esteves se desarrolló a partir del contacto con la Directora asociada, vía correo electrónico en noviembre 2022 y posterior intercambio por WhatsApp, quien me brindó información sobre los cambios que se estaban desarrollando a partir de la implementación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”. En marzo 2023 la Directora asociada me contactó con la Unidad de Docencia e Investigación del hospital, y me reuní con sus representantes a fines de abril 2023 para presentarles el proyecto de investigación.

La jefa de la Unidad de Docencia e Investigación me asesoró y ayudó a presentar el proyecto ante el Comité de ética. El mismo fue presentado en junio 2023 y aprobado a fines de agosto del mismo año. En octubre, cuando pudimos volver a reunirnos, me facilitó el contacto de los trabajadores profesionales de los servicios delimitados, y realicé una primera entrevista a una profesional que no formaba parte de los servicios seleccionados con el objetivo de probar la guía de pautas. Luego de algunas modificaciones de ese primer instrumento realicé diez entrevistas durante el periodo diciembre 2023 – abril 2024. Todas las entrevistas se desarrollaron en el hospital. En algunos casos en el espacio de trabajo de la persona entrevistada y en otros en algún lugar disponible como la sala de la Unidad de Docencia e Investigación o el patio interno. Las mismas tuvieron una duración aproximada de una hora y treinta minutos. Solo en un caso se requirió más de un encuentro para completar la guía de pautas.

El análisis de las entrevistas implicó, en principio, la desgrabación y lectura de las mismas. Luego abordé un proceso de relectura y codificación a partir de ejes temáticos construidos en base a los objetivos del trabajo (Gibbs, 2012). Posteriormente volqué los pasajes codificados de las entrevistas en una matriz organizada por objetivos de investigación, lo cual me permitió establecer semejanzas y diferencias, como así también trabajar sobre emergentes y jerarquizar información.

Me interesa reponer en detalle el proceso de trabajo de campo dado que el carácter situado de la presente investigación implica, también, el registro y reflexión sobre el acceso y tránsito por el manicomio. La posibilidad de realizar la totalidad de las entrevistas en el hospital, y conocer los lugares de trabajo de les entrevistades, me permitió recorrerlo y, de esa

forma, poner en diálogo las disposiciones arquitectónicas con los discursos de les entrevistades, y reflexionar sobre el modo en que lo edificio comunica.

2.4. Conformación final de la muestra

La muestra quedó conformada por 10 trabajadores profesionales, nueve mujeres y un varón, que acompañan procesos de externación de usuaries en los servicios: Sala de agudos “Ayerza” (3), Centro de día de adultes mayores (4) y Residencia para la externación (3). Con respecto a la antigüedad en el hospital, cuatro trabajan allí hace más de 10 años, tres entre cinco y nueve años, y tres entrevistadas hace menos de cuatro años, es decir, luego de la implementación del Programa. Por último, la muestra se compone de trabajadores profesionales de diferentes disciplinas: enfermería (2), terapia ocupacional (1), musicoterapia (1), psicología (3), trabajo social (2) y psiquiatría (1). El detalle de esta caracterización se encuentra en el Anexo 2.

2.5. Consideraciones éticas

En todos los casos se tuvieron en cuenta los resguardos éticos y el consentimiento informado. Se preservó el anonimato de les entrevistades y respetó la confidencialidad de los datos de les participantes y su desempeño, como también, el acceso a las entrevistas, las cuales se resguardan en un lugar seguro. Para el procedimiento de análisis de los datos se eliminó el nombre de les participantes y fueron reemplazados por un código a fin de preservar el anonimato e impedir que sean identificados. Por último, este proyecto cuenta con el aval del Comité de Ética e Investigación del Hospital I.G.A. Evita Pueblo de Berazategui.

3. MIRADAS TEÓRICAS DEL PROBLEMA

El objetivo de este capítulo es profundizar en los lineamientos teóricos a partir de los cuales se desarrollará el proceso analítico-interpretativo de la presente investigación. En un primer apartado abordaré la conceptualización del campo de la salud mental a partir de los modelos en disputa. Seguidamente desarrollaré la mirada teórica comunicacional que guía la investigación. En un tercer apartado detallaré el enfoque de género que constituye un marco interpretativo y analítico transversal. Por último, abordaré una conceptualización de las políticas públicas y el modo en que las miradas teóricas propuestas contribuyen a su análisis.

3.1. El campo de la salud mental

La salud mental ingresa a las ciencias sociales a partir de la década de 1960, cuando los estudios de Erving Goffman (2001) [1961] y Michel Foucault (2009) [1961] abordan el manicomio a partir del giro del control social (Huertas, 2009). Bianchi (2019) sostiene que, a partir de los trabajos de estos autores, la locura -entre otras desviaciones- dejó de ser conceptualizada como un obstáculo para la armonía social y pasó a ser comprendida con relación al conjunto de saberes que se configuran en torno a ella, que expresan relaciones de poder, y justifican la creación del manicomio como espacio donde ese poder se ejerce. Antes de estos estudios, perspectivas historiográficas brindaban una visión lineal y progresiva de los “avances” de la psiquiatría (Sacristán, 2009). Es, por lo tanto, el poder, y su carácter relacional, uno de los ejes que acompaña el recorrido desde las ciencias sociales a la salud mental (Henning, 2022).

Otro modo de comprender la salud mental desde las ciencias sociales se relaciona a la definición de campo propuesta por Bourdieu (1990), es decir, como un conjunto de relaciones de fuerza entre diferentes agentes e instituciones que disputan un tipo específico de capital, la legitimidad para conceptualizar y abordar el padecimiento subjetivo. En esta línea, Galende (2008) define la Salud Mental² como un campo que requiere de un cuerpo teórico y práctico que no se agote en una disciplina, dado que “su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales” (p.98). Por lo tanto, conceptualizar y analizar el campo de la salud mental implica dar cuenta de que sus problemáticas no se agotan en el interés clínico y comprenden diversos saberes y una multiplicidad de actores, organizaciones, fuerzas sociales y campos de estudio (Bianchi, 2019).

² El autor utiliza las mayúsculas para distinguir Salud Mental en tanto campo, de salud mental en tanto objeto.

Los análisis vinculados al poder y la cultura, constituyen aportes epistémica y políticamente valiosos para abordar sus problemáticas.

Ahora bien, analizar el campo en nuestros territorios implica tomar en cuenta la dimensión colonial como eje que estructura sus relaciones de poder y conceptualizaciones. Los enfoques decoloniales permiten enriquecer el análisis y dar cuenta de que el proyecto normalizador que construye a la locura como categoría, no puede extrapolarse de forma lineal, y debe atender a la relación entre la racionalidad médica y la racionalidad colonial. En esta clave, Espinel Vallejo (2022) analiza el rol del discurso y las prácticas médicas y psiquiátricas en la configuración del poder colonial en África. El autor sostiene que mientras en los países europeos, durante los siglos XVIII y XIX, el biopoder estableció dispositivos que sirvieron para la normalización, en condiciones coloniales dicho biopoder construyó “un otro colonial diferente, racializado, generizado, nativizado, subalternizado, escencializado y exotizado, que sirvió como imagen negativa” (p. 12). También desde este enfoque, Luciani Conde (2019) afirma que “manicomio y colonialidad se forjan en una misma lógica constitutiva de la alteridad excluyente” (p. 97) y propone “descolonializar” la salud mental, a partir de la revisión de las prácticas y teorías que guían a los profesionales.

En la misma línea, Barukel (2014) se interroga sobre los cruces entre locura, dispositivos raciales de exterminio y, lo que denomina, una “episteme sobre lo normal”. La autora define el “normalismo” como estructura de dominación que le es particular al campo de la salud mental. Llamaré a esa estructura *cuerdismo*, concepto acuñado por la activista estadounidense Judi Chamberlin en la década de 1970 luego de un proceso de internación psiquiátrica. Esta noción es definida por Henning (2022) como:

conjunto de prácticas e ideología de los sujetos considerados cuerdos que se erigen como superiores sobre las personas diagnosticadas con algún trastorno por la psiquiatría, a quienes se las empuja a dirigirse hacia el destino constante de la psiquiatrización de la vida (p.10).

En suma, la salud mental es un campo de fronteras porosas, signado por “disputas históricas expresadas en las concepciones que pueden ser enmarcadas en dos tipos de lógicas: la de los complejos tutelares o la de la desmanicomialización” (Bottinelli, 2018, p.13). A partir de dicha conceptualización me propongo caracterizar dos modelos, el manicomial y el desmanicomializador, que contribuyan al análisis de su convivencia, superposición y diálogo en los discursos y prácticas en el campo de la salud mental. Tomo el concepto “modelo” para

dar cuenta de arquetipos puros, y porque permite por un lado, poner el foco en la modalidad de abordaje teórico-práctico que cada uno propone y, de esta forma, incluir también a la multiplicidad de agentes involucrados. Por otro lado, la polisemia del concepto permite abordar lo manicomial y lo desmanicomializador en tanto modelos de atención y modelos teórico-prácticos que orientan la percepción y la acción de los agentes del campo y constituyen lo que podríamos denominar habitus manicomial y habitus desmanicomializador.

3.1.1. Modelo manicomial

Stolkiner y Rosales (2023) caracterizan el modelo manicomial-asilar a partir de su relación con el Modelo Médico Hegemónico conceptualizado por Menéndez (1988). En esa clave, las autoras sostienen que se trata de un modelo que propone un abordaje reduccionista, individual y a-histórico, que reduce a la persona a la condición de objeto, y aborda sus padecimientos como hechos físicos, sin contemplar su historia, su contexto, su subjetividad y su palabra, a los que considera aspectos circunstanciales. Además, este modelo excluye el saber del paciente, se basa en una profesionalización formalizada donde la psiquiatría adquiere centralidad, y marca una relación de jerarquía entre médico y paciente. Las autoras plantean que, el acto intrínseco del modelo manicomial-asilar es la privación de la autonomía, y que el modelo “se puede repetir en todas aquellas prácticas donde una persona es objetivada y pierde sus derechos y el valor de su palabra en nombre de su “estado mental” (p.19).

De acuerdo a esta conceptualización, es posible afirmar que el modelo manicomial puede presentarse fuera de los límites del manicomio, e intervenir en nuevos espacios de la vida social. Galende (2008) describe ese proceso como la “flecha de inclusión en la categoría de enfermedad”, mediante el cual la psiquiatría coloniza nuevos espacios de intervención bajo categorías como “síndromes” o “trastornos”, a partir de una redefinición de lo normal y lo patológico. La flecha avanza desde trastornos cuya determinación biológica es comprobable, a trastornos en los que dicha causalidad y determinación es sólo un postulado: empezando por la neurosis, luego el consumo problemático de sustancias, llegando, en la actualidad, a trastornos inespecíficos (“ansiedad”, “trastornos del sueño”, “déficit de atención”).

Siguiendo a Faraone (2013) el paso de la enfermedad mental al trastorno mental implica un borramiento de los límites precisos para la intervención, es por esto que la autora analiza este avance como un pasaje de procesos de control social duros, como el encierro manicomial, a otros blandos vinculados a estrategias por fuera de la institución psiquiátrica. Este proceso privatiza el malestar al tratarlo como desajuste químico o biológico individual, reforzando el impulso hacia el sujeto aislado en detrimento de la búsqueda de fundamentación social del

padecimiento, abriendo, además, un mercado lucrativo para la industria farmacéutica. La “flecha de inclusión”, por lo tanto, avanza hacia la vida íntima y el ámbito privado como terrenos de intervención de expertos, instalando el problema del sufrimiento en la órbita del mercado, en el marco de un proyecto civilizatorio de gubernamentalidad neoliberal que busca modular el deseo subjetivo, y cuyo supuesto base (a la vez que conclusión) es que toda decisión, acción o emoción humana se sustentan en el cerebro, eludiendo al sujeto, su historia, su contexto, su cultura y su relación con otros (Murillo, 2018).

Con lo dicho, opté aquí por prescindir del término asilar para poder enfatizar que lo manicomial excede el espacio de asilo y encierro. Defino al modelo manicomial como aquel que conceptualiza el objeto de la salud mental en clave de enfermedad o trastorno, desde coordenadas positivistas y biologicistas, que implican la individualización y reducción de los padecimientos, como así también la objetivación y pérdida de derechos de quien padece. Se trata de un modelo que legitima la figura del psiquiatra como agente de intervención en el campo, y se orienta a una política en salud mental que prioriza la atención a partir de complejos tutelares, y las terapéuticas médico-farmacologías intra y extra muros, donde dimensiones subjetivas y socio-culturales pierden peso, o son nulas, a la hora de abordar los padecimientos.

3.1.2. Modelo desmanicomializador

Las críticas al modelo manicomial implicaron procesos de transformación en el campo y nuevas conceptualizaciones. Desinstitucionalización fue el concepto adoptado por la reforma psiquiátrica italiana de la década de 1970. Se diferencia tanto del concepto deshospitalización, entendido como una política de desfinanciamiento y abandono signada por reducción de camas y en algunos casos el consecuente cierre de instituciones manicomiales, como del concepto transinstitucionalización, entendido como el traspaso de usuarios de una institución a otra, bajo nuevas formas de reclusión (Rotelli *et al.*, 1987). Faraone (2012a) realiza un aporte a estas conceptualizaciones a partir de la definición de procesos de des/institucionalización, sumando la barra invertida como indicación de que la sustitución de las viejas formas institucionales implica necesariamente la creación de nuevas institucionalidades.

Desmanicomialización es un término que surge en el marco de la experiencia de transformación de la Provincia de Río Negro. Cohen y Natella (2013) sistematizan la reforma y definen desmanicomialización como un proceso complejo que implica dos dimensiones: la técnico-metodológica; y la dimensión de los valores; y que posee distintas aristas: 1) una actitud hacia la promoción de personas y comunidades; 2) una concepción de atención en salud mental basada en una red de servicios, 3) una metodología y estrategia orientada a generar

nuevas prácticas que se encuadren en la clínica comunitaria y; 4) una política de salud mental comunitaria. Señalan que, en ese momento histórico, se optó por la denominación desmanicomialización, en detrimento de desinstitucionalización, dado que, al estar en un contexto de recuperación democrática, se auguraba reinstalar las instituciones que habían sido avasalladas por la dictadura, y por lo tanto la desinstitucionalización no era un término estratégicamente apropiado.

A los fines de esta investigación, retomo el término desmanicomialización, en principio, para circunscribirme al campo de la salud mental, dado que desinstitucionalización es un concepto aplicable a diversos campos. Seguidamente, y en línea con un enfoque de comunicación comunitaria, porque me interesa recuperar un término nativo que surge al calor de una experiencia de transformación en Argentina. Por último, porque diferencio la desmanicomialización en tanto deconstrucción ideológica de la concepción manicomial, de desinstitucionalización entendida como proceso para llevar adelante la desmanicomialización desde la transformación del sistema, es decir, como instancia de implementación institucional (Lema *et al.*, 2008). Así entendido, retomo el término desmanicomialización con el objetivo de reconceptualizarlo en tanto modelo epistémica y políticamente diferenciado del manicomial.

El modelo desmanicomializador aborda la salud mental desde una perspectiva integral y de derechos; y promueve lo que de Sousa Campos (2001) denomina una clínica del sujeto, es decir, aquella que incluye la dolencia, el contexto y al propio sujeto, y que insta a las organizaciones de salud a adoptar una cultura de comunicación. A partir de estas consideraciones, en este trabajo utilizaré el término malestar o padecimiento subjetivo, dado que estas conceptualizaciones, al igual que la de sufrimiento, “involucran un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de afecciones patológicas definidas” (Faraone, 2013, p. 36). Estas denominaciones permiten, por lo tanto, tomar distancia de la patologización del malestar y asumir que los modos de padecer son cambiantes en cada contexto.

Con lo dicho, defino el modelo desmanicomializador como aquel que conceptualiza como objeto del campo a la salud mental, entendida como un proceso multideterminado por factores no solo biológicos, sino también sociales, históricos, subjetivos y culturales, y propone un abordaje comunitario que legitima la intervención de diferentes agentes. Se orienta a una política de salud mental comunitaria, que implica un trabajo integrado a un sistema de salud a partir de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales.

3.2. Salud mental: Una mirada desde la comunicación

La mirada teórica comunicacional sobre la salud mental parte del campo Comunicación y Salud. Petracci (2022) sostiene que es un campo, en el sentido bourdiano del término, complejo y heterogéneo “en el que la conjunción 'y' permite expresar más cabalmente que la comunicación no es una disciplina 'al servicio' de la salud” (p.14). De acuerdo a la autora la heterogeneidad “es un concepto potente y flexible del campo” (p.15). Esta característica permite retomar diferentes dimensiones comunicacionales (mediática, comunitaria, cara a cara, institucional, gubernamental, etc.) y abordar diferentes ámbitos que no se agotan en campañas mediáticas, y pueden incluir análisis de discursos sociales sobre promoción y prevención de enfermedades, la relación médico-paciente, la comunicación en la formación médica, las políticas públicas (Petracci, 2015). En el marco de esa heterogeneidad, inscribo el estudio de la dimensión significativa de los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidados en salud mental.

Conceptualizo la comunicación como un proceso de construcción de sentidos y significados, compartidos o fragmentariamente compartidos e integrados a la cultura (Ford, 2002), entendida esta en su doble acepción semiótica y política, es decir, como texto, trama de significados a ser interrogados e interpretados; y como espacio de lucha por la imposición del sentido, atravesado por relaciones de poder, violencia, subordinación y resistencia. En esta imbricación comunicación-cultura, los enunciados y las prácticas de los agentes se integran a/en matrices socio-culturales más amplias que requieren ser contempladas y analizadas.

Esta conceptualización permite reponer algunas ideas nodales de las ciencias de la comunicación. En principio, sostener que la comunicación no es mera expresión o el reflejo de la conciencia o intención de los sujetos, es a la vez proceso y producto y, por lo tanto, se presenta como inseparable de las nociones de cultura y discurso (Ford, 2002). La comunicación no se presenta como un intercambio lineal de mensajes entre emisores y receptores, como propone una perspectiva instrumental, por el contrario, “nos comunicamos no sólo mediante el uso individual del lenguaje, sino a través de estructuras y convenciones de las cuales somos relativa o precariamente conscientes, cuando no totalmente ajenos” (Ford, 2002, p.22). Abordar la comunicación desde una perspectiva procesual implica contemplar las negociaciones y tensiones que se proponen en la arena comunicacional mediadas por las tramas culturales que se tejen en series diacrónicas y sincrónicas más amplias. También implica plantear que la comunicación es una actividad social permanente, porque no se sostiene en las acciones individuales, sino en una continuidad que forma parte del orden simbólico (Martini, 1994).

En segundo término, afirmar que la comunicación se estructura en discursos, que representan la materialidad que pone en escena los procesos de construcción de inteligibilidad sobre el mundo, de construcción de sentido y de mediación (Contursi y Ferro, 1999). Todo acto de comunicación se apoya en discursos pre-existentes, por lo cual los discursos no representan lo dicho, sino lo decible en el marco de una trama cultural y un momento histórico específico. Por lo tanto, los sentidos nunca son fijos, y dependen de la comunidad de significado. Parafraseando a Voloshinov (1929), la significación nunca es cerrada, acabada, y se disputa en el terreno del signo. Un mismo signo puede recibir diferentes acentuaciones valorativas, porque existen, conviven, diferentes orientaciones hacia la realidad. Hay, en el signo, un reflejo a la vez que una refracción de la realidad y allí radica su carácter vital, dinámico, flotante: el hecho de no estar anclado a un significado. En consecuencia, es permanente la posibilidad de configurar nuevos sentidos sociales a partir de los procesos de luchas simbólicas.

Por último, este enfoque comunicacional permite correrse de perspectivas funcionalistas o de abordajes que circunscriben los estudios en comunicación a la mediatización, para pasar a las prácticas sociales como objetos de estudio, atendiendo a la transversalidad de las ciencias de la comunicación, y a la necesidad de estudios inter o transdisciplinarios para el abordaje (Ford, 2002).

En suma, interrogar las problemáticas del campo de la salud mental desde la comunicación permite analizar las prácticas, los sentidos y las significaciones que circulan en el campo en pos de su transformación. Es en el terreno cultural donde el modelo manicomial busca imponer su dominio simbólico sobre el malestar subjetivo, y es allí donde la comunicación tiene un potencial en la lucha simbólica por otras conceptualizaciones y otros abordajes del padecimiento.

3.3. Salud mental: Una mirada desde el género

El enfoque de género aquí propuesto implica una operación crítica, que en clave analítica (Scott, 1990), interseccional (Crenshaw, 2012), decolonial (Lugones, 2008) y no binaria (Butler, 1990) permite interrogar el campo de la salud mental, y sus políticas públicas, desde coordenadas que indaguen formas específicas del despliegue del poder patriarcal, pero también sus resistencias.

El concepto género, como categoría analítica y política, no aparece de forma evidente, cuenta con un carácter histórico y polisémico, es un concepto movedizo y allí radica su carácter vital (Bonder, 1998). Implica desafíos porque dialoga epistémicamente con el modo de

entender al sujeto y la subjetividad, la corporalidad, la experiencia; y políticamente interroga la construcción de ciudadanía, el acceso a derechos y las relaciones de poder al interior de la sociedad. Los debates en torno a su conceptualización han abonado discusiones aún vigentes vinculadas a quien es el sujeto del feminismo, y tuvieron impacto en la implementación de políticas públicas.

Scott (1990) plantea que inicialmente el género fue utilizado en contraposición al sexo, para aludir a las dimensiones sociales vinculadas a las diferencias basadas en aspectos biológicos. Para estos primeros estudios, el género se relacionaba con aspectos sociales y culturales que son asignados a hombres y mujeres por su medio social, y el sexo se vinculaba a los aspectos anatomofisiológicos que distinguen al macho y a la hembra, y sobre los cuales se encabalgan las distinciones de género. Bondar (1998) sostiene que, en esta primera etapa, se desarrollaron investigaciones que buscaban explicar el modo en que los sujetos adquieren los roles y las identidades de género (que fueron posteriormente criticados por su sesgo funcionalista), y denunciar la subordinación y discriminación de las mujeres.

Scott (1990) se distancia de esta perspectiva, a la que califica como descriptiva, y se interesa en el género como categoría analítica. Lo define como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y como una forma primaria de relaciones significantes de poder. Sostiene que las relaciones de género pueden estudiarse a partir de cuatro elementos: los símbolos culturalmente disponibles y sus múltiples representaciones, los conceptos normativos que manifiestan los significados de esos símbolos, las nociones políticas e institucionales, y la identidad subjetiva. Hablar de género es, por lo tanto, hablar de relaciones de poder, de la organización de la igualdad y la desigualdad al interior de las sociedades, de las jerarquías entre grupos sociales y las resistencias a esas jerarquías.

El paso del género de categoría descriptiva a categoría analítica contó con el aporte, a partir de la década de los '70 y '80, de las mujeres negras, las lesbianas y el feminismo decolonial. Las nociones universalizantes de la categoría género = mujer fueron revisadas por estas corrientes que denunciaron en ese universalismo un etnocentrismo occidental, y que repusieron el concepto de identidad como categoría en diálogo con los estudios de género. De estos aportes me interesa recuperar particularmente el enfoque interseccional planteado por Kimberlé Williams Crenshaw (2012) [1991] y la conceptualización del sistema género colonial/moderno que realiza María Lugones (2008).

Crenshaw (2012) acuñó en 1989 el concepto interseccionalidad para dar cuenta de la interacción entre racismo y patriarcado. La autora utiliza el concepto para poder describir la situación de las mujeres de color ante sistemas simultáneos de dominación, donde hablar solo de patriarcado o solo de racismo no permite visibilizarlas, por encontrarse tanto en los márgenes del feminismo como del antirracismo. El enfoque interseccional en los estudios de género permite reponer una mirada relacional ante diversos sistemas de dominación, a partir de un abordaje político-metodológico que busca el punto de contacto entre dichas opresiones, en lugar de la separación categorial o una lógica de suma y *comatización* de las mismas.

El enfoque interseccional aporta a esta investigación en dos sentidos, primero al poner una alerta sobre la universalización de categorías (por ejemplo: mujer; persona con padecimiento, usuaria de salud) y también al reponer el concepto de identidad al interior de los estudios de género, pensándola en muchos casos como espacio de resistencia para los grupos subordinados. En este sentido, Crenshaw (2012) plantea que las políticas de la identidad pueden, incluso problematizando la categorización como ejercicio de poder, operar en las ramificaciones históricas, en los intersticios de esos procesos.

En línea con estas reflexiones en torno a la identidad, Bonder (1998) sostiene la necesidad de una estrategia compleja que permita criticar las nociones universales de sujeto (masculino, blanco, occidental) para situar las experiencias particulares de las mujeres en plural y las personas disidentes del orden de género, es decir, deconstruir esencialismos pero sin que esto lleve a caer en un sectarismo e individualismo. A partir del diálogo entre estas reflexiones y el campo de la salud mental y las políticas de salud, Tajer (2018) plantea la tensión entre un enfoque de derechos, cuyo sujeto es universal, y un enfoque de género, y sostiene la importancia del derecho universal a la diversidad, podríamos pensar, el derecho a tener derechos.

Por su parte, Lugones (2008, 2021) aporta a la teorización sobre las múltiples opresiones desde un enfoque decolonial. La autora sostiene que la conquista de Abya Yala impone el sistema género colonial/moderno que tiene un lado claro/visible que conjuga el dimorfismo biológico y la organización patriarcal y heterosexual de las relaciones sociales. Su planteo permite dar cuenta que, en nuestros territorios, la institucionalización de un sistema de género fue producto de la colonización. El género fue una herramienta de dominación impuesta, que constituyó el significado mismo de “hombres” y “mujeres” en el sentido colonial moderno.

Además de un lado claro/visible, este sistema presenta un lado oculto/oscurο que fue y es violento, porque la institucionalización del género como nuevo sistema de dominación, no implicó la extrapolación del sistema género del colonizador de forma lineal, directa, sin ambigüedades; sino un nuevo sistema de articulación de relaciones de poder y resistencia, donde raza y género se entramaron/entraman. Bajo esta premisa Lugones (2008) aborda la “raza como engenerizada y género como racializado de maneras particularmente diferenciadas para los-as europeos-as blancos-as y las gentes colonizadas no blancas” (p. 49). Por último, la autora plantea que hay una zona ambigua entre el lado claro/visible y el lado oculto/oscurο que, en sus términos:

Concibe, imagina y construye a las mujeres blancas que son sirvientas, mineras, lavanderas, prostitutas-trabajadoras y que no producen plusvalía como seres que no pueden ser captados por los lentes del binario sexual o de género y que, a la vez, son racializados de forma ambigua pero ya no como blancos o negros. (p.58)

Desde este enfoque decolonial, Lugones (2021) problematiza la metáfora interseccional de caminos cruzados acuñada por Crenshaw (2012) para abordar las opresiones múltiples, y plantea que los sistemas de dominación se entretujan o entremezclan. De esta forma la autora busca alejarse de las puezas categoriales con fronteras claras y definidas, y sostener la impureza propia de las vidas. En términos de Lugones, “si las opresiones se entremezclan, pero se las representa entrecruzadas las gentes oprimidas quedan categorialmente partidas unas de otras” (p. 32).

La teorización de Lugones (2008, 2021) aporta a esta investigación en tanto permite analizar, en el campo de la salud mental, la configuración de tres sistemas de dominación que se entretujan en la construcción de la otredad: colonialidad, patriarcado y cuerdisimo. Y abordar el manicomio, no solo como un proyecto de fabricación de cuerpos dóciles, sino desde su inscripción en una dinámica que impone subjetividades femeninas y masculinas cuerdas, al sancionar patológicamente toda vida disidente del proyecto cuerdista y de heterosexualidad obligatoria. Su trabajo permite indagar, además, si es en esa zona ambigua que la autora describe, la zona entre el lado visible/claro y el lado oculto/oscurο, donde están las locas y los loques.

Por último, me interesa reponer que hablar de género no solo implica habilitar el plural al pensar a las mujeres desde enfoques interseccionales y decoloniales, sino también abrir la

indagación por fuera del par binario hombre – mujer. En esta línea, recupero el aporte de Butler (1990) y sus reflexiones en torno al género a partir de la interrelación entre feminismo y teoría queer³. Butler problematiza las perspectivas esencialistas, y sostiene que el género es el efecto de un conjunto de prácticas regulativas que buscan ajustar las identidades al modelo binario hegemónico expresado en la matriz heterosexual. El género se presenta como un conjunto de significados adquiridos y variables, en relación dinámica con los esquemas de normatividad sexual. Lamas (2016) plantea que existen puntos de contacto entre esta conceptualización del género y el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu, dado que en ambos casos se trata de categorías que son al mismo tiempo producto del entramado cultural y principios generadores de disposiciones prácticas.

Butler (1990) sostiene, además, una posición crítica en torno a la oposición sexo/género, marcando sus diferencias con teóricas de la diferencia sexual. Para Butler, el sexo no forma parte de un orden pre simbólico, sino de un orden social, es decir que la diferencia sexual no precede la significación (Burgos Díaz, 2005). La diferencia sexual responde a una particular forma de “leer” y “nombrar” los cuerpos, históricamente situada y cuya genealogía nos permite dar cuenta de la operación política de la construcción binaria a partir del discurso científico. En nuestro caso, esa historización implica contemplar la imposición del sistema género/colonial moderno.

La lectura de los cuerpos en clave binaria, que deja por fuera a las personas que no se identifican bajo las categorías de hombre o mujer, es producto del *cissexismo*, entendido como la “creencia, muchas veces no explícita y hasta inconsciente, de que las personas que no son trans, las personas cis, son más importantes, más auténticas que las personas trans, y por lo tanto sus problemas son más urgentes” (Radi, 2014, p.5). El cissexismo impacta tanto en las investigaciones académicas como en las políticas públicas, y en el campo de la salud produce dos modalidades de invisibilización que se retroalimentan, por un lado, un borramiento institucional que contribuye a consolidar la idea de que los usuarios del sistema de salud son personas cis, y por otro, un borramiento epistémico que genera un menor conocimiento por parte de los profesionales de las personas trans (Millet, 2020, Radi *et al.*, 2022;).

En este trabajo, al incorporar el enfoque de género, sostengo que existe un orden social que se apoya en un doble proceso: por un lado, reclutar a los sujetos como varones y mujeres a

³ Scott (2006) plantea que el concepto “teoría queer” ingresó en el campo académico en la década de 1990, para definir el instrumental analítico y metodológico que señala la falta de consistencia y congruencia entre el sexo cromosómico, el género y el deseo sexual.

partir de una lectura específica, histórica, de la diferencia sexual, y por otro lado, la reproducción social de privilegios y desventajas en base a ese reclutamiento. Siguiendo a Lamas (2016), ese reclutamiento funciona al modo del habitus, es decir, como conjunto de disposiciones que son a la vez estructuradas y estructurantes, por lo tanto, dialoga con las ideas, roles, estereotipos que se conjugan a partir de ese reclutamiento/inscripción. Pero a su vez, como toda posición del sujeto, admite resistencias, y nunca es acabada. Bajo estas premisas, incorporar el enfoque de género implica exponer las contradicciones de sistemas que se dicen coherentes y poner en suspenso la validez de categorías que se toman como principios de la organización social (ej.: la familia, hombre, mujer, individuo).

3.4. Salud mental: Una mirada desde las políticas públicas

Hasta aquí he presentado un campo, el de la salud mental, que será analizado desde la comunicación en tanto disciplina y un enfoque transversal de género. El objeto a indagar, los sentidos sociales en torno al género y el padecimiento subjetivo, será abordado con relación a la implementación del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, entendido como una política pública provincial cuyo objetivo es incidir en el campo salud mental. En este apartado me propongo abordar una definición de las políticas públicas y el modo en que la comunicación y el enfoque de género contribuyen a su análisis.

Las políticas públicas son un “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés, o movilización de otros actores de la sociedad civil” (Oszlak y O’Donell, 1976, p. 21). Es decir que, implican un programa de acción pública y expresan al gobierno en acción. Pero, además, representan visiones a largo plazo, vinculadas a las aspiraciones respecto del funcionamiento deseable de una sociedad (Tamargo, 2018). Se constituyen en un ámbito de disputa, dado que su planificación y puesta en marcha depende de la capacidad de diferentes actores, tanto públicos como privados, de definir un espacio de sentido común y legitimar decisiones en el universo político. Por lo tanto, la primera de las disputas constituye la construcción de un problema y su incorporación en la agenda pública y, posteriormente, la agenda de gobierno. La segunda se vincula a la definición sobre los cursos de acción en torno a esa situación socialmente problematizada. Se trata de procesos multi-actorales donde el Estado es un actor central, pero no el único. Ahora bien, la intervención de múltiples actores no implica que todos se encuentren en similares condiciones de agencia y enunciación.

Intervenir el Estado y lo público desde la comunicación implica atender a las disputas de sentido presentes en la construcción de aquello problematizado por las políticas públicas, y también a la desigualdad de poder entre los diferentes actores, para orientarse hacia la acción en pos de favorecer la participación ciudadana y la construcción de espacios de encuentro. Es decir, generar condiciones y oportunidades para que sujetos y grupos sociales históricamente excluidos de esos espacios puedan expresarse en condiciones legítimas de enunciación. Asimismo, implica tomar en cuenta que la dimensión comunicacional se encuentra presente en todas las fases de las políticas públicas y opera en tres niveles diferenciales pero interconectados: el político, que implica la negociación de los contenidos y el sentido de la política, el organizativo, que implica la construcción de espacios de encuentro y concertación, y el comunitario o social, que implica las acciones comunicativas que buscan interpelar a la sociedad en general o grupos específicos (Bruno, 2012).

Siguiendo a Petracci y Rodríguez Zoya (2018) resulta relevante el análisis de políticas públicas desde los aportes y problemas de la comunicación. Primero porque se trata de un campo disciplinar estratégico para comprender los sentidos constitutivos de los problemas sociales a los cuales las políticas públicas de salud brindan respuestas. Segundo, porque los profesionales de la salud desarrollan una multiplicidad de resignificaciones, negociaciones y estrategias a la hora de llevar adelante la política. Tercero, porque un análisis comunicacional permite una investigación reflexiva de las políticas orientado a la problematización de aspectos que suelen quedar implícitos, que constituyen los sentidos que dan soporte a las mismas, y orientan su desarrollo. Por último, investigar las políticas públicas de salud desde la comunicación permite identificar dimensiones contextuales e institucionales que operan como condicionantes en la implementación de las políticas y los programas.

Desde un enfoque de género, intervenir el Estado y lo público, implica poner en primer plano que el género es a la vez producto y principio de la acción pública, es decir, que estructura las políticas públicas que a su vez lo producen. Todas las políticas están *generizadas*, no sólo porque sus marcos interpretativos cristalizan comportamientos deseables de las mujeres y los hombres en la sociedad, sino porque inscriben a los sujetos en esas categorías. Tanto por su accionar a partir de políticas y regulaciones, como por su omisión, el Estado constituye y reproduce el orden de género. Por lo tanto, si bien podemos situar históricamente el proceso de institucionalización del enfoque de género en las políticas y los Estados, esto no significa que las políticas previas hayan sido neutrales en torno al género como ordenador social.

En América latina, a partir de la década de 1990 y de la mano de organismos internacionales, se planteó la propuesta de *gender mainstreaming* como perspectiva de transversalización del género en la implementación de políticas públicas y presupuestos estatales, impactando en las políticas de salud de los Estado (Guzmán Barcos y Montaña Virreira, 2012). Posteriormente, en el año 2005, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud incorporaron el género como un determinante social de la salud. Sin embargo, los documentos internacionales que abordan los determinantes de género para las políticas en salud se sostienen en el categorialismo de género, es decir, suelen tomar a los grupos “hombres y mujeres” como categorías fijas. Esto no siempre se relaciona con fundamentos biologicistas, también sucede con el rol sexual y tiene impacto en las políticas públicas (Connell, 2013). Asimismo, incluso corrientes que plantean una perspectiva relacional del enfoque de género reproducen el cissexismo.

Incorporar un enfoque de género desde una perspectiva analítica, decolonial, interseccional y no binaria para el análisis de las políticas públicas, implica interrogarlas a partir de los impactos de las mismas para hombres, mujeres y disidencias, y de sus alcances a la hora de contemplar las desigualdades en el acceso a la salud, pero también poder problematizar cual es el orden de género que esas políticas re/producen e interrogarnos acerca de cuáles son los sujetos de dichas políticas y cuales permanecen en los márgenes, incluso en las que se orientan a ampliar derechos y se enuncian en los marcos de un enfoque de género.

A partir de lo desarrollado es posible abordar el Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, como una política pública del campo de la salud mental, emplazada en la Provincia de Buenos Aires, que recoge un problema público: la continuidad del encierro manicomial de usuaries de salud mental, y delinea acciones tendientes a intervenir desde el Estado ante esta situación problemática. El análisis situado de esta política en el Hospital Interzonal José A. Esteves requiere incorporar la dimensión significante. Un análisis comunicacional permite poner en primer plano la construcción y circulación de sentidos en torno a los padecimientos, interrogar los sentidos que les profesionales asignan a la implementación de la política pública, y cuáles son los modelos que se ponen en juego en los procesos de externación. La incorporación del enfoque de género permite indagar el orden de género que esa política produce y/o reproduce y el modo en que se presenta en las prácticas y discursos de los agentes que la llevan adelante.

4. ANTECEDENTES

En este capítulo repongo antecedentes investigativos del problema de investigación en base a los ejes conceptuales abordados en el capítulo anterior: salud mental y comunicación, salud mental y género, y salud mental y políticas públicas.

Con relación al eje comunicación y salud mental, recupero como antecedentes las tesis de grado de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires que analizan desde la comunicación comunitaria experiencias alternativas a la lógica manicomial (Demasi, 2011; Malito, *et al.*, 2014; Marinaro, 2017), trabajos que analizan el rol del comunicador en el campo (Oberti 2019b, Lavatelli y Vidal, 2021) y el trabajo de Oberti (2019a) quien, a partir de un enfoque foucaultiano-deleuziano, analiza el dispositivo de salud mental en tres dimensiones: el saber, las técnicas de gobierno y las prácticas de subjetivación.

En relación con el eje salud mental y género, en el campo de la investigación en salud el enfoque de género y los estudios feministas tuvieron impacto significativo en las últimas décadas. El detalle exhaustivo de estos aportes excede los objetivos de este trabajo, pero me interesa recuperar los señalamientos de Esteban (2006) quien plantea que la incorporación del enfoque de género en salud permitió denunciar la naturalización social de las mujeres, es decir, los discursos supuestamente científicos que enmascaran ideas sociales y políticas a partir de lecturas biologicistas y esencialistas de los cuerpos. En el caso de la salud mental, esa denuncia implicó desmontar postulados pretendidamente científicos de la psiquiatría clásica que asociaban conductas socialmente catalogadas como inadaptadas de las mujeres con la locura. Caponi (2019) aborda esta relación entre discurso psiquiátrico y patologización de la mujer, y el modo en que se construyó la figura de “mujer normal”, y la “mujer desviada” asociada a la erudición y la prostitución. En su análisis resalta, además, los trabajos de María Lacerda de Moura y Franca Ongaro Basaglia, quienes en la primera y segunda ola feminista respectivamente, lograron dar cuenta del enlace entre el discurso psiquiátrico y el temor que representaba el movimiento feminista para el orden de género.

Asimismo, la articulación entre salud mental y género permitió el despliegue de investigaciones que indagaron principalmente los procesos de medicalización de las mujeres, su invisibilización en las investigaciones médicas y farmacológicas y las implicancias de la desigualdad de género en el padecimiento subjetivo de las mujeres (Linardelli, 2015).

También se constituyen en antecedentes de esta Tesis trabajos que abordan el encierro de mujeres en instituciones manicomiales. Bianchi y Sabin Paz (2023) analizan desde una perspectiva interseccional situada y los aportes de la sociología del diagnóstico y los estudios sociales en fármacos, los motivos de internación de mujeres en un neuropsiquiátrico de la PBA. Otros trabajos abordan el encierro de mujeres desde una perspectiva histórica (Pita, 2012; Sy *et al.*, 2020; Pierri, 2021; Maruelli y Azzerboni, 2022), las violaciones a derechos humanos que sufrieron las mujeres en el marco del encierro (CELS, 2007; 2015; Bega Martinez, 2019) y recuperan la perspectiva de les usuaries en los procesos de atención y externación (Sánchez y Ferreyra, 2019; Coutinho de Almeida Maltéz, 2022). Por último, constituye un antecedente relevante la compilación realizada por Miranda en el libro “Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental” (2019), donde se presentan nueve artículos que, desde diversas disciplinas y enfoques teóricos, buscan dar cuenta de la interseccionalidad entre la salud mental y las problemáticas de género, historizando esta relación, pero también planteando interrogantes sobre problemáticas actuales.

Por último, en relación con el eje salud mental y políticas públicas me interesa recuperar principalmente los trabajos situados en el Hospital Esteves que abordan estrategias de externación de usuaries (Ardilla-Gómez *et al.*, 2016; Riva Roure *et al.*, 2019; Bernal *et al.*, 2021; Hartfiel, 2022; Hartfiel y Ardilla-Gómez, 2023) y el artículo de Arraras y Moranelli (2023) donde las autoras, a partir de su posicionamiento como trabajadoras profesionales residentes del Hospital Esteves reflexionan sobre su *praxis* en el manicomio.

5. LA PROBLEMÁTICA Y SU CONTEXTO

El objetivo de este capítulo es contextualizar el problema de investigación, poniendo el foco en el ingreso de la salud mental en la órbita del Estado y las políticas públicas. Primeramente, brindaré un panorama de las variaciones históricas vinculadas al modo de conceptualizar y abordar los padecimientos. Seguidamente describiré el proceso llevado adelante en Argentina, el surgimiento del manicomio, las experiencias significativas que se desarrollaron y las transformaciones en el campo que implicó la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 (LNSM). Por último, caracterizaré el Programa “Buenos Aires libre de manicomios” y el Hospital Interzonal José A. Esteves.

5.1. La salud mental en clave histórica

Para elaborar una versión sucinta de las claves históricas de la salud mental, y las variaciones de las relaciones de poder en el interior del campo, se tomó como guía el libro de Galende “Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser” (2008), donde el autor distingue cuatro momentos vinculados a la historia de la psiquiatría. Plantea que la noción de “momentos” en detrimento de “periodos” permite comprender en clave de dominancias transitorias, en lugar de superaciones lineales de diferentes etapas. Es importante advertir que el autor centra su análisis en cambios producidos mayormente en países europeos. A la luz de lo abordado en el capítulo tres es necesario señalar que estos momentos no son extrapolables de forma lineal a nuestros territorios, donde asistimos a continuidades y rupturas atravesadas por la colonialidad.

De acuerdo al autor, hasta 1791 se configuró el momento político cultural signado por las conceptualizaciones míticas o religiosas del malestar y el despliegue de terapéuticas muy variadas. Este momento se caracterizó por un relevante rol de la Iglesia Católica que, a partir de sus instituciones de caridad y beneficencia, que se extendieron por Europa entre 1400 y 1800, brindó asilo a personas consideradas locas e incapaces de valerse por sí mismas. Con el incipiente desarrollo del capitalismo, la locura empezó a ser percibida en el ámbito de la improductividad y la pobreza. La cantidad de personas en situación de desamparo laboral y habitacional creció, y al ser consideradas amenazantes para el orden social, fueron recluidas masivamente, hacia mediados del siglo XVII, en hospitales generales. Por lo tanto, cuando la locura ingresó en el terreno de la medicina, las personas consideradas locas ya se encontraban encerradas en asilos y hospitales generales.

El segundo momento, el médico-positivista, se desarrolló hacia fines del siglo XVIII, vinculado a la revolución francesa, y se caracterizó principalmente por el ingreso de la locura

a la órbita de la medicina. El tratamiento moral de los locos implicó la asistencia del Estado y su obligación de brindar tratamiento utilizando una red de instituciones. En este marco, el encierro adquirió una doble justificación: la garantía del orden social, por alejar a personas locas, supuestamente peligrosas y amenazantes, y su “cura” dada por el abordaje terapéutico a partir de su aislamiento. El origen simultáneo de la cárcel y el manicomio da cuenta de este reordenamiento del control social, y del encierro en el marco de un proyecto de disciplinamiento intra y extra muros.

El manicomio supone entonces una ruptura en relación con los antiguos asilos porque, por un lado, brinda especificidad a una institución para abordar y tratar la locura, y por otro lado otorga legitimidad a un cuerpo profesional para desarrollar esa tarea. Sacristán (2009) plantea que su surgimiento en pleno siglo de las luces, fue visto desde algunas corrientes historiográficas previas a 1960, como signo de humanismo y progreso, interpretando que la sociedad, y el Estado comenzaban a hacerse cargo de sus enfermos y se les daba un trato “digno” con fundamentos “científicos”.

Este reordenamiento brindó el monopolio para nombrar y curar la locura a un saber apoyado en nosologías médicas, llevado adelante por un cuerpo profesional encarnado en los alienistas, en una institución particular, el manicomio, a partir de una terapéutica específica, el tratamiento moral, y creó una categoría de enfermo a la que denominó alienado (Sacristán, 2009). La psiquiatría diferenció a los locos de otros “desviados” y les colocó bajo el tutelaje y la terapéutica del campo médico, de la mano de un ordenamiento jurídico que legitimaba ese modo de atención, a partir de la categorización en los códigos civiles y penales del “loco”, su abordaje bajo la incapacidad y la potestad a la figura del médico para ejercer funciones como la privación de la libertad o la derivación al manicomio.

En la segunda mitad del siglo XIX, la psiquiatría avanzó sobre la clasificación de conductas humanas como patologías psíquicas y se articuló en torno a la figura de “anormales”. De acuerdo a Caponi (2015) la teoría de la degeneración en el siglo XIX permitió pasar de las enfermedades a las conductas como campo de intervención de la psiquiatría y consecuentemente, salirse de los manicomios para moralizar e higienizar a toda la población. Las ideas de herencia y degeneración de las enfermedades, que compartieron en ese momento histórico la psiquiatría y la criminología, contribuyeron a consolidar la idea de peligrosidad en torno a las personas catalogadas como locas. Es en este periodo cuando se configuran para el campo, la homosexualidad, la transexualidad y otras prácticas sexuales no heteronormativas

como patológicas, de la mano del discurso científico sobre la sexualidad. También en este período proliferan los discursos psiquiátricos que intentan sostener “científicamente” argumentos de inferioridad mental de las mujeres y que patologizan sus conductas cuando no responden a lo socialmente esperado (Caponi, 2019).

El tercer momento se desarrolla a partir de 1913 y el autor lo denomina “la influencia de la psicopatología”. Este momento se caracteriza por la convergencia de críticas al manicomio desde diferentes corrientes (como el movimiento *open door* o el movimiento de higiene mental), el surgimiento y desarrollo de las psicoterapias, y la disputa entre psiquiatría y neurología por su incumbencia en los trastornos psíquicos.

Por último, el autor plantea que a partir de 1950 se presenta el momento de la Salud Mental, en el cual convergen movimientos por parte de Estados y de organismos internacionales con corrientes instituyentes en determinados países. Se desarrollaron en Inglaterra comunidades terapéuticas a partir de 1943, con una fuerte presencia del movimiento anti-psiquiatría. En Estados Unidos, bajo el gobierno de Kennedy, se creó el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria. En Italia, bajo el liderazgo de Franco Basaglia se cerró el manicomio de Trieste y se sancionó una ley de salud mental en el año 1978. En Francia se transformó en la década del 60 la política sanitaria, a partir de la creación de hospitales de día, lugares de alojamiento para personas externadas del manicomio y centros comunitarios. Además, los organismos internacionales comenzaron a poner el foco en la salud mental bajo las propuestas de sustitución paulatina de los manicomios y reemplazo por dispositivos intermedios que se encuentren en la comunidad.

Galende (2008) sostiene que estos procesos no generaron la emergencia de un nuevo campo, el de la Salud Mental, y se desarrolló un cambio de lenguaje pasando de términos médicos (enfermedad) a términos sociológicos o categorías políticas (comunidad o participación), que no estuvo acompañado por la generación de nuevos consensos que permitieran la creación de un nuevo campo transdisciplinario cuyo objeto no sea la enfermedad o los trastornos sino la salud mental, en tanto objeto complejo, procesual y multidimensional. Se optó por la reforma progresiva de lo existente, a la par de la permanencia de fundamentos de la atención basados en la psiquiatría positivista, llevando a una convergencia y tensión de las relaciones en el interior del campo. No se generó, por lo tanto, una ruptura epistemológica, sino una dispersión y multiplicidad de prácticas que responden a la disciplina de origen de cada agente.

5.2. Panorama argentino

5.2.1. El surgimiento del manicomio en Argentina y la creación del Hospital Interzonal

José A. Esteves

En el caso de América Latina, los Estados crearon los primeros hospicios hacia la segunda mitad del siglo XIX. En Argentina, el primer hospital monovalente se llamó “Hospital de Mujeres Dementes” -actual Hospital Braulio A. Moyano-, y fue inaugurado en 1854 en Buenos Aires. Más de una década después, en 1863, se creó el hospital monovalente destinado a hombres, actual “José Tiburcio Borda”.

Pita (2012) sostiene que, en Argentina, a diferencia de otras experiencias sudamericanas, el primer hospicio fue destinado a mujeres no solo por una preocupación particular por las locas, sino principalmente por el rol clave en la construcción de la estatalidad de un grupo de mujeres que tuvo la intención política de custodiarlas, agrupadas en la Sociedad de Beneficencia. Desde la historia social con perspectiva de género, Pita indaga la creación y el desarrollo del “Hospital de Mujeres Dementes” durante el periodo 1852- 1890, y plantea que en sus primeras dos décadas los sentidos sociales en torno al hospital no estuvieron signados por los discursos cientificistas ni la presencia médica, sino que conjugaron la beneficencia, lo correccional, asistencial y asilar. En esos años, el hospicio alojaba un “grupo heterogéneo y creciente de mujeres consideradas dementes, violentas, escandalosas o delincuentes” (p. 115), mujeres pobres que en su mayoría no contaban con redes familiares ni bienes materiales.

En 1880, en el marco de la presidencia de Julio Argentino Roca y la conversión de la ciudad de Buenos Aires en capital de la República, se produjo la nacionalización del “Hospital de Mujeres Dementes” bajo el nombre de “Hospital Nacional de Alienadas”. Este proceso implicó la aparición en escena de nuevos actores sociales, como funcionarios, profesionales y técnicos, y de discursos higienistas y cientificistas. Pita (2012) analiza este periodo con una perspectiva crítica hacia los estudios basados en la perspectiva del control social que sostienen un cambio en los usos sociales del hospicio en clave terapéutica a partir del crecimiento de la presencia estatal hacia fines del siglo XIX. La autora plantea, en cambio, que se trató de un periodo donde el manicomio tuvo funciones polisémicas, y las relaciones entre los diferentes actores sociales (médicos, mujeres de la Sociedad de Beneficencia, funcionarios estatales, jueces, policías, familias, internas) fue mucho más indeterminada. Si bien los médicos especialistas contaron con mayor participación en el Estado y los discursos cientificistas e higienistas ganaron espacio, “los sentidos de la institución aún estaban atravesados por aquellos que la asociaban más con la antigua Casa que debía contener a un heterogéneo grupo de mujeres marginales, pobres y enfermas” (p.187).

En ese contexto de grandes oleadas inmigratorias y consecuente crecimiento poblacional, se produjo el “Gran encierro argentino” y el manicomio se llenó de mujeres trabajadoras y extranjeras (Pierri, 2021). Las italianas formaron el grupo más significativo de internas, seguido por las españolas y las francesas, lo cual replicó intramuros el movimiento de inmigración ultramarina del Río de la Plata (Pita, 2012).

Producto del aumento de internas, en 1908 se inauguró el Asilo de Alienadas en Lomas de Zamora, actual Hospital Esteves, como un anexo del “Hospital Nacional de Alienadas”, con el objetivo de “albergar a las enfermas consideradas crónicas y discapacitadas que obturaban la asistencia de las agudas” (Sy, 2020, p.14). La administración de este hospicio también estuvo a cargo de la Sociedad de Beneficencia, y la atención se encomendó a las Hermanas de la Caridad. También en Lomas de Zamora fueron las inmigrantes quienes poblaron el manicomio, con una primera aparición significativa en 1914, y picos de ingresos de internas extranjeras en 1932 y 1938 (Sy *et al.*, 2020).

Sy (2020) analiza historias clínicas de la primera mitad del siglo XX y el modo en que ser mujer, migrante y loca se conjugó en el hospicio, a partir de la relación entre migración e insania y el condicionamiento de los diagnósticos por los estereotipos de género. La autora registra la recurrente “adjetivación de la conducta femenina reprobable para la época, como si se tratara de un hecho observable científicamente, antes que una apreciación construida socioculturalmente” (p. 38).

Di Pietro (2015) plantea que ante estas olas inmigratorias el Estado produjo un doble movimiento, “mientras clasificaba a los otros-sexuales con el propósito de civilizar las entrañas de la nación, también regeneraba en sus territorios a los otros- raciales” (p.139). La construcción de otredad y la producción discursiva del argentino se desarrollaron en paralelo a la consolidación del manicomio, donde se registraban en clave de síntomas de las conductas que no se condecían con el rol social asignado a la mujer en la época y se legitimaba la patologización de las prácticas catalogadas como peligrosas o perversas.

El momento médico–positivista descrito por Galende (2008), por lo tanto, se conjuga en nuestro territorio con la producción de los otros sexuales, migrantes, raciales y loques que representaban los “fluidos peligrosos” previamente asociados al mundo indígena (Di Pietro, 2015).

5.2.2. Avances y retrocesos en el campo durante la segunda mitad del siglo XX

Hacia fines de la década de 1950 y durante la década de 1960 se desarrollaron cambios relevantes en el campo, impulsados por diversos agentes en articulación con el Estado, en un contexto de inestabilidad política e institucional abierto con el golpe de Estado de 1955. En 1957 se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) y la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental con el objetivo de impulsar transformaciones desde el Estado Nacional. Galende (2020) sostiene que el INSM no avanzó con reformas, pero abrió el debate sobre la atención en salud mental y las instituciones psiquiátricas.

Durante el gobierno de facto de Onganía (1966- 1970) el INMS desarrolló el Plan Nacional de Salud Mental a cargo del médico y coronel José Esteves. En el marco del plan se promovió la creación de comunidades terapéuticas, como modalidad de atención alternativa al hospital psiquiátrico, en línea con las propuestas de la reforma estadounidense (Briolotti y Lubo, 2012), siendo las más relevantes las implementadas en Santa Fe por Raúl Camino y en la PBA, en el Hospital Esteves, por W. R. Grimson. También en la PBA, Mauricio Goldemberg trabajó en la transformación del servicio de psicopatología del policlínico de Lanús “Hospital Evita” a partir de 1956, donde se instalaron salas de internación en el hospital general, se creó el hospital de día y se organizaron consultorios externos, junto al desarrollo de la extensión comunitaria.

Estas experiencias fueron interrumpidas y diezmadas por la dictadura cívico – militar de 1976 (Tisera, 2018)⁴. Durante el período 1976-1983 se avanzó en una política privatista de la salud, en paralelo a la intervención gubernamental de los servicios de salud mental para llevar adelante la Doctrina de Seguridad Nacional y usar los servicios como espacios para la desaparición forzada de personas (Oberti, 2019a).

5.2.3. Advenimiento democrático y experiencias transformadoras

Con el retorno de la democracia, en 1983, se abrió una nueva posibilidad de transformación en el campo. Faraone y Barcala (2020) sostienen que este momento histórico fue un “punto de inflexión” que implicó la construcción de un problema público originalmente abordado bajo la categoría de injusticia, que progresivamente logró aglutinar actores diversos

⁴ Muchos trabajadores implicados en procesos de transformación sufrieron la persecución, tortura y el exilio. Tal es el caso de Mauricio Goldemberg quien abandonó el país luego de que sus dos hijos fueran asesinados por los militares; o de Valentín Barenblit, director del servicio de salud mental de Lanús, quien fue despedido y torturado, y posteriormente se exilió del país.

y constituirse en torno a la violación de derechos humanos de usuarios de servicios de salud mental.

El antecedente de la Declaración de Alma Ata (OPS, 1978) posibilitó que la Dirección Nacional de Salud Mental (creada en 1984 y perteneciente a la órbita del Ministerio de Salud de la Nación) comenzara a trabajar bajo esos lineamientos. Durante la década de 1980 nuevamente se abrió la posibilidad de llevar adelante experiencias transformadoras, como el Plan Piloto de Salud Mental y Social La Boca - Barracas (una propuesta de atención en salud mental basada en los principios de atención primaria en salud), la creación de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental o la transformación en Hospital Escuela del neuropsiquiátrico de San Luis y el desarrollo de un programa provincial con estrategias basada en la comunidad.

En el marco de este periodo, se desarrolló en la provincia de Río Negro una transformación del sistema de atención en salud mental a partir de una política pública provincial que implicó la externación de usuarios del manicomio. El proceso rionegrino incluyó tres aristas: la transformación de prácticas y servicios, el cierre del manicomio provincial ubicado en la ciudad de Allen en 1988 y la sanción de la Ley de Salud Mental N° 2.440 en 1991. También implicó la creación en 1985 del Programa Provincial de Salud Mental y el despliegue de una serie de medidas que se orientaron a modificar el circuito de atención que se basaba, hasta el momento, en derivaciones al hospital neuropsiquiátrico. Para esto, constituyeron equipos móviles de intervención de crisis que desarrollaron funciones de asistencia y de capacitación a lo largo de la provincia, abrieron camas de internación y atención de urgencias en hospitales generales y crearon un equipo móvil de apoyo a las externaciones de usuarios (que intervenía en la crisis y evitaban la derivación al manicomio). Además, se concentraron en la incorporación de “recursos humanos no convencionales”, es decir, agentes sanitarios del territorio que pudieran desarrollar tareas de seguimiento de usuarios.

Cohen y Natella (2013) plantean que para la desmanicomialización fue clave el cambio cultural, cuya estrategia consistió en la consolidación de una minoría crítica, la incorporación de nuevos aliados y la neutralización de opositores. Pero, además, en modificar las prácticas y luego ofrecer nuevos servicios, de la mano de la capacitación. Lo que buscaban, y relacionan con la dimensión de “los valores” de la desmanicomialización, era construir un nuevo perfil profesional: pasar del trabajo–empleo al trabajo-servicio; y acompañar ese cambio cultural con

estrategias de sensibilización comunitaria (hacia el poder judicial, los medios de comunicación, la policía, los gremios, las familias de los usuarios, entre otros).

La experiencia rionegrina se suma a una serie de políticas públicas que, a partir del retorno de la democracia, se desarrollaron en Argentina con el objetivo de transformar el modelo de atención en salud mental. Se institucionalizaron organismos tanto a nivel central (como la Dirección de Salud Mental), como a nivel provincial, y muchos ministerios de salud provinciales comenzaron a crear instancias específicas vinculadas al abordaje de la salud mental.

5.2.4. Década del noventa: políticas neoliberales y normativas internacionales

Luego de los movimientos en el campo acontecidos con el retorno de la democracia, la década de 1990 trajo aparejado un nuevo retroceso. Las políticas impulsadas por el gobierno de Carlos Menem, impactaron en el desfinanciamiento del sistema de salud y la exclusión de los sectores de menores ingresos. En ese contexto, se modificó el rango institucional de Dirección a Instituto de Salud Mental y, a excepción de la experiencia de Río Negro y la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental en algunas provincias, muchas iniciativas fueron paralizadas, en el marco de un contexto de deterioro progresivo de las políticas públicas vinculadas a la salud.

Este proceso se dio en paralelo a la sanción de normativas internacionales que avanzaron en la garantía de derechos, como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1996) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1996). En 1990 se desarrolló en Caracas, Venezuela, la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de donde surge la “Declaración de Caracas” que plantea una crítica al rol hegemónico del manicomio y la necesidad de una atención en salud mental basada en principios de Atención Primaria en Salud (APS), para garantizar los derechos de usuarios de salud mental.

A inicios del siglo XXI, la OMS (2002) elaboró el Informe sobre la Salud en el Mundo, donde señaló como recomendaciones abocar el tratamiento a la atención primaria, prestar asistencia en la comunidad, involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios, y establecer vínculos con otros sectores. También explicitó la necesidad de avanzar en materia legislativa en lo referente a la salud mental. Posteriormente, en el año 2005 se enunciaron los Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (OMS y

OPS), conocidos como los “Principios de Brasilia”, que se presentaron como una continuidad de la “Declaración de Caracas” y planteaban, nuevamente, la necesidad de reemplazar la atención basada en el hospital monovalente, por estrategias de atención en la comunidad. En 2006 la ONU aprobó la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, que fue ratificada por Argentina en 2008 mediante la Ley N° 26.378. La convención se basa en el Modelo Social de la Discapacidad, promueve y protege los derechos de las personas con discapacidad y plantea el rol de los Estados en la garantía de su cumplimiento.

En el año 2010 la OPS coordinó la Conferencia Regional de Salud Mental bajo el lema: *La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020*, la cual dio lugar al “Consenso de Panamá” (OMS y OPS, 2010). Se plantearon los mismos lineamientos trabajados en las declaraciones anteriores y se instó a los Estados miembros para que fortalezcan sus marcos legales con el objetivo de proteger los derechos humanos de usuarios de servicios de salud mental.

Este profuso marco internacional de recomendaciones hacia los Estados no tuvo impacto directo en las políticas de la década de 1990 y los inicios de los 2000, sin embargo, de acuerdo a Faraone y Barcala (2020), fueron centrales a la hora de redactar la LNSM.

5.2.5. Ley Nacional 26.657 “Derecho a la protección de la Salud Mental”

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) fue aprobada en el año 2010, y reglamentada en 2013, en un contexto de sanción de diferentes normativas que implicaron la garantía de derechos de diferentes colectivos; y en el marco de un momento histórico donde los derechos humanos constituyeron un tema de Estado en Argentina (Faraone y Barcala, 2020; Freytes Frey, 2020).

La LNSM constituye a las personas con padecimiento mental⁵ en sujetos de derecho (art. 1), conceptualiza la salud mental desde una perspectiva integral, como un proceso multideterminado, y sostiene que ningún diagnóstico puede hacerse sobre la base exclusiva de -entre otros aspectos- la elección o identidad sexual (art. 3). Entre sus principales definiciones plantea una modalidad de abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en principios de APS (art. 9). Establece que las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental (art. 4), y regula específicamente las internaciones (cap. VII), a las que conceptualiza como un recurso terapéutico de carácter restrictivo (art. 14) e indica que

⁵ El concepto padecimiento mental es tomado textualmente de la LNSM. De acuerdo a lo indicado en el Capítulo 3 se opta en este trabajo por el uso de padecimiento o malestar subjetivo.

deben realizarse en hospitales generales (art. 28) y ser lo más breves posibles (art. 15). En relación con las instituciones manicomiales, prohíbe explícitamente la creación de nuevos monovalente (públicos y privados) y plantea que los ya existentes deben adaptarse a la ley hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos (art. 27)

Faraone (2012b) plantea que la LNSM constituye un acontecimiento que implica una novedad histórica en el campo, un movimiento que no permitió reflejar nuevas prácticas, sino visibilizar formas ocultas, y poner en la escena pública las tensiones y relaciones de poder. Más de una década después de la sanción de la LNSM, los discursos y prácticas traslucen la coexistencia de antiguas y nuevas lógicas de saber, poder y subjetivación (Oberti, 2019a) y la salud mental se presenta como un campo teórico-práctico en el que conviven, dialogan y tensionan el modelo manicomial y el desmanicomializador a la hora de desplegar políticas públicas.

5.3. Panorama provincial. Programa “Buenos Aires libre de manicomios”

La provincia de Buenos Aires (PBA) adhirió a la LNSM en el año 2014, mediante la Ley N° 14.580. En términos de instituciones monovalentes la provincia cuenta con cuatro hospitales públicos: el Hospital Interzonal José A. Esteves ubicado en Temperley, el Hospital Dr. Domingo Cabred en Luján, el Hospital Dr. Alejandro Korn ubicado en La Plata y el Hospital Dr. Domingo Taraborelli en Necochea.

De acuerdo al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2021), los datos vinculados a personas internadas por motivos de salud mental al iniciar la primera gestión del gobernador Axel Kicillof (diciembre 2019) eran escasos, por lo que tomaron como punto de base el Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental (Observatorio DNSM, 2019), relevando 1824 personas internadas en los cuatro hospitales monovalentes públicos de la provincia, de las cuales el 43% llevaba más de 10 años de internación. De acuerdo a un Informe elaborado por la Comisión Provincial por la Memoria (2023) hacia diciembre del año 2022 ese número había descendido a 1081 personas. La información no se encuentra desagregada por sexo o género.

A fines del año 2020 se creó el Programa “Buenos Aires libre de manicomios” (Resolución 2.805/2020) bajo la órbita de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencia de Género. El Programa se presenta como “una herramienta necesaria para dar impulso, fortalecimiento y despliegue a los procesos de externación de usuarixs de forma cuidada y sustentable” (p.1), señala como objetivo general la contribución

al desarrollo e implementación de procesos de externación de base comunitaria, e identifica como población destinataria a las personas institucionalizadas en hospitales neuropsiquiátricos de la PBA. Se plantea como un programa que promueve la desinstitucionalización, entendida como un proceso complejo que implica un cambio en el lugar de la salud mental de los hospitales a la comunidad. También promueve las externaciones sustentables, conceptualizando la sustentabilidad como una estrategia de priorización de recursos en base a las necesidades de la población.

Entre sus objetivos específicos el Programa aborda dimensiones como la creación de recursos comunitarios intermedios, la transformación de conceptos, prácticas y representaciones de los trabajadores en torno a la Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos, y la reducción del estigma. En relación con los neuropsiquiátricos, promueve y colabora con la realización y ejecución de los planes de adecuación de las instituciones monovalentes de la PBA en cumplimiento del marco normativo vigente. En específico, referencia el artículo N° 27 de la LNSM (2010), vinculado a la prohibición de crear nuevos manicomios, y trabajar en la adaptación de los existentes a los objetivos de la ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos. El artículo referenciado plantea que dicha adaptación no puede significar la reducción de personal.

La perspectiva de género aparece mencionada en el Programa únicamente dentro del apartado “Estrategia y Acciones”, en el marco de la estrategia de “Articulación Interministerial e intersectorial para el desarrollo y fortalecimiento de dispositivos intermedios y diversificación de las propuestas de inclusión social”, como acción N° 8 se plantea el “impulso de acciones que garanticen la perspectiva de género y los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos y el derecho a ejercer la maternidad”. La perspectiva de género mencionada no es definida en el Programa y no se detallan acciones puntuales vinculadas a dicho enfoque.

En el periodo analizado por la presente investigación se presentaron dos Informes de Monitoreo del Programa (MSPBA, 2021, 2022a) que relevan datos de los cuatro monovalentes. En ambos informes se plantea que se realizan mediciones semestrales y que el monitoreo se efectúa a partir de los ejes “Internaciones en servicios de corta estadía”, “Internaciones en servicios de larga estadía” y “Externaciones e inclusión social”. También en ambos informes se detalla que fue incorporada la perspectiva de género para la presentación de datos sociodemográficos (personas internadas en larga estadía, en corta estadía, y personas en unidades residenciales), los cuales se construyen a partir de las categorías “varones cis”,

“mujeres cis” y “no cis”. El último informe, que registra hasta junio 2022, da cuenta de una mayor cantidad de varones cis tanto en los servicios de corta como de larga estadía.

El Programa fue retomado en el “Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027” (MSPBA, 2022b) en el marco de las medidas tomadas entre diciembre 2019 y diciembre 2021. Allí se menciona que en ese periodo se elaboraron y aprobaron los planes de adecuación de los cuatro neuropsiquiátricos provinciales, y se cerraron los ingresos y reingresos a pabellones de larga estadía. También se mencionan logros vinculados a la disminución de personas internadas, la restitución de identidad de personas usuarias⁶ y la reconversión y descentralización de recursos. Asimismo, el Programa y los planes de adecuación son retomados como uno de los ejes temáticos del plan, llamado “Proceso de adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos: hacia una provincia libre de manicomios” (p. 35)

Por último, el “Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027” (MSPBA, 2022b) no incluye como eje transversal ni como eje temático la perspectiva de género, la cual solo es mencionada dentro del eje temático “Abordaje integral de consumos problemáticos”, en el marco de un objetivo vinculado a la reducción de barreras de acceso en la atención. También se mencionan las brechas de género al abordar datos mundiales sobre el suicidio, pero esto no es retomado a la hora de exponer datos provinciales, y tampoco dentro de los objetivos y metas vinculados a este eje temático.

En suma, ni el “Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027”, ni el “Programa Buenos Aires libre de manicomios” incorporan el enfoque de género como eje transversal de la planificación. Siguiendo a Guzmán Barcos y Montaña Virreira (2012) podemos afirmar que el Estado, por acción u abstención, constituye el género mediante políticas y regulaciones, por lo tanto, la omisión de este enfoque como parte integral de estas políticas brinda un dato significativo a la hora de adentrar el análisis en el Hospital Esteves.

5.3.1. Hospital Interzonal José A. Esteves

El Hospital Interzonal José A. Esteves (en adelante Hospital Esteves) es un neuropsiquiátrico destinado a mujeres adultas inaugurado en 1908, que se encuentra en la localidad de Temperley del partido de Lomas de Zamora. En sus inicios el hospital funcionaba

⁶ Esto responde a la vulneración histórica del derecho a la identidad de personas manicomializadas, su construcción como problema público en torno a la violación de derechos humanos y la necesidad de reparación de las vidas atravesadas por la violencia manicomial. (CELS, 2007).

como anexo del Hospital “Braulio A. Moyano”. En 1946 dejó de ser un anexo, perdió injerencia en su gestión la Sociedad de Beneficencia y pasó a tener un director propio.

Pierri (2020, 2021) analiza las historias clínicas de mujeres internadas y reconstruye hitos relevantes de la historia del hospital. La autora señala que a mediados del siglo XX se registraron los primeros usos del electroshock, chalecos de fuerza y uso de psicofármacos antipsicóticos. En esos años también se construyó el muro que rodea al hospital. En 1958 el hospital cambió de director, y pasó a depender del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), esta medida no tuvo un impacto presupuestario favorable y hacia 1960 la institución se encontraba en malas condiciones económicas, con una disminución de personal auxiliar, y un pico de muertes, en comparación con otros periodos.

En 1968 se creó el Centro Piloto del Hospital Nacional José Esteves, coordinado por Wilbur Ricardo Grimson, en el marco del Plan Nacional de Salud Mental del INSM, que promovía la creación de comunidades terapéuticas en asilos (Ver apartado 5.2.2). Durante su funcionamiento, los ingresos al hospital fueron realizados por una evaluación conjunta entre psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del Centro Piloto y las internaciones tendieron a abreviarse y eliminarse en los casos innecesarios (Grimson, 1972). El proyecto contó con un equipo de 20 mediques, doce psicólogos, cuatro sociólogos, dos psicopedagogos, cuatro terapeutas ocupacionales, doce enfermeras y numerosos voluntarios (Vainer, 2005) y se desarrolló en un pabellón del hospital que fue remodelado (la sala Ayerza). De acuerdo a Pierri (2020) se trató de un periodo donde al interior del hospital convivieron dos instituciones, con sus respectivas y diferentes prácticas y modalidades de atención: el manicomio y la comunidad terapéutica, generando resistencias y disputas con otros trabajadores del hospital quienes veían que ese nuevo espacio contaba con más profesionales, mejores pagos y que podían llevar adelante otro tipo de tareas.

Esta experiencia fue desmantelada por la intervención del INMS en 1970 a partir de traslados y cesantías de trabajadores del Centro Piloto. En el marco de un contexto de alianza entre la dictadura y la Iglesia Católica, y un proyecto basado en el “reordenamiento moral” y la persecución ideológica, se acusó al Centro Piloto de realizar “orgías sexuales” y promulgar ideas comunistas y marxistas (Pierri, 2020). Hacia 1971 la experiencia del Centro Piloto se había desarticulado y el número de personas cronificadas se disparó a partir de ese momento (Pierri, 2021).

Otra experiencia significativa desarrollada en el Hospital Esteves es el Programa de Rehabilitación Asistida (PREA), del cual el hospital es sede desde 1999. El PREA fue originalmente diseñado para implementarse en todos los hospitales monovalentes de la PBA, a cargo de la dirección ejecutiva de cada hospital (Cáceres *et al.*, 2009). En el momento de su creación, en el marco de un contexto de crisis económica y creciente desocupación, su principal objetivo se vinculó a sostener la externación de usuarias de hospitales psiquiátricos de la PBA que no contaran con soportes familiares o económicos. El PREA continúa vigente y fue mencionado en las entrevistas a la hora de abordar estrategias de externación.

Actualmente el hospital se encuentra en un proceso de adecuación a la LNSM, en el marco del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”. Su Plan de adecuación fue aprobado por la Subsecretaría Provincial de Salud Mental en julio 2020. En el plan se detalla que su objetivo es:

transformar el modo de atención de la salud mental hacia la salud comunitaria, en el marco de una red provincial de atención, pensada desde la interdisciplina; la intersectorialidad y centrada en los y las usuarias de salud mental y sus derechos. (p.19)

A diferencia del “Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027” y del Programa, el Plan de adecuación recoge entre sus fundamentos la discriminación por motivos de género, y presenta una perspectiva crítica en torno a la socialización de género, problematizando el rol histórico de cuidado de las mujeres y su relación con la naturalización del malestar. Asimismo, dentro de los objetivos plantea la ampliación de la oferta de atención a varones y personas LGBTI+⁷ incluyendo la perspectiva de género en la atención, para lo cual se establecen metas de capacitación, reformas edilicias y apertura de camas para hombres y personas LGBTI+. La capacitación en género también es retomada al abordar estrategias de reconversión y capacitación del personal, allí se plantea que “el género es una gran deuda en un hospital de mujeres” (2020, p.60).

En el Plan de adecuación también se consignan datos vinculados al Hospital Esteves. Se indica que en 2020 había 525 mujeres internadas, más del 80% en diferentes salas y servicios de internación del hospital. La palabra “mujeres” para referenciar a las personas internadas en el hospital es utilizada a lo largo de todo el Plan de adecuación. El promedio de edad de las personas internadas en 2020 era de 64 años y el 51% estaba institucionalizada hace más de 10

⁷ El detalle de las siglas es tomado textualmente del Plan de adecuación.

años. Con respecto a la procedencia geográfica, las internaciones del periodo 2015- 2019 fueron mayoritariamente de personas de Lomas de Zamora y Almirante Brown, aunque también se registraron de otras localidades como Quilmes, Florencio Varela, La Matanza o Lanús, dando cuenta del carácter interzonal del hospital, lo cual repercute en las estrategias de externación.

El hospital se encuentra en la región sanitaria VI del conurbano de la PBA, integrada además por los municipios de Avellaneda, Lanús, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela y Quilmes. En relación con la atención en salud mental, el Plan de adecuación indica que 14 de los 19 hospitales generales de la región tienen servicio de salud mental o psicología, mientras que solo dos cuentan con un sector de internación por motivos de salud mental (Hospital Evita en Lanús y Hospital Sofía Terrero de Santamarina en Monte Grande) y otro tiene dos camas en clínica destinadas a salud mental (Hospital Perón de Avellaneda).

Actualmente el Hospital Esteves cuenta con 14 hectáreas y se organiza en cuatro servicios: 1) Admisión, emergencia y atención a corto plazo, donde se encuentra la sala Ayerza; 2) Clínica médica y cuidados generales; 3) Internación a mediano plazo y reinserción social, donde se encuentra la Residencia para la externación y; 4) Internación prolongada y reinserción social, donde se creó el Centro de día de adultos mayores. También cuenta con otros dispositivos y áreas, como por ejemplo el Departamento de Enfermería, el Servicio Social o la Unidad de Docencia e Investigación, entre otros. La cantidad de trabajadores registrados en 2020 fue 582. El dato no se encuentra desagregado por sexo o género.

En paralelo a los datos detallados del hospital, repuestos en su mayoría a partir del Plan de adecuación, el desarrollo del trabajo de campo en el manicomio, y el material recabado en las entrevistas, permiten reponer, como parte de su caracterización, las formas de nombrar y habitar que trazan delimitaciones simbólicas relevantes para la dinámica institucional y que se conjugan, además, con la disposición arquitectónica del manicomio.

El hospital se divide en casitas digamos, diferentes salas. La línea, que es donde estamos ahora, es la parte de gerontología. Después hay una parte que le decimos “la U”, porque tiene esa forma, y esa es la parte donde están las más jovencitas. (E2)

Acá el hospital funciona para mí, y creo que muchos compañeros laburantes coinciden, funciona como islas. Ósea, vos hay gente que no la conoces. El hospital es muy grande igual, hay muchos servicios, y cada servicio es un planeta. (E4)

En este tipo de fragmentos es posible advertir las referencias a los espacios bajo términos como “casitas”, “islas” o “planetas”, que permiten analizar el modo fragmentado en que les entrevistades transitan el manicomio. Cada servicio se presenta arquitectónica y discursivamente como una individualidad desconectada de los otros, generando una dinámica servicio/isla. La fragmentación y la desconexión se pondrán en juego en las percepciones en torno al Programa, atravesadas, en gran medida, por el dispositivo en el cual los profesionales se inserten.

6. ANÁLISIS

En este capítulo presento el análisis e interpretación del material relevado. El capítulo se ordena en cuatro secciones estructuradas a partir de los objetivos específicos de la investigación. En un primer apartado se abordan las percepciones y opiniones que les entrevistados tienen sobre el Programa, puntualizando en el impacto en los procesos de externación y la incorporación del enfoque de género. En la segunda sección presento el análisis de los sentidos y significados que brindan a su práctica profesional y a su rol en el campo de la salud mental. En el tercero abordo una caracterización de las estrategias de acompañamiento de los procesos de externación y analizo el modo en que las mismas se vinculan con el modelo desmanicomializador. Por último, en la cuarta sección, analizo el modo en que se configuran los discursos en torno al género por parte de los profesionales.

6.1. Programa “Buenos Aires libre de manicomios”: la mirada de los trabajadores

Una primera consideración acerca de las percepciones y opiniones de les entrevistados en relación al Programa se vincula al conocimiento diferencial que tienen del mismo, es decir, algunos identifican el Programa, sus lineamientos y medidas, mientras que otros sólo identifican cambios puntuales que se dieron en el hospital, sin establecer conexiones entre esas modificaciones y el Programa o el Plan de adecuación. Sin perjuicio de este conocimiento diferencial, en general, manifiestan acuerdo con los postulados del Programa, dando por supuesto que se encuentran en sintonía con lo establecido en la LNSM, la cual discursivamente se presenta como punto relevante del campo.

Lo que entiendo, si bien no lo he leído, es que [el Programa] tiene que ver con la implementación fuerte de la ley de salud mental. Eso, entiendo que va por ahí. Específicamente en el manicomio tiene que ver con esto que plantea la ley, y el modelo también de salud mental comunitaria, que es derribar los muros digamos, o ir cerrando el manicomio para crear dispositivos más territoriales y comunitarios, y parte de eso también tiene que ver con achicar los tiempos de internación. (E1)

Me parece que el Programa es un recorte de lo que plantea la ley. Y creo que la ley y el Programa son irrefutables, teóricamente. (E6)

La “irrefutabilidad teórica” se ancla en los principios metafísicos generales que orientan el Programa. Siguiendo a Surel (2008) estos principios constituyen “una (o un conjunto de) meta-imagen(es) social(es) colectivamente legítima(s)” (p.45), es decir, una visión de mundo que orienta y estructura la política pública, y que en el campo analizado se apega a los lineamientos del modelo desmanicomializador y se operacionaliza bajo una serie de hipótesis

prácticas entre las que se encuentran 1) que el manicomio no es un lugar para vivir y; 2) que deben desarrollarse procesos de externación para las personas que se encuentran actualmente internadas en los hospitales monovalentes. En el análisis de las políticas públicas desde una aproximación cognitiva, el autor agrega a los principios metafísicos generales y las hipótesis, otros dos elementos constitutivos de las políticas públicas, la metodología de acción y los instrumentos específicos. El Programa constituye un instrumento.

Por otro lado, si bien en el Plan de adecuación se plantea que luego de su presentación preliminar en octubre 2020 “se inició una etapa de discusión de los objetivos al interior de la institución” (2020, p. 6), les entrevistades indican que no fueron consultades. En dos entrevistas señalan que se desarrollaron capacitaciones virtuales.

Hicieron una capacitación, pasaron un power, imprimí el Programa, lo leí (...) Era pandemia. Era bajar una línea. (E8)

El conocimiento diferencial sobre el Programa, y el predominio de la falta de consulta sobre su implementación, se inscriben en un funcionamiento institucional que se orienta a la fragmentación donde la regla es el conocimiento parcial del trabajo de otros servicios. En consecuencia, se despliega una dinámica servicio/isla, en la que cada espacio tiene una percepción diferencial de la implementación del Programa de acuerdo al impacto en su trabajo diario.

En el caso de la sala Ayerza, del sector de subagudos, la implementación del Programa implicó dos cambios significativos. Por un lado, la mudanza del espacio del trabajo que impactó en el desarrollo de actividades diarias (por ejemplo, la imposibilidad de continuar un taller de cocina por falta de equipamiento), lo cual generó malestar en el equipo. Por otro lado, el crecimiento de la demanda y el cambio del perfil de usuaries, producto del cierre de pasas a salas de larga estadía determinado por disposición de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública en septiembre de 2020. De acuerdo al Plan de adecuación, es la única sala que puede recibir derivaciones y las internaciones deben ser de un periodo máximo de 90 días. En términos de les entrevistades esta medida generó una “cronificación” de la sala (E1) y un “embudo” (E9) o “cuello de botella” (E5) en Admisión.

Lo que a nosotros nos pasa es que, digamos, la Provincia avanza con esto, con el cierre de camas, y para mí, teóricamente, el indicador no puede ser el cierre de camas. Me parece que ahí hay una construcción de algo, que hicieron ellos solitos, y que en este

hospital la dirección no apuntó a construir colectivamente y de modo participativo ese “Buenos aires libre de manicomios”. (E8)

Esta problemática ya había sido relevada en el Informe de la Comisión Provincial de la Memoria (2023), donde se advertía que, si bien el Plan de adecuación planteaba que la sala de Admisión debía tener 20 camas, en septiembre de 2022 se registraron 37 mujeres alojadas.⁸ De acuerdo a lo señalado por les entrevistades, este problema persiste y sus resultados son negativos. Por lo tanto, si bien el objetivo del cierre de pases, que es evitar la cronificación, es valorado positivamente, algunos sostienen que su implementación generó efectos contrarios.

Un elemento pensado, vamos a decirlo así, desmanicomializador, termina manicomializando un espacio pensado para otra cosa. Y ahora no sólo tenes cronificadas mujeres acá, sino a corto plazo también con efectos de cronificación, en el sentido de mujeres que llevan dos o tres años internadas acá con todos los perjuicios que eso tiene, compartiendo mujeres que hace dos o tres años están internadas con mujeres que recién ingresan, que también eso es un problema. (E7)

Está bueno esto de no pasar porque es seguir reproduciendo la lógica manicomial de cronificar, esa parte está bárbara. El tema es que no fluye todo tan aceitado como para decir “bueno, desde Admisión salen todos”, entonces ahí se atora. Admisión se llena y bueno... O sea, tiene su parte buena, pero tiene esa contracara. (E4)

Asimismo, de las entrevistas se desprende que los procesos de externación son más largos de lo planificado, producto de factores económicos, sociales y habitaciones (ver apartado 6.3). Además, el hospital debe trabajar en dos sentidos simultáneos, externar a les usuaries que están hace muchos años en el manicomio, y atender la demanda continua de nuevas internaciones o reingresos que al día de hoy no son canalizados masivamente por otros dispositivos. De acuerdo al Informe de la Comisión Provincial de la Memoria (2023) en los últimos cinco años la cantidad de reinternaciones siempre fue superior a la externaciones en los monovalentes de la PBA. Estas dimensiones son tematizadas por les entrevistades.

Es muy resultadista. Digamos, el Plan de adecuación tiene metas y tiempos, donde había que cerrar tales salas. Y muy planificado en cuántos trabajadores se necesitan para el afuera, pero no para el adentro. Entonces “acá las que están, que anden como puedan”. Y poco planificado, digamos. (E8)

⁸ La categoría “mujeres” es tomada del Informe (Comisión Provincial de la Memoria, 2023)

Por ahí hay alguien... está para externarse, pero vos necesitás a alguien que siga afuera el tratamiento, y eso no hay. (E1)

Los procesos de externación también se llevan adelante desde la Residencia para la externación, que es, de acuerdo al Plan de adecuación, un servicio articulador entre el adentro y el afuera. Se trata de un dispositivo que recibe derivaciones de otras salas y trabaja con los usuarios antes de su salida del manicomio, poniendo el foco en los efectos de la institucionalización. Dado que su funcionamiento es previo a la implementación del Programa (la Residencia fue creada en 2017), los entrevistados afirman que “no hicieron más que adherir” (E5). Por lo tanto, si bien el cierre de pases incrementó la demanda del servicio, la Residencia para la externación es descrita por las personas entrevistadas como un espacio que no experimentó cambios significativos a partir de la implementación del Programa y del Plan de adecuación.

Diferente es el caso del Centro de día, que fue creado a partir del Programa como un nuevo dispositivo. De acuerdo al Plan de adecuación el objetivo del espacio consiste en “brindar atención integral al adulto mayor desde un enfoque preventivo, asistencial y de rehabilitación, desarrollando acciones tendientes a la máxima recuperación psicofísica” (2020, p.43). Está destinado a personas mayores de 65 años, en principio usuarias del hospital, con el objetivo de abrirse a la comunidad en 2023. Al momento de realizar las entrevistas esa meta no se había cumplido. Se trata de un espacio que trabaja con usuarios de mayor edad y con mayor tiempo de internación en el hospital.

Esto es internación prolongada (...) Yo no quiero decir olvidado, pero sí, es como el fondo del fondo, es como el lugar donde ya... Las olvidadas digamos, porque son las más viejitas, las que ya muchas van a morir acá, lamentablemente, sin poder externarse sin poder irse. (E4)

El Plan de adecuación no explicita el trabajo de este espacio en la externación, pero plantea como una meta el desarrollo de acciones según necesidades evaluadas. A partir de las entrevistas es posible reconstruir que, producto del cierre de pases y la consecuente dificultad para derivar usuarios a la Residencia para la externación por el incremento de la demanda del servicio, y a partir del trabajo cotidiano con los usuarios, se generó en el Centro de día un grupo de externación.

[En la Residencia para la externación] las camas que se generan... De nuevo, hay algo del sector que insiste ahí, que la prioridad para las camas las tiene Admisión, Ayerza,

que son todas salas de corto o mediano plazo de internación. No había prioridad para larga estadía. Entonces era algo que nosotras nos planteábamos, porque bueno, alguien les tiene que dar prioridad a estas minas, pero nosotras tampoco queríamos abrirles en paralelo porque ¿viste? (E6)

La principal dificultad de esta estrategia, la creación de un grupo de externación en el marco de un dispositivo con las características del Centro de día, consiste en que el trabajo debe realizarse conjuntamente con la sala de pertenencia de la persona usuaria que, de acuerdo a lo detallado por les entrevistades, no tiene los mismos criterios de trabajo (Ver apartado 6.3).

Hasta aquí podemos afirmar que la implementación del Programa generó una serie de cambios institucionales con impacto diferencial en cada servicio, en un contexto de dinámica institucional servicio/isla que puede observarse en el conocimiento diferencial del Programa por parte de les entrevistades, y en un conocimiento parcial del trabajo de otros servicios. Asimismo, el análisis permite advertir la emergencia de críticas vinculadas al impacto de la implementación del Programa en los procesos de externación en base a dos puntos nodales. Por un lado, una tensión entre resultados y procesos, es decir, entre metas asociadas al cierre de salas y la cantidad de usuaries externades, y el tiempo y recursos que eso demanda. Por otro lado, la percepción, por parte de algunas entrevistades, de una planificación normativa, es decir, realizada y ejecutada verticalmente por la Provincia y la Dirección como actores centrales y expertos sin mediar consulta con les trabajadores.

Desde los aportes de la planificación estratégica y situacional (Matus, 1985; Rovere, 2006) es posible analizar la institucionalización de usuaries como un problema del campo de intervención del Programa. Al desmontar la estructura explicativa del problema emergen una multiplicidad de factores que exceden el ámbito de acción de les trabajadores e incluso, en ocasiones, de la Dirección del Hospital (por ejemplo, la demora en una externación por falta de vivienda o por plazos de alta de una pensión por discapacidad), pero que atraviesan su acompañamiento de los procesos de externación. Una evaluación desde un enfoque de planificación estratégica permitiría revisar las medidas tomadas (por ejemplo, el cierre de pases) a la luz de la construcción de indicadores que aborden la red explicativa del problema en su multidimensionalidad, y se constituyan en instrumentos para la acción, atendiendo a que es necesario agilizar los procesos en virtud de garantizar los derechos de les usuaries. Asimismo, desde un enfoque de género sería pertinente que dichos indicadores se construyan tomando en cuenta esta perspectiva.

Con relación a la evaluación, durante el periodo analizado, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública publicó dos Informes de monitoreo del Programa basados en seguimientos semestrales (MSPBA, 2021, 2022a). En los Informes, el número total de personas internadas no se encuentra desagregado por género, pero sí lo están el número de ingresos en corta y larga estadía, como así también la distribución de personas en unidades residenciales, bajo las categorías “varón cis”, “mujer cis”, “no cis”. A partir de los datos obtenidos, los Informes plantean algunos interrogantes. Por ejemplo, al identificar que el número de varones viviendo en unidades residenciales es mayor al de mujeres, se interrogan si existe una relación entre los roles de cuidado y la mayor vinculación familiar de las mujeres en las externaciones. También identifican que el porcentaje de personas “no cis” en la internación de corta estadía es muy bajo y plantean un posible subregistro. Ahora bien, estos interrogantes se enuncian en ambos Informes, pero no se plantean líneas de acción o construcción de nuevos indicadores al respecto. Por otro lado, dado que los restantes datos relevados no se encuentran desagregados por género, se presenta un déficit de información para evaluar el impacto de la desigualdad de género en los problemas delimitados por el Programa y la posibilidad de construir explicaciones que atiendan esa dimensión.

En cuanto a la incorporación del enfoque de género en el Programa, cuando les entrevistades son consultades, emerge nuevamente el conocimiento diferencial del mismo y, en base a la falta de información, en las respuestas se advierten suposiciones sobre la incorporación o no de esta perspectiva.

No me lo acuerdo tanto. Para mí no debe tener. Te lo voy a decir así medio de bruta, pero acá la perspectiva de género, sinceramente, no está. La perspectiva de género queda en que un trabajador la tome o no la tome. (E9)

Desconozco la verdad, no sé. Estimo que sí, que debe tener algún elemento vinculado a eso, pero desconozco en términos estrictos. (E8)

¿Qué perspectiva de género? Ninguna perspectiva de género. No. Para mí no. (E5)

Sí, creo que sí porque siguen en la línea... Digo, a ver, nosotros vamos en concordancia con ellos, creo que ellos van por derechos humanos, perspectiva de género, ejercicio de la ciudadanía, creo que en eso estamos en sintonía. Más allá de que acá, por ahí, tenemos la particularidad de que son mujeres, pero yo creo que en otros hospitales

donde los que se externan son hombres el tema del ejercicio de la ciudadanía, derechos humanos también está. (E6)

En las respuestas se advierte la falta de planificación estratégica con enfoque de género, lo cual genera que la incorporación del mismo en el trabajo diario quede supeditada a las inquietudes o la formación de cada profesional. Asimismo, entre las entrevistadas predomina la referenciación al hospital como “hospital de mujeres” (ver apartado 6.4), y en base a esa caracterización, critican la falta de perspectiva de género del Programa o señalan que eso implicaría, por sí mismo, su incorporación.

Nono... Este es un hospital de mujeres. Es como... ridículo. Aparte mi formación en género viene de mucho antes de trabajar acá, y entré al hospital de mujeres y dije... Es impresionante, no, nada. Me parece que no. (E6)

Yo creo que sí. Ya si estamos hablando de mujeres dentro de una institución cerrada, estamos hablando de género. Y sí, yo creo que el Programa, el hospital, ósea, los profesionales, yo creo que habilitan el poder pensar en la mujer desde un lugar de que puede decidir, de que puede ser parte de su proyecto, de que puede ser parte de decidir que quiere hacer de su proyecto de vida. (E9)

A la luz de los interrogantes presentados en los Informes de monitoreo (SSM, 2021, 2022) es posible indagar si la caracterización del hospital como “hospital de mujeres” guarda relación con el subregistro de personas “no cis”, reproduciendo el cisexismo del sistema de salud. Poner en suspenso esa caracterización podría permitir la emergencia de otras prácticas y otros sentidos con relación al proceso de salud-padecimiento-atención-cuidados en general, y al acompañamiento de procesos de externación en particular.

En suma, la implementación del Programa en el Hospital Esteves abrió un campo de tensiones y reordenamientos institucionales. Desde un enfoque de planificación estratégica es posible abordar el Programa y el Plan de adecuación como instrumentos abiertos a la modificación y redefinición a partir del análisis permanente de las condiciones institucionales en las cuales se están desarrollando, entendiendo que se trata de guías abiertas a revisiones y alternativas de acción. Ahora bien, es relevante señalar que la construcción del problema (institucionalización de personas con padecimiento subjetivo en instituciones manicomiales) no fue abordado cabalmente desde un enfoque de género.

Asimismo, resulta pertinente revisar las metas del Plan de adecuación a la luz del conocimiento de los últimos tres años de abordaje, y plantear nuevas estrategias que atiendan a las dificultades que se presentaron hasta ahora en los procesos de externación y generaron demoras y consecuentes vulneraciones de los derechos de los usuarios, como así también al impacto de las desigualdades de género en los problemas delimitados. Es decir, armonizar “el círculo planificación–implementación–evaluación–uso de las evidencias para la toma de decisiones que contribuyan a intervenciones más eficaces y efectivas” (Tamargo, 2018, p.36) y superar la construcción de monitoreos anclados en una lógica meramente comparativa entre lo programado y lo realizado.

Por último, las políticas públicas en salud requieren estrategias comunicacionales (Petracci y Rodríguez Zoya, 2018). La implementación del Programa implica la coordinación y articulación de los trabajadores, como así también su participación activa en los procesos de planificación. Una dimensión a contemplar es el conocimiento diferencial de los trabajadores con relación al Programa, pero los aportes del campo Comunicación y Salud permiten afirmar que la difusión de información, tanto hacia trabajadores como hacia usuarios, no basta para la implementación de políticas públicas. Es necesario explorar las configuraciones de sentido presentes en el campo donde la política pública busca implementarse. Sobre este punto profundizaré en el siguiente apartado.

6.2. La práctica profesional: legitimidad del modelo desmanicomializador

En esta sección se presenta un análisis de los sentidos y significados que los entrevistados atribuyen a su práctica profesional y su rol en el campo de la salud mental, en general, y en los procesos de externación, en particular. El análisis permite advertir la reflexión sobre la propia práctica en torno a dos dimensiones. Por un lado, desde una perspectiva disciplinar, lo que implica una serie de reflexiones vinculadas al trabajo interdisciplinario. Por otro lado, desde la revisión del trabajo cotidiano, lo cual abre un abanico de consideraciones vinculado al despliegue del mismo en el contexto de una institución de encierro y las condiciones de trabajo.

Al ser consultados sobre su rol en el campo, si bien las respuestas están atravesadas por las especificidades de cada disciplina, predomina el uso de los términos “acompañamiento” o “escucha”.

Sobre todo, escuchar, estar atento a ellas, sobre todo, acompañarlas, asistirles, ser como un agente activo de salud para ellas. (E4)

Poder alojar a la persona, poder escucharla, poder ser parte y acompañarla en su proyecto de vida. (E8)

Hay un consenso en explicitar, además, que ese acompañamiento se vincula con el objetivo de externación.

Yo quiero verlas afuera, quiero que ellas tengan su propia autonomía, y que puedan volver a recuperar todo lo que puedan, y que sean felices, Que seamos un granito de arena para que ellas puedan tener, no sé, su casita. (E2)

Creo que es acompañar procesos de externación intentado resolver algunos problemas (...) Algunas veces tendrá que ver con algo más material, porque le falta una casa o porque la familia vive muy lejos. Otras veces con cuestiones menos materiales u otro tipo de materialidad, una materialidad más subjetiva. (E7)

En las respuestas se advierte que el acompañamiento involucra diferentes dimensiones, en algunos casos se explicita la necesidad de atender a las condiciones materiales, en otros a los apoyos y la relación con los vínculos, o la necesidad de trabajar sobre las angustias y los padecimientos. En este sentido, es posible analizar que les entrevistades asumen una perspectiva integral que contempla la complejidad del objeto salud mental y que requiere un acompañamiento que atienda una diversidad de dimensiones.

Al ser consultades sobre los enfoques desde los cuales consideran que desarrollan su trabajo, la perspectiva mayormente señalada es el enfoque de derechos (mencionado por seis entrevistades). También mencionan “salud mental comunitaria” (E4, E6) o “inclusión” (E2, E9), y en menor medida “salud integral” (E10), “participación” (E9), “ejercicio de la ciudadanía” (E5), “LNMS” (E1), “interdisciplina” (E6) o “sujeto como asunto” (E7). Cuatro entrevistadas mencionan el enfoque de género (E1, E5, E8, E9). Existe consenso en afirmar que sus enfoques son compartidos por el resto del equipo de trabajo, pero no sucede lo mismo con relación a otros servicios, lo cual refuerza la dinámica servicio/isla mencionada en el apartado anterior.

Con relación al equipo, al reflexionar sobre la práctica profesional, el trabajo interdisciplinario es valorado positivamente, pero el análisis permite observar una serie de tensiones que se ponen en juego. En principio aquella que se manifiesta entre lo que otros integrantes del equipo (y en algunos casos les usuaries) esperan de cada rol profesional y las prácticas que ellos consideran que debe desarrollar. En el caso de psiquiatría esto se manifiesta

en la centralidad brindada a la prescripción de fármacos, en trabajo social a la circunscripción de la práctica profesional a la gestión, por ejemplo, mediante la tramitación del documento nacional de identidad o el certificado único de discapacidad, o en terapia ocupacional a la relevancia brindada a la dimensión física en el trabajo con les usuaries.

Asimismo, algunas entrevistades tematizan las jerarquías disciplinares al interior del campo a partir del señalamiento de la permanencia de una hegemonía del “matrimonio psiquiatría–psicología” (E1, E8) y el trabajo de legitimación que deben realizar disciplinas como musicoterapia o terapia ocupacional (E1, E4). En otra dirección, una de las entrevistadas valora positivamente los cambios generados a partir del acceso a cargo de jefatura de servicio de profesionales de diferentes disciplinas establecido por la LNSM (art. 13)

Yo me siento re bien con que a partir de la ley otras profesiones estemos habilitadas a ejercer cargos de dirección, de conducción. (...) Que es necesaria la figura del médico sí, yo no soy anti, pero es alguien más del equipo, también como soy yo, lo único diferente es que tengo el rol de conducción, pero el psiquiatra es alguien más del equipo, no se centra todo en la figura del psiquiatra. (E4)

Por último, en el marco de las jerarquías profesionales del campo salud mental donde los saberes psi detentan una posición hegemónica ante otras disciplinas, es relevante señalar que también se reproduce el rol subsidiario que enfermería presenta en el campo de la salud en general. En el marco del modelo manicomial las prácticas de enfermería se circunscriben a roles asistenciales y tutelares, ligados a prácticas de control y disciplinamiento. Contemplando esta dimensión y las relaciones de poder al interior del campo, destacan las percepciones críticas que algunas entrevistades no enfermeras manifiestan en torno a la práctica profesional de enfermería, señalando perspectivas de trabajo diferentes.

Enfermería no tiene formación en salud mental y en comunitaria. Ósea, pensar en una perspectiva comunitaria, territorial, olvidate, pero ni siquiera hay formación en salud mental. Entonces, desde las intervenciones que se hacen desde lo hablado y las intervenciones prácticas, no son en línea de autonomía, independencia. Cuesta un montón eso, es parte de lo que laburamos. (E1)

El equipo va para un lado, desde posturas distintas quizás porque tenemos profesiones diferentes, ¿no? Cuesta con las enfermeras. Si bien ahora estamos en un momento como de... comunión, no sé cómo llamarlo, cuesta. Cuesta, cuesta bastante. (E4)

Algunes entrevistades incorporan a estas reflexiones la dimensión de las condiciones laborales de enfermería y el rol de la formación, como ejes a tener en cuenta en la diferenciación de criterios y enfoques de trabajo. En un mismo sentido, las enfermeras entrevistadas reflexionan sobre su práctica profesional y el modo en que históricamente estuvo circunscrita a lo asistencial.

Nosotras veníamos de una escuela vieja digamos, del acostumbramiento, lo que te hablo de que entras y te naturalizas, porque si tenes una instrucción, una ética, a eso me refiero que estábamos formadas a la forma antigua: comer, dormir, la pastilla y a la cama. (E3)

El rol de la formación y la capacitación para el desarrollo de la práctica profesional es tematizado en algunas entrevistas como una dimensión transversal a diferentes disciplinas, pero también se advierten reflexiones vinculadas a la revisión constante de la práctica. Es decir, la formación se presenta como condición necesaria más no suficiente para la desmanicomialización. Siguiendo a Cohen y Natella (2013) es posible plantear la centralidad de la “destreza actitudinal” de los trabajadores para incorporar nuevas prácticas, como una dimensión relevante en los procesos de transformación. Los autores sostienen que es necesario desmanicomializar-se, es decir, “enfrentar los propios hábitos, miedos y prejuicios (con respecto a los pacientes, sus familias, el espacio laboral, las nuevas prácticas) determinados por la cultura y las representaciones sociales instaladas” (p.153). Ahora bien, también advierten que desmanicomializar-se es mucho más difícil para trabajadores de los manicomios. Esta dificultad es planteada por algunas entrevistadas, quienes señalan las limitaciones y los impactos que tiene el desarrollo del trabajo en el marco de una institución manicomial, el modo en que co-construyen los posibles e imposibles del manicomio y se ven, al mismo tiempo, ejecutadas por sus lógicas (Arraras y Moranelli, 2023), y la necesidad de una suerte de vigilancia práctica y epistemológica que implica supervisar las prácticas.

Yo pienso lo manicomial como una fuerza gravitacional, si uno deja de proponer o de supervisar o de controlar otra lógica de trabajo, eso opera todo el tiempo y lo atrae. (E7)

No hay posibilidad de que un sector de internación prolongada, dentro de un hospital de salud mental comunitario, no sea un manicomio. Es una contradicción en su definición. Por eso me parece que es difícil y es duro, se me pone la piel de gallina. A

mi me hace repensar mi práctica todo el tiempo... Yo vengo a aportar todo esto, pero, ¿estoy aportando o estoy siendo cómplice de sostener el manicomio? (E6)

Como que [algunos trabajadores] están institucionalizados de alguna manera. Yo siempre digo que no voy a naturalizar nunca algunas cosas que suceden en el hospital, y ese es mi miedo ¿no? Ya hace seis años que estoy acá y digo “no quiero que pasen veinte años y transformarme en algo que en el cotidiano naturalice un montón de cosas”. No quiero. (E10)

Tiene que ver con la institucionalización, que ya la persona se mimetiza con el psiquiátrico. Espero que no me pase nunca. (E4)

El miedo o la “piel de gallina” que implican las reflexiones sobre la práctica profesional y el trabajo diario se conjugan con la dinámica servicio/isla generando, en algunos casos, la percepción de soledad y de indefensión ante la lógica institucional.

Yo laburo sola acá adentro. Es más, me siento sola últimamente porque, nada... Las cosas que pasan. Es laburar en soledad acá, y también eso es muy difícil en un monstruo como es el Esteves. (E4)

Y después hay como mucho descuido del otro, no hay como mucha amorocidad en las prácticas, me parece que falta reconocer al otro como sujeto de derechos. Hay mucha cuestión personal a veces. La paciente te va a querer pegar, te va a querer tirar algo, y hay que bancar eso. Si vos no lo supervisas, o no lo trabajamos, “che, nos tiró una mesa encima”, a vos te quedan marcas, es una violencia también que recibís. (E8)

Las reflexiones en torno a la práctica profesional no se escinden del contexto en el que se desarrollan, ni de las condiciones laborales en las que se despliegan. Valero (2022) analiza los discursos de residentes de guardias en salud mental de un hospital monovalente y sostiene que los mismos configuran una “matriz de articulaciones y paradojas entre políticas públicas, saberes y prácticas profesionales” (p. 57). En un mismo sentido, podemos observar en las respuestas de les entrevistades, que esas articulaciones y paradojas vinculadas a las ambivalencias y angustias que implica trabajar en una institución manicomial, operan como condicionantes de la implementación de las políticas públicas en general y el Programa en particular. En ese contexto, las prácticas de revisión y supervisión en el marco del trabajo interdisciplinario, se configuran como resistencias a los condicionamientos del manicomio.

Con relación al rol de los trabajadores en la desmanicomialización, es posible plantear que uno de los desafíos se vincula al pasaje del trabajo-servicio al trabajo-empleo, a partir de la jerarquización de la tarea y de la implicancia por parte de los trabajadores en el proceso de transformación (Cohen y Natella, 2013). La falta de una planificación estratégica y situacional, abordada en el apartado anterior, atenta contra esa implicancia. Asimismo, el análisis permite observar que la dinámica servicio/isla y las angustias e inquietudes que manifiestan los entrevistados también pueden repercutir en su rol en la implementación del Programa, en un contexto de consensos en cuanto a los principios metafísicos generales que orientan la política pública, vinculados al modelo desmanicomializador.

Aun siendo parte de esta mierda, creemos en esto, creemos que hay forma de transformar. Me parece que eso es lo piola. Cuando sentís que ya no podés transformar, y no crees en tu laburo, me parece que ese es el momento de irse. Todavía creo en eso, creo que aun en esta mierda, podemos transformarla. (E1)

Mi rol transformador. No sé, yo estoy re orgullosa. No quiero que suene vanidoso eh, porque no es la intención. Pero me parece que contribuimos, aunque sea en un poquitito, a cambiar la vida de mucha gente. Y eso se siente fantástico. (E5)

Si me preguntás ¿Por qué seguís acá? Porque creo en la salud pública, porque yo me siento bien estando acá, me siento bien y apuesto a esto, al equipo. (E10)

La “destreza actitudinal”, necesaria para un proceso de desmanicomialización, es entendida como “la capacidad para instalar un vínculo de confianza, involucrarse hasta dar la respuesta necesaria, cuidar y acompañar, promover y respetar” (Cohen y Natella, 2013, p.169). De las respuestas de los entrevistados se desprende que sus roles se vinculan al despliegue de dicha destreza. La perspectiva de salud integral y la adscripción al modelo desmanicomializador se presentan en los sentidos y significados atribuidos a su práctica profesional, y la vigilancia práctico-epistemológica que describen sobre sus prácticas y las de compañeros se configura como resistencia al modelo manicomial y a los esquemas de percepción y acción que este impone. Siguiendo a Bourdieu, es posible plantear que la toma de conciencia no basta para modificar el *habitus* manicomial, es necesario un trabajo de contra adiestramiento que, a partir del sostenimiento y la consolidación de prácticas vinculadas al modelo desmanicomializador, pueda producir transformaciones (Dukuen, 2022).

La caracterización de los enfoques de trabajo también da cuenta de la legitimidad del modelo desmanicomializador. Ahora bien, a pesar de que el enfoque de género es mencionado,

al abordar la multidimensionalidad que implica el acompañamiento de los procesos de externación no emergen reflexiones que contemplen esta perspectiva y que configuren al género como un determinante social de la salud y el malestar para abordar los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidados.

6.3. Acompañar procesos de externación: estrategias y expectativas

El Programa se presenta como herramienta para impulsar procesos de externación de forma cuidada y sustentable. La sustentabilidad es definida por el Programa como priorización de recursos en base a las necesidades de la población e inversión de recursos para superar barreras como el acceso, la calidad de la atención y la prevención de problemas de salud mental. Les entrevistades asocian la sustentabilidad a la sostenibilidad en el tiempo, producto de contemplar aristas que exceden lo clínico, destacando principalmente la dimensión habitacional, la económica, y la provisión de asistencia, apoyos y cuidados fuera del manicomio.

Los procesos de externación, para que sean sustentables, tienen que contar con las cuestiones económicas, con una red afectiva, que no necesariamente tiene que ser familiar, tiene que contar con todo... Por ejemplo, si tiene obra social, si no tiene obra social, donde va a hacer su tratamiento, donde va a vivir, en qué condiciones va a vivir, ósea, no es solamente una sola cosa, es multifactorial. (E11)

Existe consenso entre les entrevistades en señalar que quienes se externan continúan referenciándose con el manicomio para sostener sus tratamientos, producto de la falta de atención en el primer y segundo nivel. Con respecto a los ingresos económicos, les entrevistades plantean que se sostienen principalmente a través de subsidios, jubilaciones o pensiones. En ese marco destacan el Subprograma de Externación en Salud Mental Bonaerense Asistida (Res. 2869/2016 -SUPEBA), destinado a usuaries “en situación de pre-alta o alta médica que se encuentren realizando tratamiento ambulatorio bajo prescripción médica en los Hospitales o Centros de Salud de la PBA” (art. 1) y el Programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo (Dispo. 1/2023 – PROMOVER), un programa de carácter nacional destinado a personas con discapacidad mayores de 18 años que se encuentren desocupadas, cuyas líneas de acción se vinculan a actividades asociativas de interés comunitario y actividades de apoyo a la inserción laboral. En el caso del Hospital Esteves el acceso al PROMOVER se realiza a partir de la participación de les usuaries en tres proyectos enmarcados dentro de las actividades asociativas de interés comunitario, el bar “Cruz del Sur” el proyecto textil “Aprendimiento” y la “Huerta”. Los tres proyectos funcionan al interior del Hospital.

El SUPEBA y el PROMOVER son dos programas focalizados de transferencia condicionada de ingresos, donde el Estado interviene garantizando un nivel básico de ingreso monetario para una población específica, estableciendo condicionalidades como, por ejemplo, contar con el certificado único de discapacidad (Rodríguez Enriquez, 2011). Si bien en las respuestas de les entrevistades predomina la descripción de estas herramientas, en un caso se reflexiona sobre la relación entre estos instrumentos y los modelos en tensión en el campo.

En términos prácticos es útil, porque es cierto que las mujeres acá no consiguen un trabajo o una casa, entonces el único recurso que tenemos es la tramitación de la pensión. Pero muchas mujeres acá no lo necesitarían. Y uno podría decir “es manicomial eso”, y bueno, puede ser. ¿Cómo puede ser que alguien tenga que ser declarado discapacitado para poder externarse? Si lo que necesita es dinero, no una pensión. (E8)

La construcción de datos también se orienta a la centralidad de estos instrumentos. Los Informes de monitoreo relevan la cantidad de usuaries con acceso al Certificado Único de Discapacidad y con acceso a planes contributivos y no contributivos, contemplando que “el derecho a la seguridad social es un aspecto que facilita la externación y que la hace sustentable una vez que se realiza” (MSPBA, 2021, p. 22). En el caso del Hospital Esteves, de acuerdo a los datos del último informe de junio 2022 (MSPBA, 2022a), el 62,23 % de las personas internadas en servicios de larga estadía contaba con pensión, el 11,45 % con jubilación y el 4,16 % con otros beneficios previsionales o programas de transferencia de ingresos. En cuanto al SUPEBA, 86 usuaries del Esteves eran beneficiaries en junio 2021, en noviembre 2021 ese número ascendió a 162, y en octubre 2022 descendió a 155. El monitoreo no releva ningún dato relacionado con la vinculación o revinculación con el mercado laboral. La información vinculada a la seguridad social se encuentra detallada por hospital, pero no se encuentra desagregada por género. En las respuestas de les entrevistades no se advierten reflexiones o comentarios sobre brechas de género vinculadas a los ingresos en general y al acceso al trabajo en particular, sin embargo, en tres entrevistas relatan antecedentes laborales de usuaries.

Informal. La mayoría de limpieza o de vendedora de algún local, o algún emprendimiento. Todo muy informal, en lo formal no hay mucho. (E10)

Experiencias más autónomas, precarias. Pero lo que tiene que ver con el mundo laboral formal, prácticamente no existe. Por ahí lo tenías antes, pero después prácticamente desaparece esa posibilidad. (E8)

Hay de todo, profesoras de música, bueno teníamos un piano, ahora no lo tenemos más, y ella volvió a tocar el teclado, una señora grande. Después han trabajado mucho de limpieza, y algunas con status bastante alto, que han tenido un buen pasar, con padres odontólogos o médicos. (E3)

En el caso de mujeres externadas, Hartfiel y Ardilla-Gómez (2023) plantean que se presentan dos cortes en sus trayectorias laborales, uno signado por los mandatos de género vinculados a la maternidad y las tareas de cuidado, y otro ligado al padecimiento y la internación prolongada. Las autoras sostienen, además, que la mayoría de los trabajos posteriores a la internación son más precarios y, en línea con lo señalado por les entrevistades, que se vinculan con programas como los descriptos.

Otra dimensión tematizada sobre los procesos de externación es la vivienda. En este caso las estrategias que les entrevistades relatan implican la conformación de grupos convivenciales para unidades residenciales (viviendas alquiladas para personas externadas) y la revinculación familiar. Con relación a los grupos convivenciales, se trata de una estrategia principalmente llevada adelante en la Residencia para la externación, aunque al momento de realizar las entrevistas desde el Centro de día también estaban trabajando en la conformación de un grupo. En entrevistas de los tres servicios relataron experiencias positivas vinculadas a la articulación con el PREA. En el caso del Centro de día, un desafío que se presenta ante la conformación de grupos convivenciales, se vincula a la necesidad de articulación y trabajo conjunto con la sala de la persona usuaria, obstaculizado por la dinámica servicio/isla y la diferencia en los criterios de trabajo.

La verdad que las salas de acá si te pueden tirar todo para atrás te lo tiran (...) Acá se labura blanco, blanco, blanco, y van allá y es negro. Entonces es como muy difícil para ellas hacer esa transición. Es muy difícil para ellas asimilar. (E5)

En cuanto a las viviendas relatan que se encargan de la búsqueda de las propiedades para alquilar, y también del equipamiento de las mismas, mediante donaciones. En una entrevista se señala que un desafío a la hora de alquilar una vivienda para los grupos convivenciales se vincula al desarticular el estigma con el que cargan las personas externadas, plantea que, incluso teniendo el seguro de caución de la PBA, tanto propietaries como inmobiliarias no quieren aceptarlo. Asimismo, sostiene que en los casos donde los alquileres se efectúan, les propietaries pueden constituirse en apoyos.

En los casos donde nos aceptan digamos, contas hasta con esos dueños como otro sistema de apoyos. (...) Saben quiénes son, tienen nuestros teléfonos, ante cualquier cosa. Cuando lo lograste, no siempre sale eh, ya te digo, hay gente que te dice que no y bueno, es el propietario y está en su derecho, pero no da ir con esta cosa de “es mi prima del campo”. No por nosotros, sino porque me parece que el mensaje que se le da a la mujer es horrible, y la vuelves a estigmatizar. (E6)

En cuanto a la vinculación o revinculación familiar, los datos del último Informe de monitoreo (MSPBA, 2022a) no se encuentran desagregados por hospital, pero indican que el 40,6% de las personas externadas de servicios de larga estadía viven en domicilios personales o familiares. El Informe también plantea que un mayor número de varones cis reside en unidades convivenciales, y sostiene que “respecto de los roles estereotipados asignados a mujeres y varones, las tareas de cuidado son territorio casi absoluto de las mujeres, nos abre el interrogante acerca de las diferencias halladas en relación al género respecto de las externaciones” (MSPBA, 2022a, p. 24). No se presentan nuevos indicadores vinculados a profundizar este interrogante, y no se trata de un aspecto tematizado en las entrevistas, aunque emergen reflexiones vinculadas a la familiarización del cuidado de quienes se externan. En ese marco, en algunas entrevistas señalan la necesidad de implementar estrategias que se orienten al acompañamiento por parte de los equipos de salud a las personas que se constituyen en redes de apoyo de usuaries externadas.

Nos encontramos con familias que hay que psico educar, con la patología, sobre “bueno, está bien, pasó esto en este momento de descompensación, pero no quiere decir que pase después”, hay pautas de alarma, hay cuestiones que se anticipan para que no suceda lo que paso antes. (E10)

Hay familias que están hastiadas, no es por justificar porque también hay mucho abandono, no digo que no, pero es verdad que muchos al sentirse acompañados, y al explicarles las cosas desde otro lugar, a nosotros nos sorprendió, porque pensamos que de acá nadie se iba a ir con la familia. (E4)

La psico educación y el acompañamiento de las familias como dimensión contemplada por parte del equipo de salud puede constituirse en una práctica con enfoque de género, dado que la familiarización de los cuidados reproduce la sobrecarga de mujeres y personas disidentes. El acompañamiento del equipo de salud a los sistemas de apoyos, si bien no es enunciado de esa manera por les entrevistades, puede configurarse como una práctica con

enfoque de género que permita atender, desde el Estado, a la feminización de los cuidados de personas externadas.

Otra dimensión destacada por les entrevistades a la hora de describir las estrategias de acompañamiento de los procesos de externación se vincula al trabajo en la revinculación con “el afuera” y el desarrollo de actividades de la vida diaria, sobre todo en el acompañamiento de usuaries con largos periodos de institucionalización.

En las externaciones que son más prolongadas, en general, con lo que uno tiene que lidiar son con los efectos de la institucionalización misma. Mujeres que no saben cocinar no porque tienen una característica que las invalide a eso, sino porque hace diez años que no cocinan. O no manejan el cajero hace diez años, o nunca supieron que existía un cajero automático para retirar dinero. (E8)

Nosotras nos pusimos como objetivo, justamente, que el grupo que se va a externar tiene que salir a todas las salidas. Ese grupo no puede quedar nunca afuera de las salidas. (E5)

Los procesos de externación son descriptos como multidimensionales. Los aspectos señalados se vinculan con dimensiones clínicas, habitacionales, económicas, culturales y vinculares, dando cuenta de una concepción integral de los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidados. El análisis permite observar la tensión entre resultados y procesos producto de esta multidimensionalidad, y la vulneración de derechos que esto genera.

Pensar el tema de ciertos recursos, como la PNC [pensión no contributiva] que estas un año hasta que salga, entonces llegan a esta sala y ¿cómo externas en tres meses si hasta dentro de un año no tiene un mango? Entonces eso ya hace que el proceso sea más largo. Y lo que sucede cuando el proceso es más largo es que se apropian de muchas prácticas manicomiales. (E2)

La realidad es que los procesos llevan más tiempo porque no tenes aceptada la política pública general, en cuanto a recurso, en cuanto a vivienda. (E9)

Otro aspecto que emerge a partir de la multidimensionalidad de los procesos de externación se vincula al necesario trabajo artesanal que implica el acompañamiento, es decir, es necesario atender a que cada dimensión a contemplar en el acompañamiento de los procesos será diferente en cada usuarie, por lo que no es posible es establecer recetas *a priori*.

Para lograr resultados vas a tener que diferenciar las estrategias, es decir, vos les das la mediación a todas, las levantas a la misma hora, les das la terapia y viene la familia. Bueno, pareciera que todo con eso funciona, pero no. (E9)

Cuando hay laburo previo desde las salas se ve, está reflejado cuando pasan a este tipo de dispositivos y después se externaron. Inclusive, creo que las cuatro casas que se externaron, fueron de mujeres que tuvieron trabajo previo y no tuvieron ningún reingreso. Pero bueno, es un laburo bastante... Es esto, cuerpo a cuerpo. (E10)

El acompañamiento de los procesos de externación se configura como un trabajo artesanal que presenta una hoja de ruta con dimensiones a atender (ingresos económicos, vivienda, continuidad del tratamiento, autonomía, redes de apoyo), pero que se trama en cada situación de forma particular. Les entrevistades describen estrategias que se enmarcan en el modelo desmanicomializador, pero que encuentran límites ante la falta de recursos o los tiempos para garantizarlos. Ahora bien, sin perjuicio de esta atención a la multidimensionalidad y la especificidad de cada acompañamiento, se advierte que los aspectos a contemplar no son abordados con un enfoque de género.

6.4. El género como determinante social del padecimiento

Los procesos de externación se configuran como trabajos artesanales donde, situación a situación, se atienden múltiples dimensiones, en consonancia con el carácter complejo y procesual del objeto salud mental. Les entrevistades describen un abordaje integral que se inscribe en el modelo desmanicomializador. Ahora bien, el análisis permite observar que en sus reflexiones vinculadas al trabajo que realizan, el género en tanto determinante social del padecimiento, no emerge de forma espontánea.

Al ser consultades sobre la existencia de especificidades vinculadas a trabajar con mujeres y disidencias que atraviesan un padecimiento, en las respuestas se advierte, en principio, el rol subsidiario de las disidencias manicomializadas. Ante la consulta, en dos entrevistas se relatan situaciones puntuales de acompañamiento de personas disidentes. Sin embargo, todes les entrevistades referencian a las personas internadas como “las usuarias”, “las mujeres” y en menor medida “las pacientes”, en consonancia con su caracterización del hospital como “hospital de mujeres”, reproduciendo un borramiento institucional y epistémico (Radi *et al.*, 2022) de las disidencias manicomializadas. Las reflexiones, por lo tanto, se ordenan bajo el binomio hombres-mujeres y en ese marco emergen consideraciones que tematizan la sexualidad, la violencia y los estereotipos de género.

Con respecto a la sexualidad, algunas entrevistadas plantean que se trata de una dimensión vedada para las mujeres manicomializadas.

No puede ser que acá no haya preservativos, o sueltos en la sala, o que vos tengas acá y cuando alguien hace una salida terapéutica se los puedas dar. Eso tiene que ver con rehabilitar, volver a habilitar que somos seres sexuales, y que eso está bueno. Contemplar esa dimensión porque son mujeres y tanto la sexualidad, como el disfrute, el placer, todo eso está muy vedado. Yo nunca trabajé en un hospital con hombres, pero imagino que debe ser distinto que vos entras al hospital y sos asexualada. (E2)

Acá tenemos muchas mujeres que son pareja, pero también hay mujeres que tienen pareja heterosexual que viene de afuera y acá pareciera, o parecería antes, que traspasas el portón y te convertís en una especie de ángel inmaculado al que se le borra la sexualidad, los deseos, y se te inhabilitan todas las cosas que a una mujer le pasan. (E6)

También se advierten reflexiones que problematizan la lógica heteronormativa del manicomio, y el modo en que se presupone la heterosexualidad de las usuarias.

Ha pasado en reuniones de equipo, “porque tal, miren que a la noche... habría que darle un método anticonceptivo... o más que método anticonceptivo habría que charlar con ella de enfermedades o algo, porque está teniendo relaciones” Y preguntan “¿con quién? Si acá son todas mujeres. (E2)

Advertimos esta situación porque era una mujer que estaba de novia con una chica de otra sala, y se generó un lugar de cierta intimidad, que sirve para tener un espacio más íntimo. Pero hasta entonces ni siquiera una pregunta ¿no? ¿En qué lugar? (E8)

La invisibilización de la sexualidad de las mujeres descrita en las entrevistas configura, al desarrollarse en el marco de hospitales públicos, un tipo específico de violencia, la violencia institucional (Bega Martínez, 2019). Asimismo, esta violencia, en muchos casos, profundiza otras vulneraciones previas, que sufrieron las mujeres antes de ingresar al manicomio.

Son mujeres de otra generación. Y mujeres donde siempre se les ha dicho parte de la culpa es tuya, por estar loca, que te hayan golpeado. Entonces son temas que a nosotras nos super interesan, y que cuesta mucho sensibilizar sobre eso. (E2)

Hay historias acá que yo nunca escuche en mi vida, historias muy tristes. De abandono, que les han sacado los hijos. (E5)

Muchas de las mujeres que están acá, no te quiero decir todas porque algunas no hablan y no pudieron historizar, pero te diría que el noventa por ciento sufrió historias de abuso físico o sexual muy grave, por sus progenitores o por sus parejas, y muchas fueron internadas por sus parejas. (E7)

En algunas entrevistas destacan que, a partir del trabajo en asambleas o conversatorios, pudieron reconstruir la historia de muchas mujeres. Se trata de iniciativas presentadas por integrantes de los propios equipos de trabajo dado que, tal como fue abordado en el Apartado 6.1., el enfoque de género no es incorporado desde la planificación del Programa, y las iniciativas que incluyen esta perspectiva dependen de la formación y la voluntad de los profesionales. Sin perjuicio de la notoriedad que las experiencias de violencia adquieren para les entrevistades, algunos advierten los modos en que el manicomio produce una invisibilización de la violencia a partir de formas específicas de registro y significación manicomial.

Por ejemplo, una señora que está viniendo al Centro de día y tiene, como llaman acá, un delirio erótico. “Se erotiza mucho” te dicen. Entonces claro, la mina esta todo el tiempo con una cuestión de tocarse los genitales, hablar de su genitalidad, y repetir que su papá la violaba. Pero “esta erotizada”. No, no está erotizada, está tratando de procesar que su papá la violó. Yo dije en una reunión “estar acá adentro por estar acá adentro no cura nada”. El manicomio no cura nada, estar encerrado no cura nada. (E7)

Hay que pescar qué es, y a veces no queda tan claro. Porque el que registra en la historia clínica, yo no sé si registran tanto los motivos de género. (E9)

La violencia de género que sufren les usuaries se configura como problema complejo en tanto conjuga múltiples opresiones. Siguiendo a Lugones (2021) es posible plantear que cuerdismo y patriarcado operan en simultáneo, porque la violencia por motivos de género se entremezcla con la violencia propia del encierro como modalidad de abordaje del padecimiento subjetivo del modelo manicomial.

Acá todo es salud mental. Entonces por ahí una tipa que tiene un intento de suicidio, digamos, en el fondo, la raíz es la problemática de género, es que vivió violentada toda su vida, y ahora no está con el violento, pero ¿eso como lo levantas? (E9)

La misma entrevistada reflexiona acerca de la institucionalización como respuesta ante los casos de violencia de género, y el modo en que la internación continúa operando como un recurso coercitivo que se aleja de lineamientos terapéuticos.

Ahí tenes que re pararte, en la guardia eso es un re laburazo. Porque vos la matas, a una mina que viene, digamos, ingresa a una institución así, que no te debería ingresar nadie, pero imagínate si ingresa, se te configura, digamos, sos la loca. Fuiste violentada y sos la loca, re victimizada acá adentro. (E9)

En un mismo sentido, aunque sin circunscribirlo a situaciones de violencia de género, Arraras y Moranelli (2023) señalan que los equipos de guardia del Hospital Esteves suelen implementar la internación involuntaria como regla, y se interrogan sobre las prácticas que podrían emerger si ese recurso estuviera vedado. Asimismo, la entrevistada indica las dificultades que emergen cuando, ante estas situaciones se intenta derivar a otros dispositivos.

Porque a nosotros también, si es una paciente con problemas de salud mental graves, nos cuesta un montón derivarla por género. “No, loca del Esteves” (...) Un re estigma. De hecho, para ir a hogares y todo. Si vos estuviste en el Esteves sos peligroso, el viejo paradigma vuelve, en vez del riesgo cierto o inminente. (E9)

A partir de las conceptualizaciones de Lugones (2021) es posible analizar que la dinámica de opresiones entremezcladas que viven las usuaries manicomializadas víctimas de violencia de género, les configura como miembros opacos dentro de dos categorías de grupos oprimidos, las mujeres que sufren violencia de género y las personas con padecimiento subjetivo. Las “locas del Esteves” son, por lo tanto, identidades opacas para las políticas de género que buscan atender a la problemática de la violencia, y se mantienen en los márgenes de las políticas en salud mental. La respuesta manicomial construye una invisibilización de las violencias entremezcladas al operar bajo la fragmentación categorial (persona con padecimiento subjetivo/víctima de violencia de género). Asimismo, las opresiones entremezcladas cuerdistas y patriarcales también emergen en el acompañamiento de los procesos de externación. En algunas entrevistas relatan situaciones de violencia y vulnerabilidad que sufrieron mujeres que acompañaron.

Una usuaria que se quiere ir, y estamos laburando en la externación, pero no hay recursos, porque vas con Incluir salud y no hay, y se fugó del hospital, tomó el bondi hasta Capital, fue a la policía y el policía abusó de ella. Esto hace un mes, dos meses. Situaciones así son... En cuanto una se fuga yo lo primero que pienso es eso. Che, que cagada, ¿Dónde estará? (...) Por ahí nos puede pasar a nosotras, pero siendo una mujer con padecimiento mental, la policía al toque... porque fue como “bueno, y ¿de dónde venís? Y que esto, y lo otro” Aparte ella te lo cuenta. “No, soy del Hospital Esteves. Me fugué, soy paciente”. Se bajó los pantalones. Digo, es una dimensión más que se suma como factor de riesgo podríamos decir. Entonces esas también son cosas a contemplar. (E1)

Por ahí que la mujer se va y se va con alguien. Vienen acá a la entrevista, se presentan, nos dan los datos, y después le afanaron todo, la mujer vuelve acá sin nada. Bueno, eso es muy frecuente. Y si la solución, o la respuesta a eso, es reforzar el manicomio, es un problema también. Decir “bueno, de acá se tienen que ir todas solas” o, no se “no pueden tener pareja”, primero que no se puede prohibir eso, eso sucede. Y después que está bueno que suceda. (E8)

Las vidas de las mujeres manicomializadas se configuran biopolíticamente como vidas desnudas, expuestas al abandono (Lupino y Mónaco, 2011). Ahora bien, la respuesta a ese abandono por parte del sistema de salud no debiera ser el refuerzo tutelar y la vulneración de derechos. Mientras que en el segundo relato se advierte una problematización del habitus manicomial del equipo de salud ante las situaciones de vulnerabilidad y violencia que viven las usuarias de salud, en el primer relato se advierte el uso de los términos “fuga” o “factor de riesgo”, que dan cuenta de un refuerzo tutelar en el acompañamiento de esa usuaria. También se observa que la situación descrita dejó marcas en la entrevistada, que se manifiestan en su alerta y sus temores. En una investigación realizada por Coutinho de Almeida Maltéz (2022) donde se analizan narrativas acerca del padecimiento subjetivo de mujeres y varones que realizan tratamientos ambulatorios en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la autora describe que una práctica común de usuarias internadas consiste escaparse de los monovalentes al inicio de la internación, producto de diferentes motivos como el desacuerdo con la internación, la recepción de maltratos de profesionales o pares, las negativas a permitir salidas por parte del equipo tratante o las malas condiciones edilicias. Si bien excede los alcances del presente trabajo, es posible indagar las prácticas de “fuga” como resistencias a la opresión manicomial.

Como vimos hasta aquí, la violencia y la sexualidad son los significantes en torno a los cuales se ordenan los discursos vinculados a la especificidad de trabajar con mujeres con padecimiento subjetivo. Sin embargo, algunas entrevistadas también reflexionan sobre el modo en que los estereotipos de género operan en los procesos de salud-padecimiento-atención-cuidados.

¿Por qué una mujer está mejor o más estable o más adaptada si lava los platos que la que no? Hay algo ahí. Nosotras tenemos mucho esto de que recupere autonomía, que pueda hacer las tareas de la casa y bla, muy vinculado a una mejora, y después si te ponés a pensarlo es complejo, ¿Por qué está mejor la que quiere lavar los platos que la que no? (E7)

No sé, pensemos alguna actividad, “que hagan costura, que hagan cocina”, y a mí eso me... Esperen, podemos hacer otras cosas. Desde las mujeres mismas, también, eso sucede un montón, que ellas te dicen “y, yo quiero volver a saber cómo limpiar porque cuando vuelva a mi casa le tengo que limpiar a mi marido” Y vos decís... Entonces todo ese laburo que haces... (E2)

Están las historias, ¿no? “Desafectivizada con los hijos”, “No realiza tareas” Como esta cosa de perpetuar que como hubo una mujer que dio a luz tiene que ser madre con lo que eso implica. Bueno, tal vez no se le canto las pelotas ser madre. ¿Eso hace que tenga que estar internada en un manicomio? (E7)

Se advierte en estas reflexiones la problematización de estereotipos de género que asocian a las mujeres con las tareas de cuidado, las responsabilidades vinculadas a la gestión del hogar y la maternidad. También se observa que les entrevistadas advierten el modo en que no responder a esos estereotipos se configura como argumento para la narrativa manicomial, a partir de la patologización de las mujeres.

Asimismo, en algunas respuestas ante la pregunta vinculada a la especificidad de trabajar con mujeres y disidencias con padecimiento subjetivo, tres entrevistadas mujeres, dos de ellas enfermeras, tematizan la identificación que sienten por la identidad de género compartida.

Y además son mujeres que algunas son de mi edad, y comparto muchas cosas. Y hay abuelitas que vos las escuchas y decís “guau”, yo soy abuela, pero ella me cuenta y yo

siento lo que me está contando, por el solo hecho de ser abuela. Y toda esa lucha, y todo ese esfuerzo, y todo lo que hicieron, no fue en vano. (E3)

La particularidad es que uno puede llegar a conocerlas también desde el lado de que una es mujer. Hay como cierta comunión desde el vamos. (E4)

Hay una cuestión ahí que me siento como más segura laborando con mujeres. O también conectando desde otro lugar. (E11)

Por último, aunque en menor medida, en algunas entrevistas se menciona la desigualdad en el acceso a derechos, como la educación y el trabajo.

En el estigma, en el acceso a recursos en todo sentido. Un hombre, pensando en alguien de 50 años, un hombre que ha tenido un padecimiento por ahí terminó la escuela, ha tenido experiencia laboral, una mujer no, no terminó la escuela, de trabajar ni hablar. Hay una infantilización mucho más en la mujer que en el hombre. A veces tiene que ver con la sintomatología, pero a veces no, tiene que ver con otras cosas. (E2)

Quizás la mujer puede estar más vulnerable en cuanto a encontrar un lugar para laborar, que capas un hombre lo va a conseguir más rápido. Su propia seguridad ¿no? Quizás en esas cosas las podría ver diferentes. (E11)

Las brechas de género en el acceso a recursos económicos es el aspecto menos tematizado en las entrevistas. Se trata de una dimensión que, en general, no se presenta en las reflexiones vinculadas al trabajo con mujeres, ni ante las preguntas sobre obstáculos o facilitadores que pueden presentarse al acompañar procesos de externación. Tampoco se presentan datos en los Informes de monitoreo (MSPBA, 2021, 2022a) que indaguen sobre las brechas de género en el acceso a la vivienda, el trabajo o la educación, información que resultaría pertinente para intervenir sobre los obstáculos que pueden presentarse en la externación de usuaries desde un enfoque de género.

Asimismo, dado que el hospital continúa brindando atención e internando usuaries (ver Apartado 6.1), resulta pertinente construir indicadores y relevar información desde un enfoque de género, para conocer quienes requieren de atención hoy e intervenir de forma adecuada. En una de las entrevistas emerge una reflexión vinculada a que las estrategias implementadas muchas veces desconocen la realidad actual de les usuaries.

¿Cuál es el tipo de acompañamiento que esta nueva población requiere? Yo no lo sé del todo, la verdad es que no lo sé. Sí me parece que, lo diría así, y también vinculado a los procesos de externación, a veces no ser demasiado ambiciosos con los objetivos que este lugar tiene. A veces me parece que hay que acompañar a mujeres con esa característica, ¿no? Que por ahí salen de noche, que por ahí en algún momento consumen algo, que se exponen a veces a algunas situaciones un poco riesgosas, a veces vinculadas con hombres, se exponen a situaciones de cierta vulnerabilidad. Bueno, se tratará en principio de poder acompañar mujeres con esas características, y sin aspirar a que sean la mujer que mira Doña Petrona, sin eso como un lugar de aspiración. (E8)

La institución manicomial impone esquemas de normatividad sexual sobre los cuerpos a partir de la construcción de subjetividades femeninas y masculinas cuerdas. En el caso de las mujeres, de acuerdo a lo analizado en las entrevistas, estereotipos vinculados a la asexualidad, el rol de cuidado y la maternidad insisten en el manicomio, pero son problematizados o puestos en suspenso por les entrevistadas.

Ahora bien, las mujeres y las disidencias manicomializadas se encuentran en una zona ambigua de la imposición del sistema género colonial moderno (Lugones, 2008), en el sentido de que no es posible universalizar estereotipos de género sin atender a la especificidad de la institucionalización y el padecimiento como elementos que operan en esa construcción. Trasladar, por ejemplo, el mandato de maternidad obligatoria que rige sobre “las mujeres” a las usuarias manicomializadas implicaría una simplificación y opacaría las especificidades de esas vidas donde estereotipos vinculados al género y la locura operan en simultáneo. Parafraseando a Lugones, la existencia de “las locas del Esteves” demuestra el cuerdisimo de mujer como categoría universal y el sexismo de personas con padecimiento subjetivo como término que busca referenciar a este colectivo. El modo en que los sistemas de opresión se entremezclan convoca a desafiar esa fragmentación categorial para que “las locas y los loques” se vuelvan visibles para las políticas públicas.

7. REFLEXIONES FINALES

Este capítulo, donde se presentan las consideraciones finales de la investigación, se ordena en tres apartados. En el primero repongo los principales hallazgos de la investigación, seguidamente presento propuestas de líneas de investigación vinculadas a emergentes del trabajo y, por último, comparto reflexiones vinculadas al rol y el aporte que la comunicación puede realizar al campo de la salud mental en general, y a las políticas del campo en particular.

7.1. Principales hallazgos

A lo largo de la investigación me propuse indagar los desfases entre las concepciones de padecimiento subjetivo y género vigentes en la formulación e implementación de políticas y programas de salud mental. Específicamente entre los supuestos integrales de salud mental vigentes en el Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, y los estereotipos de género emergentes en la implementación de procesos de externación de personas usuarias. Este problema fue abordado a partir del análisis de los sentidos en torno al padecimiento subjetivo y al género de los trabajadores profesionales que se encuentran acompañando procesos de externación de usuaries en el Hospital Esteves en el marco de la implementación del Programa, durante el periodo enero 2020 – abril 2024. Para lograr los objetivos propuestos se llevó adelante una investigación de tipo cualitativa que me permitió, a partir del desarrollo de entrevistas en profundidad, acceder a las interpretaciones y experiencias de los profesionales

Los abordajes teóricos motorizados para el análisis se presentaron en el capítulo 4 “Miradas teóricas del problema” y se construyeron a partir de la articulación entre salud mental, comunicación, género y políticas públicas. La contextualización del problema de investigación se abordó en el capítulo 5 “La problemática y su contexto”, donde repuse un panorama de las variaciones históricas vinculadas al modo de conceptualizar y abordar los padecimientos, y describí el proceso llevado adelante en Argentina, junto con la caracterización del Programa “Buenos Aires libre de manicomios” y la historia del Hospital Esteves. Por último, el proceso de análisis se llevó adelante en el capítulo 6 “Análisis”, a partir de cuatro ejes estructurados en base a los objetivos específicos de la investigación.

Con respecto a las opiniones y percepciones sobre el Programa el análisis permitió advertir que su implementación, a partir del Plan de adecuación en el hospital, abrió un campo de tensiones y reordenamientos institucionales con impacto diferencial para cada servicio, signado por un contexto de fragmentación institucional que denominé dinámica servicio/isla, donde prima el conocimiento parcial del trabajo de otros servicios y, en ocasiones, la diferencia de criterios de trabajo con impactos desfavorables para el acompañamiento de los procesos de

externación. En ese marco, se presenta un conocimiento diferencial sobre el Programa por parte de las entrevistades, y sus opiniones y percepciones no son unánimes, dado que están atravesadas por los efectos que su implementación generó en su trabajo diario. Asimismo, se advirtió que prima el acuerdo con los principios metafísicos generales que orientan la política pública, pero les entrevistades sostienen críticas sobre su implementación en torno a dos puntos nodales, la tensión entre resultados y procesos, es decir, entre las metas planteadas por el Programa y el Plan de adecuación y los tiempos necesarios en la práctica para alcanzarlas; y en algunos casos la percepción de una planificación normativa. Por último, el análisis permitió advertir la falta de planificación estratégica con enfoque de género, lo cual pudo observarse tanto a partir de las suposiciones de las entrevistades en torno a su incorporación en el Programa, como también en el instrumento de evaluación del Programa (los Informes de monitoreo) donde no se presentan indicadores que recojan cabalmente esta perspectiva. En suma, la incorporación o no del enfoque de género para el trabajo diario y el acompañamiento de los procesos de externación se vincula a las inquietudes y la formación de los profesionales.

En relación a los significados que atribuyen a su práctica profesional y a su rol en los procesos de externación, fue posible advertir que las entrevistades brindan centralidad a la escucha y el acompañamiento como dimensiones centrales del trabajo, y destacan que el objetivo de su práctica se vincula a la externación de les usuaries. Además, valoran positivamente el trabajo interdisciplinario, aunque fue posible advertir el modo en que tensiones históricas del campo, como por ejemplo la hegemonía de los saberes psi, persisten e insisten en el trabajo diario. El posicionamiento de las entrevistades desde el acompañamiento, centrado en el objetivo de externación, junto a la valoración del trabajo interdisciplinario y la descripción de los enfoques a partir de los cuales consideran que su trabajo es llevado adelante, me permitieron afirmar que la perspectiva integral de la salud mental y la adscripción al modelo desmanicomializador se presentan en los significados atribuidos por los trabajadores a su práctica profesional y a su rol en los procesos de externación de las personas usuarias. Sin embargo, el análisis permitió reponer las tensiones que emergen a partir de los condicionamientos que impone el desarrollo del trabajo en el marco de una institución manicomial. La formación aparece como una estrategia necesaria más no suficiente para transformar esquemas de percepción y acción propios del modelo manicomial, mientras que la vigilancia de la propia práctica y la del equipo, y el contra adiestramiento fueron analizados como actos de resistencia ante el habitus manicomial. Asimismo, pudo observarse el modo en que las tensiones entre la adscripción al modelo desmanicomializador y el despliegue de la

propia práctica en una institución manicomial generan, en algunos casos, miedos y angustias, sensaciones agravadas por la dinámica servicio/isla del hospital que genera la percepción de aislamiento e indefensión, en lugar de promover el trabajo en equipo entre servicios y la posibilidad de inscripción en un proyecto común. Por último, el análisis permitió advertir que, si bien prima una perspectiva integral de la salud mental, que contempla la multidimensionalidad de su objeto, y se enmarca en el modelo desmanicomializador, el género no se presenta como una dimensión emergente en las reflexiones de los entrevistados.

En relación con las estrategias y expectativas vinculadas a los procesos de externación que acompañan, el análisis permitió caracterizar la externación como un proceso que implica un trabajo artesanal, donde la atención a múltiples dimensiones se configura de forma específica en cada sujeto. Esta multidimensionalidad expresa el carácter complejo, procesual e integral de la salud mental, y la necesidad de abordarla de forma interdisciplinaria e intersectorial. Las estrategias descritas por los entrevistados contemplan el acceso a la vivienda, el sostenimiento económico, las redes de apoyos, la promoción de la autonomía y la continuidad del cuidado y la atención. En cuanto a la vivienda, se orientan a la revinculación familiar o la conformación de grupos convivenciales para compartir unidades residenciales. Con respecto al soporte económico, las estrategias se centran casi exclusivamente en los programas de transferencias condicionadas. En relación con las redes de apoyo, los entrevistados destacaron favorablemente la articulación del equipo de salud con las personas que ejercen roles de cuidado y acompañamiento. En este punto, al tomar en consideración la feminización de cuidados, es posible sostener que la contemplación de esta dimensión por parte del equipo de salud puede constituirse en una práctica con enfoque de género, aunque no fue planteada en esos términos por parte de los entrevistados. Por último, con respecto a la continuidad de la atención, los entrevistados indicaron que las personas externadas siguen referenciándose con el manicomio, lo cual constituye un punto crítico en la implementación de una política pública que busca transformar el sistema de atención. En suma, el análisis permitió advertir que los entrevistados, al igual que en los sentidos y significados atribuidos a sus prácticas, brindan legitimidad al modelo desmanicomializador y despliegan estrategias de externación en esa clave. Sin embargo, nuevamente el género no emerge como una dimensión relevante en las estrategias de externación, y no se presenta de forma espontánea como un determinante social de la salud o del padecimiento, a pesar de que, como fue abordado en el eje salud mental y género de los antecedentes, los roles atribuidos socialmente a las mujeres se conjugan con los malestares y el modo de abordarlos.

Por último, respecto de la emergencia de estereotipos de género en el acompañamiento de los procesos de externación, en principio pudo advertirse el borramiento institucional y epistémico de las disidencias manicomializadas. El hospital fue presentado por las entrevistadas en todo momento como un “hospital de mujeres” y las personas allí internadas se categorizaron como “mujeres”, “usuarias” o “pacientes”. A partir de ese borramiento, las reflexiones en torno a la institucionalización y el acompañamiento de los procesos de externación se configuraron a partir del binomio hombres–mujeres y se estructuraron a partir de tres grandes ejes: la sexualidad, la violencia y los estereotipos de género. Con relación a la sexualidad fue posible advertir el modo en que el modelo manicomial continúa vulnerando el derecho a la sexualidad y la intimidad de las mujeres institucionalizadas a partir de, por ejemplo, la presunción de heterosexualidad o asexualidad de las usuarias. La producción y reproducción de violencia institucional también fue abordada a partir de la invisibilización de la violencia de género que muchas mujeres institucionalizadas sufren o han sufrido, atendiendo al modo en que la narrativa manicomial, a partir de sus procesos de construcción de registro e intervención invisibiliza la violencia de género. El análisis desde un enfoque de género decolonial permitió advertir la opacidad de “las locas del Esteves”, producto de la separación categorial que opera en el despliegue de las políticas públicas y que no permite dar cuenta de las opresiones entremezcladas cuerdistas y patriarcales. Ahora bien, fue posible advertir que algunas entrevistadas problematizan y reflexionan sobre las violencias que el modelo manicomial produce y reproduce sobre las mujeres, y sobre los estereotipos de género que operan sobre las mujeres institucionalizadas. Sin perjuicio de esto, estas problematizaciones no se incorporan a la hora de pensar y abordar los procesos de externación. Por lo tanto, fue posible concluir que las reflexiones en torno a los estereotipos y las brechas de género no son incorporadas a la hora de plantear estrategias de acompañamiento de los procesos de externación.

La puesta en diálogo de los diferentes ejes de análisis que estructuran esta investigación permite concluir que existen acuerdos con los principios metafísicos generales que orientan el Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, enmarcados en el modelo desmanicomializador. Esto pudo observarse tanto en los significados que les entrevistadas atribuyen a sus prácticas como en las estrategias de externación que llevan adelante. Con relación al enfoque de género, el análisis permite advertir que no es incorporado desde un enfoque de planificación estratégica por parte del Programa. Con respecto a las entrevistadas, los sentidos sociales en torno al género que se presentan en sus discursos se ordenan en base al

cissexismo, la heterosexualidad, la violencia y la sexualidad y, si bien problematizan estereotipos de género, no incorporan al género como determinante social del proceso salud-padecimiento-atención-cuidados a la hora de abordar estrategias de externación, y advierten que el manicomio continúa vulnerando derechos de mujeres y disidencias manicomializadas.

El objetivo del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”, la externación de usuaries manicomializadas en hospitales públicos de la PBA, no fue construido cabalmente desde un enfoque de género, por lo que resulta pertinente revisar las metas y construir evaluaciones que incorporen esta perspectiva y que sean la base para el abordaje de nuevos objetivos. La planificación estratégica con enfoque de género puede, además, contribuir a la consolidación de un habitus desmanicomailizador, a partir de la incorporación de los trabajadores a la planificación y su implicancia en el proceso, favoreciendo prácticas resistentes vistas a lo largo de este trabajo, como la vigilancia práctica, el contra adiestramiento y el trabajo interdisciplinario.

7.2. Propuesta de nuevas líneas de análisis

Antes de concluir resulta pertinente reponer algunos emergentes del análisis que quedaron fuera del trabajo ya sea por su extensión, complejidad o por exceder los alcances planteados en los objetivos de investigación, pero que constituyen líneas abiertas a futuras investigaciones y que, entiendo, pueden aportar al análisis sobre la implementación de políticas públicas en salud mental.

En principio, contemplando el recorte temporal de la presente investigación, y atendiendo a que la implementación del Programa inició en el año 2020, resulta relevante señalar la escasa aparición de la pandemia de COVID-19 como una dimensión tematizada en las entrevistas. Este aspecto, que atravesó el trabajo diario en general y la implementación del Programa en particular no fue abordado por les entrevistades al ser consultades sobre sus opiniones o percepciones sobre el Programa. Entiendo que resulta un aspecto a indagar para conocer si las estrategias llevadas adelante en el Hospital Esteves en el marco de la pandemia de COVID-19 se constituyeron en facilitadores u obstaculizadores de la implementación del Programa, como así también poder conocer las estrategias de cuidados implementadas con les usuaries y les trabajadores en el contexto de dinámica servicio/isla descrito en esta investigación.

Por otro lado, considero que resulta relevante construir interrogantes que articulen la feminización del sector salud, con los miedos y las angustias que les entrevistades mencionaron

con relación a “naturalizarse” o, podríamos decir, a manicomializarse. Es decir, desde un enfoque de cuidados, indagar sobre las prácticas que el sistema de salud construye (o no) para acompañar y escuchar (dimensiones también abordadas en este trabajo) a las mujeres que hoy trabajan en el manicomio, y que se constituyen en agentes estatales encargadas de implementar las políticas públicas en salud mental. A lo largo de esta investigación las personas entrevistadas plantearon sus acuerdos y consensos con el modelo desmanicomializador, y describieron tácticas para desmanicomializar-se. Sin embargo, la dinámica servicio/isla y la falta de planificación estratégica atentan contra esas estrategias. En ese marco, considero que resulta relevante, desde un enfoque de género y los aportes de los feminismos, indagar en las prácticas de resistencia manicomial de las trabajadoras y contribuir al diseño de una planificación estratégica con enfoque de género que incorpore la dimensión del cuidado. El paso del trabajo–servicio al trabajo–empleo descrito en esta investigación requiere la jerarquización de la tarea de los trabajadores de salud (en términos materiales y simbólicos), como así también colocar al cuidado en el centro del diseño de políticas públicas de transformación.

En ese marco, un emergente relevante a señalar y que considero podría constituir indagaciones futuras, se vincula al rol de enfermería en el campo de la salud mental. Se trata de una profesión históricamente feminizada, asociada a los cuidados y desjerarquizada en el campo de la salud en general y la salud mental en particular. En esta investigación fue posible rescatar emergentes vinculados a las tensiones entre trabajadores enfermeros y trabajadores de otras profesiones. Considero relevante analizar estas tensiones desde un enfoque de género, y construir investigaciones que indaguen en las prácticas y los sentidos sociales en torno al padecimiento subjetivo de profesionales enfermeros que se encuentran trabajando en instituciones manicomiales.

Por último, la indagación sobre la implementación de políticas públicas en salud mental en general, y sobre el Programa en particular, debe incorporar las voces de los usuarios de salud mental, de las locas y los loques. Esto no solo constituye un acto de riqueza analítica, sino de democratización. Ahora bien, estas investigaciones deben efectuarse desde una perspectiva no extractivista y teniendo como horizonte una planificación estratégica con enfoque de género que les ubique como actores legítimos de enunciación. Para esto, es necesario indagar desde coordenadas teóricas que vayan más allá de reduccionismos que solo “leen” opresión, y se orienten a analizar, también, las resistencias de los usuarios. Considero que las preguntas y problemas de las ciencias de la comunicación en diálogo con el enfoque decolonial propuesto

por María Lugones pueden constituirse en suelo fértil para plantar interrogantes sobre los modos de resistencia manicomial de los locos y su rol en la desmanicomialización.

7.3 Comunicación para la desmanicomialización

Para concluir me interesa enfatizar en la apuesta teórica en construcción, que implica pensar y abordar los temas y problemas del campo de la salud mental desde la comunicación. Esta apuesta, que es teórica y afectiva, se conjuga hace años en una pregunta que insiste: ¿Qué puede aportar la comunicación al proceso de desmanicomialización? (Mon, 2017). La voluntad de responder ese interrogante *tramoya* lecturas, búsquedas, alianzas, conversaciones, y, en el devenir de esas tramas se va acercando a algunas respuestas.

En principio, afirmar que la comunicación aporta al proceso de desmanicomialización por su potencial para indagar los sentidos sociales del campo de la salud mental, sentidos que se ponen en juego a la hora de conceptualizar y abordar los padecimientos, y que presentan configuraciones históricas que dan cuenta de las relaciones de poder del campo. Los modos en que padecemos y las terapéuticas que socialmente se nos presentan para abordar los malestares tiene anclajes sociales y culturales. La comunicación permite interrogar y analizar esos anclajes.

Además, la comunicación aporta al proceso de desmanicomialización por su potencial para poner en primer plano la disputa en el terreno de la cultura que todo proceso de transformación requiere. Los cambios necesarios en el campo de la salud mental, ya sea a través de políticas públicas como de experiencias militantes y activistas, no solo requieren de más y mejores recursos, sino también transformaciones de las prácticas, sentidos y significaciones que las atraviesan. Desde la comunicación es posible indagar el modo en que los sentidos sociales circulan y como son re apropiados a partir de mediaciones y re significaciones. Es posible derribar estigmas y problematizar estereotipos que circulan en torno a la locura y el padecimiento, y construir otros modos de habitar y abordar el malestar que sean más justos y amorosos. Asimismo, la comunicación aporta a la desmanicomialización al construir espacios democráticos que se orienten a garantizar derechos y reparar violencias históricas que han sufrido y sufren las personas locas y manicomializadas.

El desarrollo de este trabajo me permitió seguir construyendo respuestas a un interrogante que de ningún modo está saldado, y seguirá insistiendo y *tramándose* en diálogo con otros.

REFERENCIAS

- Adissi, G. (2021) Estrategias cualitativas de investigación social en salud. Qué son y que suponen las estrategias cualitativas de investigación en salud. Dirección de investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Ardilla-Gómez, S.; Hartfiel, M. I.; Fernández, M.; Ares Lavalle, G.; Borelli, M.; Stolkiner, A. (2016) El desafío de la inclusión en salud mental: Análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. **Salud Colectiva**, **12** (2) 265-278.
- Arraras, J. y Moranelli, M. S. (2023) Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones desde el monovalente. **Revista Debate Público. Reflexión desde el trabajo social**, **13** (25) 115-123.
- Barukel, A. (2014) Decolonialidad y salud mental. Perspectivas de un diálogo. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Bega Martinez, R. (2019) **Mujeres, padecimiento mental y violencias por razones de género: derechos humanos y acceso a la justicia. Análisis en el Partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina (2014 – 2022)** [tesis de maestría] Maestría en Derechos Humanos. Universidad Nacional de La Plata.
- Bernal, S.; López, M.; Plantamura, M. F.; Percovich, N.M. (2021) Promoción de externaciones en un hospital monovalente en la Provincia de Buenos Aires. **Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social** (22) 97-105.
- Bianchi, E. (2019) Ciencias sociales, salud mental y control social. Notas para una contribución a la investigación. **Revista Salud Mental y Comunidad** (7), 12-28.
- Bianchi, E. y Sabin Paz, M. (2023) Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital psiquiátrico. **Revista Estudios Feministas**, **31** (1), 1-18.
- Bonder (1998) Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. **Género y Epistemología: mujeres y disciplinas**. Programa Interdisciplinario de estudios en género. Universidad de Chile.
- Bottinelli, M. M. (2018) El derecho a la salud, la salud como derecho. Sobre el marco normativo en salud mental y adicciones, y los dispositivos para su implementación. En Tisera, A.; Lohigorry, J.; Bottinelli, M.; Longo, R. **Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental**. Editorial Teseo. PP. 13-32.

- Bourdieu, P. (1990) **Sociología y cultura**. Editorial Grijalbo.
- Briolotti, A. S. y Lubo, F. (2012) Locura y sociedad: un debate sobre comunidades terapéuticas en la revista los libros. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- Bruno, D. (2012) Comunicación y políticas públicas en la Argentina Pos neoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada. **Revista *Question*. Volumen 1** (34), 14-22
- Burgos Díaz, E. (2005) Sobre la transformación social. Butler frente a Braidotti. **Riff-Raff. Revista de pensamiento y cultura**. 144-162.
- Butler, J. (1990) **El género en disputa**. Paidós. México.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., Riva Roure, M. R. (2009) El P.R.E.A.: una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. **Revista Argentina de Psiquiatría (XX)**, 299-307
- Caponi, S. (2015) **Locos y degenerados. Una genealogía de la psiquiatría ampliada**. Lugar Editorial.
- Caponi, S. (2019) Scientia Sexualis: el lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría. En Miranda, M. (comp.) **Las locas: miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental**. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] (2007) Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. <https://bit.ly/4e9mubr>
- Centro de Estudios Legales y Sociales [CELS] (2015) Cruzar el muro. Desafíos y propuestas para la externación del manicomio. <https://bit.ly/3MxrOJC>
- Cohen, H. y Natella, G. (2013) **La desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro**. Editorial Lugar.

- Comisión Provincial por la Memoria (2023) Informe Anual 2023. El sistema de la crueldad XVII: sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires. <https://bit.ly/4daevdb>
- Connell, R. (2013) Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva global y local. *Nómadas* (Col) 39, 63-77.
- Contursi, M. E. y Ferro, F. (1999) Mediación, inteligibilidad y cultura. Documento de cátedra. Facultad de Ciencias Sociales. Buenos Aires.
- Coutinho de Almeida Maltéz, M. F. (2022) **Género y Salud Mental: Narrativas Generizadas Acerca del Padecimiento Mental en Mujeres y Varones Usuarixs de Servicios Públicos de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.** [tesis de maestría] Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Crenshaw, K. W. (2012) [1991] Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En Platero, L. (editor) **Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada.** Bellaterra.
- Disposición 1/2023 [Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social] Programa promover la igualdad de oportunidades de empleo. 5 de enero, 2023. <https://bit.ly/3zbf9cB>
- Demasi, A. A. (2011) **Emprendimientos sociales de salud mental. Ensayo sobre una práctica antimanicomial como forma de resistencia de las personas con padecimiento mental.** [tesina de grado]. Universidad de Buenos Aires.
- de Sousa Campos, G. W. (2001) La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. **Gestión en Salud: en defensa de la vida**, 71-83.
- Di Pietro, PJ (2015) Andar de costado: Etnicidad, Sexualidad y Descolonización del mundo travesti en Buenos Aires. En Raúl Moarquench Ferrera-Balanquet (editor) **El Andar Erótico Decolonial.** Ediciones del Signo.
- Dukuen, J. (2022) Ambigüedad e indeterminación en la antropología de Bourdieu. Una lectura desde la fenomenología de Merleau-Ponty. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales; Tla-Melaua; 16; 8-2022; 112-146.
- Espinel Vallejo, M. (2022) Colonialismo Médico: El papel del discurso y de las prácticas médicas y psiquiátricas en la configuración del poder colonial en África durante los

siglos XIX y XX. *IX Dossier de Salud Internacional Sur Sur*. Ediciones GT Salud Internacional CLACSO.

Esteban, M. L. (2006) El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. **Revista Salud Colectiva** (1) 2, 9-20.

Faraone, S. (2012a) **Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la Argentina (1983-2010). Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas**. [tesis doctoral] Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Faraone, S. (2012b) 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.

Faraone, S. (2013) Reformas en salud mental: dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. **Revista Salud Mental y Comunidad** (3), 29-40.

Faraone, S. y Barcala, A. (2020) **A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible**. Editorial Teseo.

Flink, U. (2015) **El diseño de investigación cualitativa**. Morata.

Ford, A. (2002) Comunicación. En Altamirano, C. (dir) **Términos críticos de la sociología de la cultura**. Paidós.

Foucault, M. (2009) [1961]. **Historia de la locura en la época clásica I y II**. Fondo de Cultura Económica.

Freytes Frey, M. I. (2020) Reflexiones sobre la implementación de políticas públicas en Salud Mental. A treinta años de Caracas y diez de la Ley Nacional de Salud Mental. **Revista Salud Mental y Comunidad** (9), 130-136.

Galende, E. (2008) **Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser**. Lugar Editorial.

Galende, E. (2020) Prólogo. En Faraone, S. y Barcala, A. **A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Coordenadas para una cartografía posible**. Editorial Teseo.

Gibbs, G. (2012) **El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa**. Morata.

Goffman, E. (2001) [1961]. **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Amorrortu.

- Grimson, W. R. (1972) **Sociedad de locos: experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico. Buenos Aires.** Nueva visión.
- Guzmán Barcos, V. y Montaña Virreira, S. (2012) Políticas públicas e institucionalidad de género en América latina (1985-2010). Santiago de Chile. CEPAL.
- Hartfiel, M.B.(2022) De cuerpos reclusos a sujetos de derecho. La experiencia de externación de instituciones manicomiales, la inclusión social y laboral de mujeres en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. En Bindi, S. y Carbonelli, M. (coord.), **Cuerpos políticos y políticas de los cuerpos. Estudios comparados sobre el cuerpo, en la encrucijada entre salud, religión, violencia y poder.** (pp. 150-167). Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - CEIL-CONICET.
- Hartfiel, M. y Ardilla-Gómez, S. (2023) Significaciones y prácticas en torno al trabajo de mujeres externadas de un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina. **Vertex Revista Argentina de Psiquiatría**, **34** (159) 29-39.
- Henning, B. (2022) Algunas reflexiones político-teóricas sobre el campo de la Salud Mental. **Revista Question/Cuestión**. 3 (72) <https://bit.ly/4emg3lm>
- Huertas, R. (2009) Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. En Miranda, M. y Girón Sierra, A. (coords.), **Cuerpo, biopolítica y control social** (pp. 19-44). Editorial Siglo XXI.
- Lamas, M. (2016) Género. En Moreno, H. y Alcántara, E. (coord.) **Conceptos clave en los estudios de género.** Volumen 1. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lavatelli, L. y Vidal, V. (2021) Comunicación y salud mental: un cruce potente. **RevCom**, **12**. <https://bit.ly/4emwtds>
- Lema, V. Z., Siculer, S., Barraco, A., y Sava, A. (2008) Interdisciplina y desmanicomialización. **Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires**, **30** (2/3), 429-453.
- Ley 2.440. Ley de salud mental. Río Negro. 10 de octubre de 1991.
- Ley 14.580. Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657. 27 de noviembre, 2013.

- Ley 26.378. Aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. 21 de mayo de 2008.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 25 de noviembre de 2010.
- Linardelli, M.F. (2015) Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismo e interseccionalidad. **Revista digital de Ciencias sociales (II)** 3, 199-224. Centro de publicaciones. FCPyS. UNCuyo.
- Luciani Conde, L. (2019) **Ensayos decoloniales sobre la ciencia y el derecho a la salud mental**. Editorial Fedun.
- Lugones, M. (2008) Colonialidad y género. **Revista Tabula Rasa**, 9. 73-101.
- Lugones, M. (2021) **Peregrinajes. Teorizar una coalición contra múltiples opresiones**. Ediciones Del Signo.
- Lupino, S. y Mónaco, J.A. (2011) Natalia Gaitán: desnudez y silencio. IV Seminario Internacional Políticas de la Memoria.
- Malito, R., Paso, A. y Terziotti, M. C. (2014) **La experiencia del Frente de artistas del Borda. “Locos son los que encierran”**. Análisis comunicacional de los procesos de desmanicomialización en el hospital José Tiburcio Borda. [tesina de grado]. Universidad de Buenos Aires.
- Marinaro, A. (2017) **Desmanicomialización: practicas comunitarias para la transformación en el campo de la Salud Mental. Estudio del caso Proyecto Suma**. [tesina de grado] Universidad de Buenos Aires.
- Marradi A., Archenti N. y Piovani J. I. (2007) **Metodología de las ciencias sociales**. Emecé Editores.
- Martini, S. (1994) La comunicación es interacción. Cuando comunicar es hacer: interaccionismo simbólico, Erving Goffman y apuestas en juego. En Ford, A. y Martini, S. (comps.) Cuaderno de Comunicación y Cultura. Documento de cátedra. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Maruelli, M.B. y Azzerboni, C. (2022) Mujeres en el manicomio (las que aún viven, las que trabajamos, las del barrio...). **Revista Salud Mental y Comunidad** (13), 132-141.

- Matus, C. (1985) **Planificación, libertad y conflicto**. Instituto Venezolano de Capacitación.
- Menéndez Eduardo L. (1988) Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. **Segundas Jornadas de Atención Primaria en Salud**. (30), 451-464.
- Millet, An. (2020) **Cisexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado**. Puntos suspensivos ediciones.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [MSPBA] (2021). Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe Año 2021.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [MSPBA] (2022a). Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Segundo Informe – Año 2022.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [MSPBA] (2022b). Plan Provincial Integral de Salud Mental. Hacia un sistema solidario e integrado de salud. 2022-2027. <https://bit.ly/4d6YpAY>
- Miranda, M. (comp.) (2019) **Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental**. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Mon, M. (2017) **Comunicación para la desmanicomialización. Análisis comunicacional de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**. [tesina de grado] Universidad de Buenos Aires.
- Murillo, S. (2018) El gobierno de las infancias. En Faraone, S. y Bianchi, E. (Comp.) **Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina**. Editorial Teseo.
- Oberti, M. (2019a) **El Dispositivo de Salud Mental: Análisis del saber, el poder y la subjetivación en la coyuntura de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/10**. [tesina de grado] Universidad de Buenos Aires.
- Oberti, M. (2019b) El rol del comunicador en el campo de la salud mental: proponer tareas, reponer debates y saldar vacíos teórico-prácticos. Jornadas de salud mental y adicciones del Hospital Nacional en Red. Hacia una salud mental comunitaria e inclusiva.

- Oberti, M. (2023) Aportes para abordar el campo de la salud mental desde la perspectiva de los estudios, preguntas y problemas de la comunicación social y la cultura. **Revista Salud Mental y Comunidad** (14), 105-109.
- Observatorio de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [Observatorio DNSM] (2019) Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental.
- Organización de Naciones Unidas [ONU] (1996) Pacto Internacional de derechos civiles y políticos.
- Organización de Naciones Unidas [ONU] (1996) Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales.
- Organización de Naciones Unidas [ONU] (2006) Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 13 de diciembre de 2006.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud [OMS y OPS] (2005) Principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. 7-9 de noviembre de 2005
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud [OMS y OPS] (2010). Consenso de Panamá. Conferencia Regional de Salud Mental. 7 y 8 de octubre de 2010.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Panamericana de la Salud [OMS y OPS] (1990) Declaración de Caracas. Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América latina. 11-14 de noviembre de 1990.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (1978) Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978.
- Oszlak, O. y O' Donnell, G. (1976). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación.

- Pierri, C. (2020) Capítulo 4. En Sy, A.; Naszewski, M.; Pierri, C., Barrio, A. L. **Historias Locas**. Editorial Teseo.
- Pierri, C. (2021) **Sobrevivir y morir en el manicomio. Memoria de un asilo de mujeres**. Editorial Topia.
- Pita, V. S. (2012) **La casa de las locas: una historia social del Hospital de mujeres dementes: Buenos Aires, 1852-1890**. Prohistoria Ediciones.
- Petracci, M. (2015) **La salud en la trama comunicacional contemporánea**. Editorial Prometeo.
- Petracci, M. (2022) **Comunicación y salud. eHealth entre luces y sombras**. Editorial Teseo.
- Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. G. (comps.) (2018) **Comunicación y salud. La investigación en el proceso de las políticas públicas**. Editorial Teseo.
- Radi, B. (2014) ¿De qué no hablamos cuando hablamos de género? 12º Simposio Internacional SIDA 2014 y 2º Simposio Internacional Hepatitis 2014. Fundación Huésped, Buenos Aires.
- Radi, B.; Bianchini, A. y Mastroli, I. (2022) Cisnormatividad, un compromiso dañino en el diseño de las investigaciones en salud humana. *Sexualidad, salud y sociedad. Revista latinoamericana*. N° 38. PP. 2-14.
- Resolución 2.805/2020 [Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires]. Creación del Programa Buenos Aires libre de manicomios. 23 de diciembre, 2020. <https://bit.ly/3wmsj1z>
- Riva Roure, M.; Hartfiel, M.; Irachet, V. y Cáceres C. (2019) Logros y obstáculos en 20 años de trabajo del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida del Hospital José A. Esteves. *Haceres colectivos: Investigaciones y Experiencias en Salud Mental y Adicciones en Argentina*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Riva Roure, Funes, E. y Hartfiel, M. (2020) Plan de adecuación. Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves.
- Rodríguez Enriquez, C. M. (2011) Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género ¿Por dónde anda América Latina? Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Serie Mujer y Desarrollo; 109; 11-2011; 1-39

- Rotelli, F., de Leonardis, O. y Mauri, D. (1987) Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa occidental y de los países avanzados). **Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, II.** (23), 165-187.
- Rovere, M. (2006) Construyendo metodologías abiertas. En Planificación estratégica de recursos humanos en salud. (pp. 79-176). OPS.
- Sacristán, C. (2009) La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. **Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas.** N° 45, 163-189.
- Sampieri, R. H. (2018) **Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.** McGraw Hill Education.
- Sánchez, M. F. y Ferreyra J. A. (2019) Las ideas de usuaries en situación de internación en salud mental sobre su futura externación. Estudio de caso del servicio Pinel A del Hospital Braulio A Moyano. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de ciencias sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Scott, J. (1990) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Amelang, J.S. y Nash, M. **Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea.** Edicions Alfons el Magnánim, Inslitució Valenciana d'Estudis i Investigació.
- Scott, J. (2006) La historia del feminismo. Fernández Aceves, M.T.; Ramos Escandón, C. y Porter. S. (coords.). Orden social e identidad de género: México, siglos XIX y XX. CIESAS. Universidad de Guadalajara.
- Stolkiner, A. y Rosales, M. (2023) Fundamentos de la salud mental comunitaria. En Wilner, A. y Torricelli, F. (comps.) **Praxis en salud mental. Abordajes y procesos de cuidado** (pp 11 – 32). Universidad Nacional de Lanús.
- Surel, Y. (2008) Las políticas públicas como paradigmas. Estudios Políticos, 33, 41- 65.
- Sy, A.; Naszewski, M; Pierri C. y Barrio, A. L. (2020) Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX. Editorial Teseo.
- Sy, A. (2020) Introducción y Capítulo 1. En Sy, *et al.* **Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX.** Editorial Teseo.
- Tajer, D. (2018, marzo) Género, salud mental y derechos humanos. Topia. <https://bit.ly/3HtZ82g>

- Tamargo, M. C. (2018) Planificación y evaluación: reflexiones sobre una relación virtuosa. En M. Petracci y P. G. Rodríguez Zoya (comps.), **Comunicación y Salud: la investigación en el proceso de las políticas públicas** (pp. 23-40). Editorial Teseo.
- Tisera, A.; Lohigorry, J.; Bottinelli, M.; Longo, R. (2018) **Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental**. Editorial Teseo.
- Vainer, A. (2005) Sociedad de locos. Buenos Aires. Editorial Topia.
- Valero, A. (2022) Más allá de la puerta giratoria. Procesos des/institucionalizadores, tensiones y acuerdos desde la guardia de salud mental de un hospital monovalente. **Revista Salud Mental y Comunidad** (13), 56-73
- Voloshinov, V. (1929) El estudio de las ideologías y la filosofía del lenguaje. En El marxismo y la filosofía del lenguaje. PP. 31-40. Madrid: Alianza.

ANEXO 1 - Guía de Pautas

FECHA:

LUGAR:

GÉNERO:

FORMACIÓN:

SERVICIO:

ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL:

Eje 1 – Introductorio

1. Para comenzar me interesaría que me cuentes un poco sobre tu trayectoria laboral y tu formación. ¿Porque te acercaste al campo de la salud mental?
2. Y con respecto al Hospital Esteves, ¿Hace cuánto trabajas acá? ¿Y en este servicio?
3. ¿Qué tipo de trabajo realizas en el servicio? ¿Cómo se conforma tu equipo de trabajo? ¿Podrías describir cómo es tu trabajo con les usuaries? ¿Cuál es tu rol en los procesos de externación que atraviesan?

EJE 2 –El Programa

1. ¿Qué me podrías contar del Programa “Buenos Aires libre de manicomios”?
2. Cuando comenzó la implementación del Programa, ¿Vos cómo te enteraste? ¿Tuvieron alguna capacitación? ¿Qué cambios se produjeron en el hospital? ¿Experimentaste algún cambio específico en tu desempeño en el servicio o en tu trabajo diario? ¿Cómo era antes?
3. Desde tu punto de vista como profesional y trabajador del hospital ¿Qué tipo de usuarie consideras que concibe el Programa Buenos Aires libre de manicomios? ¿Qué opinión tenes sobre eso?
4. ¿Crees que el Programa tiene una perspectiva de género? ¿En qué aspectos lo ves?
5. ¿Qué opinión general te merece la implementación del Programa en el hospital? ¿Crees que contribuye a construir una “provincia libre de manicomios”?

EJE 3 – Practica profesional

1. Pensando en tu recorrido, tus ideas y tu experiencia, ¿Cuál consideras que es tu rol en el campo de la salud mental? ¿Cómo lo describirías?
2. ¿Desde qué perspectiva, o enfoque, consideras que se desarrolla tu trabajo en el hospital? ¿Te parece que es compartido con tu equipo? ¿y con el resto de les trabajadores del hospital?
3. Para vos, ¿qué significa y que implica trabajar con mujeres que atraviesan un padecimiento mental? ¿Hay alguna particularidad? (¿Te parece que eso es trabajar con perspectiva de género, o que implicaría trabajar desde esa perspectiva?)

EJE 4- Externaciones

1. En relación a las externaciones, el Programa habla de procesos de externación sustentable, ¿me podrías explicar de qué se trata? ¿De qué modo consideras que el Programa influye en los procesos de externación de usuaries?
2. Teniendo en cuenta las diferencias que pueden presentarse entre las internaciones breves y aquellas más largas, ¿cuáles son las estrategias que usan ustedes para acompañar esos diversos procesos de externación?
3. En términos generales (es decir, desde tu experiencia, tu formación, tu trayectoria, etc.) pero también desde lo particular (es decir, el trabajo en el hospital, con mujeres y quizás disidencias, si te ha tocado trabajar) ¿cuáles son los facilitadores y obstaculizadores que se presentan en los procesos de externación? ¿Qué herramientas consideras necesarias para atravesar esos procesos?
4. ¿Consideras que hay acompañamiento de las redes afectivas de les usuaries? Si es así, ¿de qué modo se presenta ese acompañamiento?
5. Desde tu experiencia, pero también a partir de tu formación o la charla con colegas, ¿Crees que hay diferencias entre acompañar procesos de externación de mujeres, hombres o personas disidentes? ¿Cuáles serían?
6. En el caso puntual del hospital, y de procesos concretos que te tocó/toca acompañar, ¿Cuáles son tus expectativas en torno a la externación?

Eje 5 – Cierre

1. En relación al hospital, ¿Te parece que hay que generar otros cambios? ¿Cuáles?
2. En términos generales, ¿crees que la salud mental tomó espacio en la agenda pública? ¿Qué se habla más del tema? ¿Desde qué perspectivas?
3. ¿Qué desafíos ves, de acá para adelante, en el campo de la salud mental?

ANEXO 2 - Características de la muestra definitiva

PROFESIONALES DE LA SALUD				
N°	Género	Antigüedad	Profesión	Servicio
1	M	≤ 4	Terapista ocupacional	Sala Ayerza
2	M	5-9	Enfermera	Centro de día de adultes mayores
3	M	5-9	Enfermera	Centro de día de adultes mayores
4	M	≤ 4	Músico terapeuta	Centro de día de adultes mayores
5	M	≥ 10	Trabajadora social	Residencia para la externación
6	M	≤ 4	Psicóloga	Centro de día de adultes mayores
7	V	≥ 10	Psicólogo	Residencia para la externación
8	M	≥ 10	Trabajadora social	Sala Ayerza
9	M	≥ 10	Trabajadora social	Residencia para la externación
10	M	5-9	Psiquiatra	Sala Ayerza

Referencias: M = mujer V = varón. Fuente: Elaboración propia.