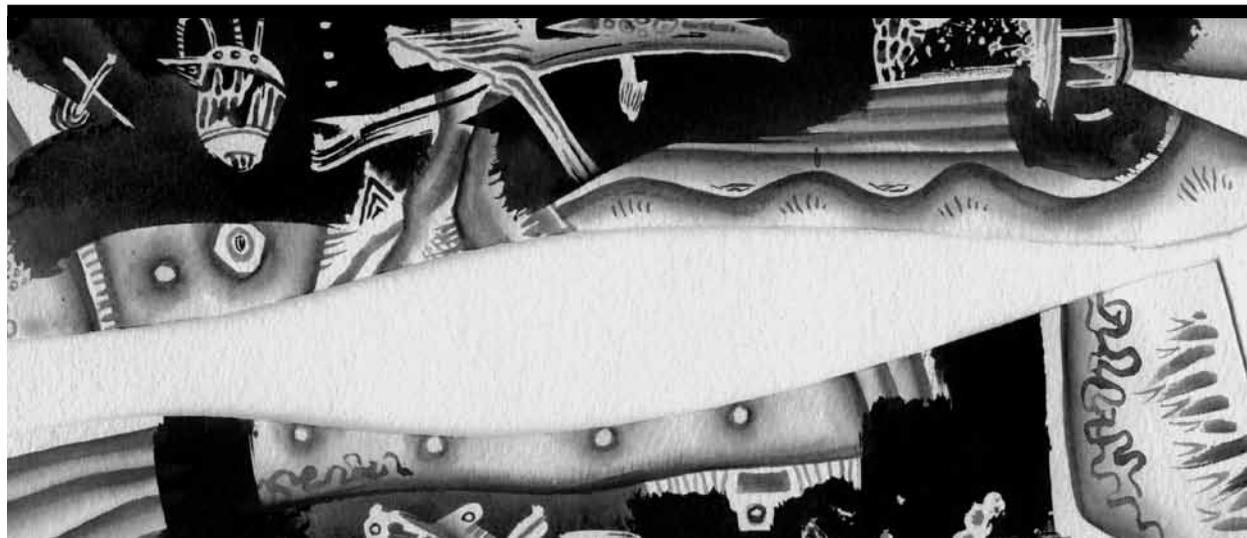


# Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva.

## Una experiencia de transformación institucional



**Silvia Faraone**

*Lic. en Trabajo Social, Magister en Salud Pública, Doctoranda en Ciencias Sociales  
Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA*

**Ana Valero**

*Lic. en Antropología, Doctoranda en Derecho con orientación en Sociología Jurídica (UBA).  
Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad de La Plata Pcia. de Buenos Aires*

**Ernestina Rosendo**

*Lic. en Psicología; Magister en Salud Pública; Dra. de la Universidad de Buenos Aires  
(área salud mental). Instituto de Salud Mental y Psicología Comunitaria,  
Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*

**Flavia Torricelli**

*Lic. en Psicología, Dra. en Psicología Universidad de Buenos Aires  
Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*

### Resumen

---

Las internaciones psiquiátricas son el resultado de procesos complejos, que conjugan criterios jurídicos, biomédicos y factores socioculturales diversos. Un caso particular, son aquellas internaciones en las cuales el Sistema Penal Penitenciario se introduce como un actor más en ese proceso, dejando al descubierto la segregación y, en muchos casos, la violación de los derechos humanos.

La experiencia de cierre de una sala psiquiátrica perteneciente a la cárcel de Coronda (Santa Fe), constituye un analizador que permite comprender la des/institucionalización en instancias por demás adversas. Este artículo, se focaliza en el análisis de la forma en que los contextos institucionales se relacionan con las prácticas desarrolladas por los equipos de salud mental incidiendo en los procesos de configuración y reconfiguración de la subjetividad colectiva.

La información analizada proviene de un estudio cualitativo, basado en entrevistas en profundidad a los miembros de los equipos de salud, participantes de la experiencia de sustitución de la lógica manicomial de la sala mencionada.

El proceso de transformación de la práctica manicomial en el interior del dispositivo penitenciario implicó la modelización en los equipos de salud de una subjetividad colectiva en tanto construcción productora de los procesos de reforma.

**Palabras clave:** Subjetividad. Sufrimiento. Equipos. Prácticas. Instituciones.

## Abstract

---

Psychiatric admissions are the result of complex processes that involve biomedical and judicial components and a multiplicity of socio-cultural factors. A particular case, are those admissions in which the Prison Penal System is another actor involved in that process, revealing the segregation and violation of international standards of human rights.

The closure of a Psychiatric Unit belonging to the Prison of Coronda (Santa Fe) is an example that allows to understanding the transformation process of institutional mental health practices in adverse contexts. This article analyzes the relationship between institutional contexts and the mental health team practices that have a bearing on collective subjectivity configuration and reconfiguration.

The analyzed information comes from a qualitative study, based on interviews to members of health teams, participating to the transformation of manicomial logic in the unit psychiatric.

The transformation process of the manicomial practice in the interior of the prison has an effect in the collective subjectivity health's teams in both construction- production processes of reform.

**Key words:** Subjectivity. Suffering. Health teams. Practice. Institutions.

## Introducción

---

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un informe presentado en el año 2008 ante la Organización de Estados Americanos (OEA), establece que en varios de los países de América Latina y El Caribe (1) la protección judicial de las personas con padecimiento psíquico aún no ha sido implementada (2). Iniciar el camino y/o avanzar hacia el principio de igualdad de derechos (Saraceno y Tognoni, 1989; OMS, 2005; Kraut, 2006a-b) constituye una medida necesaria que debiera ser garantizada por los Estados de la Región. Por tal razón, existe desde hace al menos siete décadas, un conjunto de normas internacionales y supranacionales que han buscado introducir, en la escena política y social de los Estados, la garantía de derechos humanos, civiles, sociales y políticos de esta población vulnerada (3). En la dirección expuesta por estas normativas, en Latinoamérica se observan, cada vez más, tendencias a la implementación de políticas des/institucionalizadoras en el campo de la salud mental (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 1987; Amarante, 2007; Deva, 2006).

En esta orientación, la Argentina tuvo un importante desarrollo previo al golpe de militar de 1976; ese momento marcó cambios significativos -prácticos y conceptuales- relacionados con la sustitución del orden asilar en este país (Galende, 1990,1991, 2006; Stolkiner, 1993). Así, las investigaciones acerca del campo de la Salud Mental en los '60 y '70 dan cuenta de estas transformaciones (Galende, 1992; Galli, 1994; Carpintero y Vainer, 2004, 2005; Visacovsky, 2002; Dagfal, 2009) y aportan un hilo histórico en la institucionalización de prácticas innovadoras en este campo. Los lineamientos de la

Dirección Nacional de Salud Mental formulados en los primeros años de regreso a la democracia (Galli, 1986, 1993) y los documentos de la OPS/OMS de ese período (1989a, 1989b) son instrumentos que han orientado las nuevas políticas transformadoras en este ámbito. Los estudios posteriores realizados sobre el proceso de desmanicomialización (Cohen, 1994), con una mirada sobre la transformación de las prácticas y la sustitución de la institución manicomial en la provincia de Río Negro, muestran una construcción colectiva de cambios en las prácticas instituidas y una potencia que ressignifica tanto la intervención como a los sujetos involucrados (Faraoane, 1993a-b, 1995, 2005).

La reciente sanción, en el año 2010, de la ley *de Derecho a la Protección de la Salud Mental* (ley N° 26657) consolida una orientación política coincidente con la impugnación de los modelos de abordaje manicomiales. A pesar de esto, aún existen a nivel nacional un importante número de instituciones totales (Goffman, 2004) que implican la persistencia de un espacio donde continúa la segregación de personas con padecimiento psíquico (4). Por tanto, un importante grupo poblacional, como es el caso de las personas privadas de libertad por internaciones en instituciones psiquiátricas (5), continúa siendo víctima del incumplimiento de la protección jurídica, violándose sistemáticamente sus derechos (Foucault, 2007; Galende, 1994; CELS-MDRI, 2008).

Iniciar, continuar y/o consolidar procesos des/institucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el

área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos de cambio. Transitar por el camino de una reforma implica iniciar una trayectoria de transformación que pone en juego no solo la construcción de nuevas e innovadoras prácticas, sino también la institucionalización de estrategias que posibiliten su viabilidad. Esta trayectoria se desenvuelve en los procesos culturales, sociales y subjetivos de manera diferencial sobre los actores, individuales y colectivos, generadores del cambio.

En el sentido de lo precedente, es importante aclarar que en este trabajo no se asume que las prácticas manicomiales son susceptibles de reducirse a la existencia de las instituciones manicomiales; sin embargo, estudiar los contextos de mayor constricción en la dimensión custodial asilar -como lo constituye la sala psiquiátrica (6) in-

serta en una unidad penitenciaria, y explorar allí los potenciales para la transformación de las prácticas- puede contribuir a un abordaje iluminador de nuevos contextos y reformas.

El presente trabajo se propone analizar las formas en que los contextos institucionales constriñen y desafían a las prácticas que desarrollan los equipos de salud mental incidiendo en los procesos de configuración y reconfiguración de la subjetividad colectiva (7). El alcance de las relaciones consideradas demarca así un nudo crucial que deja su impronta en las trayectorias recorridas en los procesos de des/institucionalización por aquellos sujetos, individuales y colectivos, que asumen la institucionalización de procesos de cambio.

---

**I**niciar, continuar y/o consolidar procesos des/institucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el área. En este marco, los equipos de salud mental son actores privilegiados en los procesos.

---

Para los fines propuestos, este trabajo se basa en el análisis de la experiencia orientada a la transformación de las prácticas -en los equipos de salud- intervinientes en el proceso de cierre de una sala psiquiátrica inserta en una Unidad Penitenciaria, el Instituto Correccional Modelo N° 1, de la ciudad de Coronda, Provincia de Santa Fe (8). No podrá ser dejado de lado en el planteo de este trabajo que el proceso singular tomado como analizador se centra en los abordajes representados por los dispositivos asistenciales incluidos bajo la esfera del Sistema Penal Penitenciario. La singularidad reside en que el contexto señalado remite en forma necesaria a la tensión que tiene lugar entre los dispositivos de “cura y sanción” (Pavarini y Betti, 1984: 99), así como entre “enfermedad mental y peligrosidad social” (Pitch, 1999: 112).

En consecuencia, cualquier análisis de las transformaciones en los modelos de abordaje terapéutico- asistenciales en el ámbito del Sistema Penal Penitenciario deberá tener en cuenta necesariamente la relevancia del interjuego que tiene lugar entre el Sistema de Salud y el Sistema Penal Penitenciario; que se expresa en la combinación de intencionalidades fundamentalmente terapéuticas y punitivas (Faraone, y otros 2011: 292).

En términos metodológicos, este trabajo se basa en un diseño de tipo cualitativo y de corte transversal. Se desarrolló una aproximación etnográfica basada en entrevistas en profundidad. Todos los entrevistados fueron profesionales que se desempeñaron como actores protagonistas de la experiencia de intervención para la transformación de las prácticas desarrolladas en la sala psiquiátrica de la Unidad Correccional Modelo N°1 (Coronda, Santa Fe) durante el período extendido entre los años 2005 y 2008. Se efectuaron un total de cuatro entrevistas individuales (dos psicólogas, un psicólogo social y un abogado) y una entrevista conjunta a dos en-

fermeros (cada uno de los cuales son designados ‘A’ y ‘B’ a los efectos de la presentación). Todas las personas participantes dependían de la Dirección Provincial de Salud Mental. Los encuentros fueron realizados observando los criterios de anonimato, confidencialidad y bajo Consentimiento Informado, atendiendo a las Buenas Prácticas de la Investigación en Ciencias Sociales.

## Desandando el pabellón psiquiátrico

---

La Provincia de Santa Fe es una de las provincias (9) Argentina que cuenta, desde el año 1991, con una ley específica de Salud Mental, la Ley 10.772, aunque recién fue reglamentada en el año 2007; además, desde el año 2003, existe una Dirección Provincial de Salud Mental que instituye una política tendiente a la sustitución de la lógica manicomial (10).

Desde la creación de la sala psiquiátrica en el año 1985, el personal de salud asignado al área estuvo constituido por un médico psiquiatra y dos enfermeros por turno que dependían formalmente del Ministerio de Salud Provincial, aunque en el aspecto operativo respondían a las directivas del personal del Sistema Penitenciario.

La población alojada en la sala psiquiátrica conformaba un conjunto de difuso criterio diagnóstico no especificados, además de tratarse en su mayoría de personas, que sometidas a un proceso penal, habían sido encontradas inimpugnables (11).

A partir del año 2005, la Dirección Provincial de Salud Mental comenzó a trabajar activamente dentro de la sala psiquiátrica introduciendo un equipo interdisciplinario de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y abogados). Dicha intervención tuvo por objetivo desarrollar acciones que hicieran posible la construcción de espacios asistenciales de carácter no penitenciario. Luego de transcurridos tres años, se produjo el cierre de

finitivo de la sala psiquiátrica. Entenderemos en adelante por ‘proceso de cierre’ al proceso complejo que abarca el período que va desde el inicio de la intervención del equipo de la Dirección Provincial de Salud Mental en el año 2005, hasta el cierre definitivo en octubre de 2008.

El equipo interdisciplinario inició su trabajo con los 22 pacientes alojados en el pabellón adoptando una orientación terapéutico-asistencial focalizada en el cuestionamiento, y eventual sustitución, de las lógicas punitivas-manicomiales allí imperantes. Si bien este proceso fue paulatino y con avances y retrocesos permanentes podemos, a modo de síntesis, establecer diferentes momentos.

En una primera etapa, parte del trabajo se orientó hacia la recopilación y sistematización de la información disponible sobre cada uno de los pacientes y la elaboración de historias clínicas, hasta entonces, ausentes por completo.

En segundo lugar, el equipo procedió a la revisión y adecuación de los abordajes farmacológicos. En esa instancia, se presentaron obstáculos ligados a la lógica institucional propia de la cárcel; por un lado, las prácticas instauradas no tradicionales de castigo implicaban la ‘sedación’ de pacientes con y sin padecimiento psíquico y, por otro lado, existía un fluido comercio de fármacos del que participaban tanto los detenidos de ese y otros pabellones, como también el personal penitenciario. Estas condiciones alteraban drásticamente el marco de observación, y obturaban la posibilidad de construir, en aquel contexto, un espacio terapéutico asistencial; así se manifestaba esta situación por los propios participantes:

*“Te rompiste la cabeza viendo lo que te decía el paciente, lo que... escuchabas, los efectos indeseables que veías..., donde acotaba... Y este... si después el otro venía y le vendía una tableta de Rivotril®, de (minetone) o de lo que te imagines” (Enfermero A)*

*“...significó durante muchos años... [el lugar] donde se comercializaba estupefacientes... muchos enfermos se tomaban a la joda... de comprar y vender. Negociaban pastilla, cigarrillo, ropa...” (Psicólogo social).*

En tercer lugar, la intención terapéutica que orientaba las prácticas desarrolladas por el nuevo equipo tenía por fin último la reinserción social y en ese sentido, según la situación de cada paciente, se planificaron salidas hacia ‘el afuera’ del ámbito penitencia-

rio, no sin los obstáculos propios de una lógica de encierro que dificultaba permanentemente la implementación de dichas estrategias.

Por último, el conjunto de trabajadores que eran responsables de la asistencia de las personas alojadas en el pabellón antes de la incorporación de los trabajadores pertenecientes a la Dirección Provincial de Salud Mental, conservaron sus cargos. Más aún, el médico psiquiatra jefe del primer equipo, continuó siendo formalmente la autoridad. Es así que, con trayectorias profesionales, esquemas referenciales, finalidades y expectativas de intervenciones diversas, ambos equipos coexistieron en tensión durante los tres años que duró esta etapa:

*“A ‘Perez’ [el médico psiquiatra a cargo de la Dirección del área]... lo que le pesaba... era un tipo muy inteligente, muy psiquiatra, pero... ‘Perez’*

---

**L**a población alojada en la sala psiquiátrica conformaba un conjunto de difuso criterio diagnóstico no especificados, además de tratarse en su mayoría de personas, que sometidas a un proceso penal, habían sido encontradas inimputables.

---

*lo que le pesaba, porque estaba en duda, todavía si éramos importantes o unos taraditos... Pero era la chapa que llevábamos de la Dirección (provincial) de Salud Mental... Nada más. Nosotros explotamos hasta donde pudimos eso.” (Enfermero B)*

*“Intentaba acordar... porque él iba los lunes, diez minutos.” (Enfermero A)*

Los diferentes aspectos señalados (la recopilación de la información en las historias clínicas, la revisión de los abordajes de la terapéutica farmacológica, la planificación y realización de salidas tendientes a alentar la reinserción social y la coexistencia de dos equipos profesionales con enfoques y fines divergentes), supusieron por parte del equipo interdisciplinario de la Dirección Provincial de Salud Mental la puesta en marcha, en un territorio adverso, de la desnaturalización de las viejas prácticas y la introducción de un desplazamiento respecto de la lógica de alienación-opresión reinante hasta ese momento en el pabellón. Las nuevas relaciones que se desarrollaron entre los trabajadores de salud y las personas con padecimiento psíquico alojadas allí, cedieron espacio a nuevas prácticas, de sentido contrario a aquellas de alienación-opresión, dadas por la posibilidad de salir hacia el afuera de la institución carcelaria y la interrupción de las estrategias de sedación utilizadas como mecanismo de silenciamiento y de control social. Dichas relaciones signadas hasta ese entonces por relaciones sujeto - objeto, en el sentido expresado por Foucault (2000), experimentaron una profunda alteración de la fórmula a favor de las relaciones sujeto - sujeto.

## Entramados conceptuales

En el caso de los abordajes manicomiales, la impronta del sistema custodial -asilar en la modelación de la subjetividad recae tanto en las personas internadas en calidad de ‘pacientes’ como también sobre los trabajadores que allí se desempeñan. Esto tiene lugar tanto en la continuidad del sostenimiento cotidiano de los procesos de trabajo, como también en los movimientos transformadores instituyentes.

El concepto de subjetividad nos permite profundizar en una mirada capaz de orientar analíticamente la articulación entre lo institucional y lo personal en el accionar de las prácticas transformadoras en el marco de una institución total (Goffman, 2004). Sin embargo, debemos des-

tacar que el significado del concepto ‘subjetividad’ resulta controversial para las Ciencias Sociales. Podríamos decir que las Ciencias Sociales en general hacen uso del término subjetividad de manera evasiva, en tanto la dificultad central reside en articular en forma teórica la dimensión individual e intrapsíquica y la colectiva e intersubjetiva. Así, por ejemplo en la Antropología se observa una utilización imprecisa del concepto, la mayoría de los autores acuerdan en entender la subjetividad en el sentido propuesto por Holland y Leander (2004:127) en alusión a los “pensamientos, sentimientos y sensibilidades corporizadas de los actores y especialmente su sentido de sí mismos y de sus relaciones con el mundo”. En forma más específica, el interés de los antropólogos por la subjetividad se encuentra focalizado en el intento de compren-

---

**E**s en los primeros tiempos de la vida, en los que se configuran los anclajes articuladores de la subjetividad, justamente en el encuentro con un otro significativo.

---

der la vida interior compartida, y con ello, los componentes socioculturales de la subjetividad (Luhmann, 2006). Una línea de trabajo desarrollada desde la antropología ha puesto especial énfasis en la manera en que las formaciones sociales y culturales modelan, organizan y provocan los modos de percepción, afecto, pensamiento, deseo y temor (Ortner, 2005). Como consecuencia de la ausencia de otras alternativas teórico conceptuales, las aproximaciones efectuadas desde el campo de la Antropología han sido señaladas por sobredimensionar el condicionamiento sociocultural de la subjetividad (Luhmann, 2006).

Como contrapartida, los abordajes más ligados al campo del Psicoanálisis, tienden a poner el acento en los condicionantes propios de los procesos intrapsíquicos sobre la configuración de la subjetividad (Layton, 2008). Es en los primeros tiempos de la vida, en los que se configuran los anclajes articuladores de la subjetividad, justamente en el encuentro con un otro significativo. Esa matriz de interjuego es considerada fundante de la subjetividad y favorecedora del encuentro futuro con diversos 'otros', con los cuales se experimentará la posibilidad de vivir creativamente, pensar y construir colectivamente, o en el extremo contrario someterse alienadamente (Bleichmar, 1986, 1999).

Desde el campo de la Psicología se advierte también acerca de la importancia de construir una teoría psicosocial de la subjetividad capaz de dar cuenta de la paradójica relación entre dos aspectos: por un lado, de los efectos de lo social sin sucumbir al reduccionismo de la determinación social, y por otro, de las idiosincrasias de la subjetividad humana sin quitar (aislar) la subjetividad de su contexto social e histórico (Layton, 2008).

Galende, analiza la categoría de subjetividad trascendental desde el sentido dado por Husserl, aportando que la misma no puede ser entendida desde una psicología estática, como tam-

co las relaciones entre sujeto y cultura pueden ser comprendidas desde la idea de una subjetividad inmanente y una cultura atemporal: "*Ambos, subjetividad y cultura, son procesos conjuntamente determinados, inestables, cambiantes, que mutuamente sostienen la vida social del individuo, los modos en el cual los individuos realizan su interacción práctica y dan significados y valores a su experiencia*" (Galende, 2008:77).

Desde el campo de la Filosofía y el Psicoanálisis, se desarrolló desde la década del 60' una tradición filosófica que encarna una revisión del psicoanálisis y una aproximación sociohistórica crítica con base en la economía política, bajo la cual se encuentran los aportes franceses contra el freudismo de Foucault, Deleuze y Guattari (Roudinesco, 1996).

En la obra de Foucault, el concepto de subjetividad se presenta desde un abordaje histórico (Foucault, 2000). Para el autor, los modos de subjetivación son precisamente las prácticas de constitución del sujeto mismo y éste será el punto nodal para pensar las relaciones entre sujeto y verdad.

Por otro lado, frente al problema de la falta de balance y articulación de las aproximaciones dicotómicas entre los aspectos intrapsíquicos e individuales y los colectivos y socioculturales, la propuesta de Félix Guattari se presenta como alternativa teórica especialmente fértil para nuestro trabajo en tanto, el autor parte de la consideración que la subjetividad es un proceso doblemente descentralizado tanto respecto del individuo, como respecto del grupo. Guattari (2005) afirma que la subjetividad no es susceptible de totalización o de centralización en el individuo. El autor sostiene que la subjetividad está esencialmente fabricada y modelada en el registro social y que por otro lado no se sitúa en el campo individual sino que su campo es el de todos los procesos de producción social y material. Ambas fases, lo individual y lo grupal, con-

viven entonces descentralizadamente en la subjetividad: *“la subjetividad está en circulación en grupos sociales de diferentes tamaños: es esencialmente social, asumida y vivida por individuos en sus existencias particulares”* (Guattari, 2005:48).

El autor plantea como hipótesis que

*“el modo en que los individuos viven esa subjetividad oscila entre dos extremos: una relación de alienación y opresión, en la cual el individuo se somete a la subjetividad tal como la recibe, o una relación de expresión y creación en la cual el individuo se reapropia de los componentes de la subjetividad, produciendo un proceso que llamaría de singularización”* (Guattari, 2005: 48).

Bajo estas dos modalidades tienen lugar para Guattari las relaciones entre individuo y subjetividad: la primera de ellas, consistente en la serialización subjetiva y la segunda, representada por la singularización subjetiva.

## **Construyendo y demoliendo equipos de salud mental: identidad de los trabajadores y subjetividad colectiva**

Los relatos y las experiencias de los trabajadores de la sala psiquiátrica parecen vislumbrar las relaciones intrínsecas entre las propias particularidades personales (individuales) y el contexto institucional. Interacciones, discursos y prácticas definen tanto el eje identitario en los trabajadores, como su incidencia en la modelización de su constitución personal, subjetiva (Wetherell, 2008). Desde esta perspectiva, identidad y subjetividad no resultan opuestas, ni disociadas:

*“(...) a mí me costó mucho salir de la Colonia. Entonces digo, yo soy de la colonia de Oliveros, pero un proyecto tan importante como lo que pudieron hacer muchos compañeros y pudimos hacer cada uno fuimos sumando. Era una cuestión identitaria muy fuerte. Eso a mí me parece muy importante, que una vaya circulando (...) Entonces después yo soy de la colonia... me posiciona sobre el proyecto de la co-*

*lonia... lo construya o no, reconozca la historia de otros o no... Y bueno, acá se usó la vanguardia de la salud mental. Y eso (desmanicomializador) también para uno, uno se hace una identidad. Y está bueno... porque uno se apropia del proyecto, pero cuando coagula como una identidad y nada más como una identidad... y no como un trabajo... es un problema. Porque sino no se coagula en... una historia se coagula en una identidad... Entonces está bueno... pero apropiarse de un proyecto pero cuando uno queda con el cartel y nada más... y la práctica está pasando por otro lado, es un problemón... enorme. Yo creo que algo de eso hay... por eso tenemos que pensar los modos de circulación de gente por los dispositivos... para que haya movimiento”* (Psicóloga).

Desde la visión de los trabajadores, los discursos y las prácticas (en este caso orientados a la des/institucionalización) forman parte de su construcción identitaria y, por ende, de su adscripción a cierto proyecto de trabajo. Sin embargo, también existe el riesgo de *crystalización* si esos discursos y prácticas no se transforman en procesos concretos de trabajo; la posibilidad del movimiento tendiente a evitar la *crystalización*, también forma parte de los propios procesos personales:

*“Porque ahí corre el riesgo de burocratizarse... y mucho más con algo que produce cambios... y efectos que a mí me parece que uno tiene que estar muy atento a eso. Eh... a mí me costó muchísimo... Obviamente hay que salir... me pareció interesante. Y como apuesta personal fue salir... porque sentía que iba a quedar encerrada en una cuestión identitaria... entonces, digo, bueno... uno tiene que moverse un poco, ¿no? y ser interpelado en otro lugar también”* (Psicóloga).

La construcción identitaria que tiene lugar en los procesos de subjetivación conlleva instancias de diferenciación colectiva respecto de otros sujetos colectivos tal como lo constituye el personal penitenciario para los trabajadores de la salud:

“(...) La mayoría de los guardiacárceles están re locos... ¿viste? Ni siquiera se pueden llamar por su nombre, ¿viste? Yo nunca he visto que uno se llame por su nombre... Chau cabeza de chanco... (...) viste, ni siquiera el nombre propio... Fue complejo” (Enfermero A).

Las instancias de diferenciación conforman espacios propicios en los cuales los trabajadores se debaten entonces entre ser ‘sujetos’ de la transformación institucional y ser, subrepticia e inconscientemente, capturados como ‘objetos’ por las propias dinámicas manicomiales persistentes. Como plantea Layton (2008), la subjetividad incluye nuestras respuestas conscientes e inconscientes a dos tipos de experiencias relacionales: como ‘objeto’ de nuestras figuras significativas y como ‘sujetos’.

Así, mientras los movimientos institucionales desarrollados en la sala psiquiátrica conllevaban a la vez la posibilidad de instaurar procesos instituyentes y dar paso a la producción de nuevas subjetividades, la dinámica manicomial que continuaba acechando implicaba -para los trabajadores- un malestar y sufrimiento colectivo. Probablemente, uno de los riesgos más notables fuera que este proceso instituyente, volcado sobre la subjetividad, se tornara como sufrimiento privado e individualizado de cada uno de los actores institucionales, perdiendo en este camino todo viso de proceso colectivo:

“El loquero te come la cabeza día a día, aunque vos lo quieras transformar, es una cosa cotidiana. Donde vos te dejaste un poco... el loquero te invade. La institución ésta, si bien uno habla de unos mo-

mento donde vos... Hubo baches, donde... muy fácilmente hubo recambios de gente, de personas, vinieron otras... eh... se perdió el hilo... Es muy fino esto... de no perder el hilo... para que el loquero no te entre por la ventana o por la chimenea o por todos lados. Es muy fino” (Enfermero B).

La profundidad del combate librado entre la ‘subjetividad serializada’ y la ‘subjetividad singularizada’ (Guattari, 2005), tiene su correlato en el malestar individual testimoniado en la expresión ‘picadora de carne’ utilizada para calificar la experiencia de los trabajadores en la sala psiquiátrica: “La experiencia de los compañeros que estuvieron laburando fue una picadora de carne... porque era insostenible para la gente que laburaba ahí. ¿Te imaginas para los pacientes, no? Eh... condiciones de mucho hacinamiento...” (Abogado).

La individualización del sufrimiento estuvo representada en el plano colectivo por la inestabilidad de la permanencia de los integrantes que componían el equipo. El alcance de cierta continuidad en un trayecto puntuado por una sumatoria de obstáculos e incertidumbres, otorgaron al proceso de cierre de la sala psiquiátrica una dinámica de vaivén al estilo ‘Juego de la Oca’ según el relato de los mismos trabajadores:

“Y yo a veces le decía a una compañera, que parecía el Juego de la Oca, porque por ahí avanzábamos tres casilleros y una palabra de más... y sobre todo con los compañeros..., y retrocedía diez casilleros, ¿viste? Al final... se quería avanzar un poquito más y... encontrabas ahí la pared.” (Enfermero A)

La adversidad del contexto carcelario, en toda su complejidad, provocaba la permanente rota-

---

**L**a construcción identitaria que tiene lugar en los procesos de subjetivación conlleva instancias de diferenciación colectiva respecto de otros sujetos colectivos tal como lo constituye el personal penitenciario para los trabajadores de la salud.

---

ción de los profesionales comprometidos. Constituía ésta una fuerte limitación a la conformación y consolidación de equipos y la orientación de acciones.

Por otra parte, el ineludible costo que significa asumir un rol activo no solo en el impulso sino, por sobretodo, en el sostenimiento de la reforma: es decir, tanto la implementación como también el sustento de los procesos instituyentes supusieron, en este caso, un desafío al bienestar físico y psíquico de sus actores:

*“Y... bueno, así es como empezamos a laburar como equipo. Después como equipo... hubo quizás deserciones, porque hubo profesionales que no se la bancaron y... Así que siempre teníamos problemas como equipo, teníamos problemas... si incorporaban un compañero nuevo y... era volver a repensar y a... a ver cómo seguíamos...”* (Enfermero A)

Sostener los procesos instituyentes encarados, se torna una tarea desgastante y dolorosa. Ocupar un rol activo y central en la motorización de las reformas constituye un posicionamiento que implica la confrontación contra los procesos instituidos, con los actores que puján por mantenerlos y hasta con las propias convicciones y contradicciones personales y profesionales:

*“Pero... los lugares hay que ocuparlos, y después hacerse cargo, en la medida que cada uno pueda, pero hay que hacerse cargo... de los lugares que vos vas ocupando. Creo que nos está pasando. A veces retrocedemos, avanzamos, flaqueamos... Pero bueno, sabemos que vamos contrapelo de... de un montón de cosas”* (Enfermero B).

*“Claro, es que uno está ocupando un lugar... en donde es muy fácil... Qué sé yo... desde la van-*

*guardia... nos hubiéramos quedando nosotros peleando contra lo que hacían otro... es un lugar mucho más fácil, en donde no te confronta con... con contradicciones... Es mucho más fácil, más cómodo, me refiero. Sobre todo si uno no da una pelea, no la gana y si la gana tenés que ocupar un lugar. Usar aue no se ocupa, lo ocupa otro, decíamos siempre nosotros, así que tratábamos de ocuparnos todo lo que pudiéramos”* (Psicóloga).

La salida a tal disyuntiva pareciera radicar tanto en la construcción y automodelamiento como grupo-equipo, con base en el reconocimiento de los propios miembros; la construcción de sus propias referencias teóricas y prácticas, así como en el establecimiento de nuevos lazos vinculares

con otros movimientos sociales y organizaciones, que puján por objetivos e ideologías afines. Constituirse como grupo-equipo, a través del proceso de singularización, supone entonces para el grupo la posibilidad de adquirir la autonomía de vivir sus propios procesos y de leer su propia situación.

El contexto institucional custodial implicó grandes obstáculos al desarrollo de la experiencia de reforma institucional que condujo al cierre de la sala psiquiátrica. Dichas barreras u obstáculos pusieron en jaque las bases de los sentidos de las dimensiones colectivas del quehacer profesional y con ello conmovieron la identidad profesional pero arrojaron como resultado la producción de mecanismos diferenciados de subjetivación mediante los cuales los trabajadores buscaron constituirse como grupo-equipo.

---

**S**ostener los procesos instituyentes encarados, se torna una tarea desgastante y dolorosa. Ocupar un rol activo y central en la motorización de las reformas constituye un posicionamiento que implica la confrontación contra los procesos instituidos.

---

## Conclusiones

---

En este trabajo se describieron y analizaron las relaciones entre los trabajadores de la salud y los procesos de subjetivación colectiva en el marco, de un proceso de transformación de las prácticas manicomiales de una sala psiquiátrica perteneciente a una unidad penitenciaria.

Los rasgos distintivos de los procesos de subjetivación desarrollados son derivados del singular y complejo trayecto que condujo a una, no siempre estable, constitución de los trabajadores como grupo - equipos de intervención. Las dimensiones de dicho proceso fueron:

- el emplazamiento y establecimiento inicial de las coordenadas de trabajo del nuevo equipo en vinculación y diferenciación con los profesionales que ya formaban parte del escenario cotidiano y la desnaturalización de las viejas prácticas;
- el reconocimiento por parte de los trabajadores que protagonizaban el proceso; tanto como proceso colectivo de constitución de un grupo distintivo como en relación a la construcción de una nueva identidad profesional;
- el sostenimiento de las transformaciones a pesar del malestar individual y de la inestabilidad en la permanencia de los equipos.

El reconocimiento, por parte de los trabajadores de la salud del proceso de producción de subjetividad colectiva en marcha, abrió un camino que implicó tanto la resistencia en contra de la 'serialización subjetiva', como también la posibilidad de, a través de la lógica de expresión y creación, producir procesos de 'singularización subjetiva'.

Orientar la estrategia de cierre de la sala psiquiátrica implicó desarmar esta trama del manicomio dentro de la cárcel, es decir, desmontar el dispositivo penal, legitimado/ naturalizado como tratamiento. Pero asimismo involucró la

conformación de un proceso de singularización subjetiva que desembocó en la constitución de un nuevo sujeto grupal (equipo).

La sala psiquiátrica necesita ser comprendida dentro del entramado histórico de las políticas que emplean el secuestro institucional en el sentido de diferenciación-especialización. En dicho proceso se pone de manifiesto la cárcel y el manicomio asociados en una respuesta que viola los derechos humanos de las personas con padecimiento psíquico, incluyendo la violación al derecho a la vida, a la salud y a un trato digno y humano.

El ingreso del equipo de Dirección Provincial de Salud Mental a la cárcel de Coronda, el trabajo en su interior, el abordaje terapéutico a las personas con sufrimiento psíquico y el posterior desmantelamiento del espacio físico de la sala psiquiátrica, constituyeron mojones sustantivos en la producción de una subjetivación colectiva des/institucionalizadora.

El extenso proceso de transformación de la práctica manicomial en el interior del dispositivo penitenciario - cierre de la sala psiquiátrica- implicó la modelización de una subjetividad colectiva de los procesos des/institucionalizadores, entendiendo la misma no como la suma de subjetividades individuales, sino como una construcción colectiva en los procesos de reforma. Se observó a lo largo del desarrollo aquí expuesto que el equipo de salud mental fue construyendo su propia subjetividad colectiva en el día a día, en el desarrollo de la mirada hacia el problema, en la necesidad de construcción de modelos no represivos, en la dignidad de su trabajo y en la construcción de un enfoque basada en los derechos humanos.

## Notas finales

---

1. Se relevaron 18 Estados: Argentina, Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Hon-

- duras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Santa Lucía.
2. Particularmente el informe da cuenta de aquellas personas institucionalizadas.
  3. Estas normas jurídicas tienen características diferenciales; en algunos casos son legislaciones vinculantes y de cumplimiento obligatorio por los Estados. En nuestro país estas normativas tienen rango constitucional (Art. 75, inc. 22 de la Constitución Nacional), son las denominadas *'hard law'* (Kraut, 2006b: 121): la Declaración Universal por los Derechos Humanos (DUDH, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC, 1966). En otros casos, se trata de legislaciones no vinculantes, *'soft law'* (Kraut, 2006a:121), dentro de las cuales podemos señalar las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, fundamentales para el campo en estudio: los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Principios EM, 1991) y las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Normas Uniformes, 1993). Por otro lado también existe un conjunto de *'instrumentos jurídicos internacionales'* convenios, cartas, declaraciones, convenciones, tratados y/o los pactos, que son vinculantes para los Estados, previa ratificación de sus gobiernos; particularmente para el caso de salud: la Declaración de la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, por la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, conocida como *'Declaración de Caracas'* (1990); la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental (Brasilia, 2005); la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) y la reciente Declaración de Panamá (2010).
  4. A nivel nacional aún existen 54 Instituciones monovalentes: 1 colonia nacional, 11 colonias provinciales y 42 hospitales monovalentes (DNSM 2010, según datos PROSAM 2001). Según una investigación del CELS- MDRI (2008) en la Argentina hay aproximadamente 25.000 personas internadas en instituciones monovalentes. El 80% de estas personas son encerradas durante más de un año y muchas lo son de por vida. El informe señala que dos tercios de las camas pertenecen al sector público y que el 75% de las personas internadas en el sistema de salud público se encuentran en instalaciones de más de 1000 camas. El informe afirma asimismo que entre el 60% y 90% de estas personas permanecen internadas por razones sociales (CELS-MDRI, 2008, 9-10). Ese mismo informe revela que en la Ciudad de Buenos Aires de 2414 personas internadas –en el 2005- el 10% llevaba más de 25 años de internación y el 25% entre 10 y 25 años.
  5. En el libro *"Vidas Arrasadas"*, el CELS-MDRI, se utilizan como sinónimos los conceptos de: *'personas institucionalizadas'*, *'personas internadas'* o *'personas detenidas'*, contemplando los estándares internacionales de derechos humanos en materia de derechos de los niños y que también son de aplicación en este campo (CELS-MDRI, 2008: 9). En este marco se entiende *"por privación de libertad toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita salir al menos [la persona] por su propia voluntad, por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u de otra autoridad pública"* (Regla de Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 45/113, del 14 de diciembre de 1990, 11b. Citado por CELS-MDRI, 2008: 9-10).
  6. Asumimos la denominación de *'sala psiquiátrica'* expresada por Sozzo (1997) para definir el espacio (pabellón) destinado a sujetos con padecimiento psíquico en el interior de la unidad penitenciaria.
  7. El presente trabajo fue desarrollado en el marco de dos proyectos de investigación de mayor amplitud: 1) Proyecto UBACYT 20020090200361 (2010-2012). Ciencias Sociales, Salud Mental y Derechos Humanos. Legislación y Gestión de políticas en los procesos de transformación de los modelos asilares: el caso de Provincia de Santa Fe y de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. 2) Proyecto SACYT Ministerio de Salud (2011). "Accesibilidad y Derechos Humanos en Salud Mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego"
  8. La creación del pabellón psiquiátrico se produce en el año 1985 como resultado del reclamo de los profesionales de la salud del Hospital Psiquiátrico *'Mira y López'* de Santa Fe en resistencia a continuar asistiendo a personas con padecimiento psíquico que se encontraran transitando un proceso penal.
  9. La Argentina cuenta con una ley de Salud Mental a nivel nacional de reciente sanción. Las provincias que disponen además de leyes específicas a nivel jurisdiccional son: Salta, Entre Ríos, San Juan, Chubut, Río Negro, Santa Fe, Córdoba y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
  10. El colectivo de gestión de la Dirección Provincial de Salud Mental de la provincia de Santa Fe define el proceso des/institucionalizador a partir del término nativo *'sustitución de la lógica manicomial'*.

11. Al momento del cierre del pabellón, 14 de las 22 personas alojadas habían sido declaradas inimputables en sus respectivos procesos penales.

## Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atensão Psicossocial*. Brasil: Fiocruz.
- Bleichmar, S. (1986). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bleichmar, S. (1999). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2004). *Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo I: 1957-1969*, Buenos Aires: Topía Editorial.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (2005). *Las Huellas de la Memoria II. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. Tomo II: 1970-1983*, Buenos Aires: Topía Editorial.
- CELS- MDRI (2008). *Vidas Arrasadas*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cohen, H. (1994). El proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro. En *Políticas en salud mental*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dagfal, A. (2009). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*. Buenos Aires: Paidós.
- Deva, P. (2006). Rehabilitación psiquiátrica y su función actual en los países en vías de desarrollo, *Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, Vol. 4, N° 3, diciembre, pp164-166.
- Faraone, S. (1993a). Desmanicomialización. Notas para un debate de las transformaciones de las instituciones psiquiátricas asilares, *Revista Margen* N°3, Buenos Aires. Pp 50-80
- Faraone, S. (1993b). La transformación del hospital psiquiátrico, Informe final, UBACYT, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, *Informe, 1991-1993. Un abordaje alternativo o una política de reducción económica-administrativa*. Tesis de maestría. Maestría en Salud Pública. UBA.
- Faraone, S. (2005). Desinstitucionalización. Una mirada alternativa para el abordaje en Salud Mental. Tesis de maestría en Salud Pública. UBA.
- Faraone, S., Valero, A., Geller, Y., Rosendo, E., Bianchi, E. y N. Boucht (2011). De prácticas represivas a prácticas integrales de cuidado en salud mental: la experiencia del corralito. (Pinheiro y Martins orgs.) En *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. CEPESC – IMS/UERJ – Río de Janeiro: Editora Universitaria UFPE – ABRASCO.
- Foucault, M. (2000). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Foucault, M. (2007). [2003]. *El poder psiquiátrico*, Curso en el College de France (1973-1974) Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica de Argentina.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para la crítica a la razón psiquiátrica*, Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (1991). La crisis del modelo médico en psiquiatría, *Cuadernos Médicos Sociales*, Rosario: CEES. Pp. 53-59
- Galende, E. (1992). Algo para recordar. Lanús y la salud mental. En *35 años. Primera jornadas de encuentro de Psicopatología del Policlínico de Lanús*. Buenos Aires. Pp. 101-105.
- Galende, E. (1994). Los manicomios en la situación actual. En *Políticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2006). Breve historia de la crueldad disciplinaria. En Galende, E. y Kraut, A *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galli, V. (1986). *Salud Mental. Definiciones y Problemas*. Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud. Buenos Aires.
- Galli, V. (1993). Como construir un proyecto anti-manicomial. *Revista Zona Erógena* N° 13.
- Galli, V. (1994). Encuentro de encuentros. *35 años. Primera jornadas de encuentro de Psicopatología del Policlínico de Lanús*. Buenos Aires. Pp. 107-115.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Guattari, F. (2005). *Micropolítica. Cartografías do desejo*. Petropolis: Ed. Vozes Ltda.
- Holland, D. & Leander, K. (2004). Ethnographic Studies of Positioning and Subjectivity: An Introduction. *Ethos*, 32: 127- 39.
- Kraut, A (2006a). Derechos humanos y salud mental. En Galende, E. y Kraut, A: *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Kraut, A. (2006b). *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni Editores.
- Layton, L. (2008). What Divides the Subject? Psychoanalytic Reflections on Subjectivity, Subjection and Resistance. *Subjectivity*, 22: 60-72.
- Luhmann, T. (2006). Subjectivity. *Anthropological Theory*, Vol. 6 (3): 345-361.
- OMS (2005). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos humanos y Legislación*. Ginebra: OMS.
- OPS/OMS (1989a). *Argentina condiciones de Salud*, Buenos Aires: OPS/OMS.
- OPS/OMS (1989b). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud*, Washington: OPS/OMS.
- Ortner, S. (2005). Subjectivity and cultural critique. *Anthropological Theory*, Vol. 5 (1): 31-52.
- Pavarini, M y Betti, M. (1999). La tutela social de la /a la locura. Notas teóricas sobre las ciencias sociales y la práctica psiquiátrica frente a las nuevas es-

- trategias de control social. *Revista Delito y Sociedad*. Nro. 13. UNL/UBA. Pp. 93-109.
- Pitch, T. [1989] (1999). Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia. *Revista Delito y Sociedad*. 1989; Nro. 13. Pág. 111-138.
  - 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 Asociación de Neuropsiquiatría*, Volumen VII, No. 21. Pp. 165-187.
  - Roudinesco, E. (1996). Introducción. En: *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Bs. As.: Ed. Paidós.
  - Sarraceno, B. & Tognoni, G. (1989). Methodological lessons from the Italian psychiatric experience, *The International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 35., N°. 1: 98-109.
  - Stolkiner, A. (1993). Crisis y ajuste. En *Políticas en salud mental*, Buenos Aires: Lugar Editorial.
  - Sozzo, M. (1997). Derechos humanos en la interacción psiquiatría justicia penal. El caso de la Sala Psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria N°1 de la Provincia de Santa Fe (Argentina). En *Informe sobre la situación de derechos humanos en la Argentina 1996*. CELS. Pp.167-200.
  - Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Buenos Aires: Alianza Editorial.
  - Wacquant, L. (2002). The curious eclipse of prison ethnography in the age of mass incarceration. *Ethnography*, Vol. 3 (4): 371- 397.
  - Wetherell, M. (2008). Subjectivity or Psycho-Dis-cursive Practices? Investigating Complex Intersectional Identities. *Subjectivity*, 22: 73-81.