

# Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General

**MARTÍNEZ, María Leonela.**

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de Cuyo (UNCuyo). Maestranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLA). Especialista en Salud Mental (RISAM). Jefe de Servicio de Salud Mental- Hospital El Carmen (OSEP- Mendoza). Docente de Grado (UNCuyo) y Posgrado (UM).

Contacto: [martinezleonela90@gmail.com](mailto:martinezleonela90@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6701-703X>

**Recibido:** 12/11/2024; **Aceptado:** 21/04/2025

**Cómo citar:** Martínez, M.L. (2025). Lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Análisis en un Hospital General. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 93-114

**Resumen**

El presente escrito pretende realizar una reflexión crítica acerca de las lógicas y prácticas manicomiales, más allá de los muros. Es decir aquellas presentes y que atraviesan los diversos dispositivos de Salud Mental. Se realizará dicho análisis considerando un Hospital General de la provincia de Mendoza (Argentina). El tema es de importancia en el campo de la salud mental, ya que posibilita aportar a la interpelación y revisión constante en torno a las prácticas desarrolladas en los dispositivos de atención de salud mental.

El objetivo del artículo es analizar críticamente qué se entiende por lógicas manicomiales, para problematizar la presencia y atravesamiento de las mismas en las prácticas en un hospital general de la provincia de Mendoza. Asimismo, interesa analizar el impacto en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 a partir de la observación participante como

técnica principal. Se parte de los siguientes interrogantes: ¿a qué llamamos lógicas manicomiales? ¿Las lógicas y prácticas manicomiales se encuentran presentes y atraviesan a las prácticas asistenciales de un hospital general? ¿De qué forma? ¿Esto repercute en la implementación de la Ley?, ¿Cómo?

Se parte de la hipótesis de que las lógicas y las prácticas manicomiales en torno a la salud mental se encuentran presentes en la comunidad del hospital general y atraviesan las prácticas asistenciales hospitalarias, dificultando, en ocasiones, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Para llevar adelante esta tarea se realiza un recorrido teórico respecto al modelo asilar-manicomial como sustento de prácticas manicomiales y la desmanicomialización como práctica y modelo de atención prioritaria en salud mental hoy. Se desarrollarán categorías teóricas tales como lógicas y prácticas manicomiales, para analizar y reflexionar en torno a las prácticas asistenciales atravesadas por dichas lógicas en el contexto de un hospital general, desarrollando su relación con las dificultades en cuanto a la implementación de la ley.

**Palabras clave:** lógica manicomial - práctica manicomial - hospital general - desmanicomialización - Ley Nacional de Salud Mental

**Asylum logic and practices, beyond the walls. Analysis in a General Hospital**

#### **Abstract**

This paper aims to offer a critical reflection on asylum logics and practices beyond institutional walls—namely, those that are present in and permeate various mental health care settings. The analysis will focus on a general hospital in the province of Mendoza, Argentina. This topic is significant within the field of mental health, as it contributes to the ongoing questioning and revision of the practices developed in mental health care facilities.

The aim of the article is to critically analyze what is meant by "asylum logics," in order to question their presence and influence on the practices carried out in a general hospital in the province of Mendoza. In addition, it seeks to examine the impact of the implementation of National Mental Health Law No. 26.657, based on participant observation as the main methodological approach.

The article is guided by the following questions: What do we mean by "asylum logics"? Are asylum logics and practices present in and do they shape the care practices of a general hospital? In what ways? Do they affect the implementation of the Law? How?

The hypothesis is that asylum logics and practices surrounding mental health are present within the community of the general hospital and influence hospital care practices, at times hindering the implementation of the National Mental Health Law.

To address this, a theoretical overview is provided on the asylum-based model as the foundation of asylum practices, and on deinstitutionalization as a practice and guiding model in today's mental health care. Theoretical categories such as "asylum logics" and "asylum practices" will be developed to analyze and reflect on care practices shaped by such logics in the context of a general hospital, exploring their relation to the challenges of implementing the law.

**Keywords:** asylum logic - asylum practice - general hospital - deinstitutionalization - National Mental Health Law

## 1. Consideraciones teóricas generales

### 1.1. Modelo Asilar-Manicomial como sustento de lógicas y prácticas manicomiales

A fin de analizar las lógicas y prácticas manicomiales que atraviesan las prácticas en el contexto de un hospital general, es necesario realizar un recorrido histórico en cuanto al tratamiento de la locura y el modelo imperante que dio lugar a dicha lógica, para luego desarrollar aquello que se entiende por lógicas y prácticas manicomiales dentro y fuera del manicomio, como su máxima expresión.

El concepto de locura está íntimamente relacionado con las representaciones sociales y los paradigmas vigentes en cada período histórico. En términos generales, el encierro en asilos y hospitales fue la respuesta del Estado y de la sociedad, para separar a todos los que alteraban el orden establecido, o a quienes se evidenciaban como diferentes a lo que era considerado normal para una época determinada (Bayón, 2000).

Continuando con Bayón (2000), a partir del siglo XVI, con el capitalismo incipiente, se empezó a pensar en el encierro y la exclusión como grandes soluciones a las enfermedades de la época, pero también había otras personas que pasaban a ser objeto de esta política de

encierro: los locos, los mendigos, los vagabundos, los homosexuales, las prostitutas y los pobres, quienes eran excluidos, segregados y considerados “desechos sociales”. Por lo tanto, las funciones de hospitales, instituciones de asistencia, asilos y hospicios eran, tanto de control, como de caridad. Con el afianzamiento del capitalismo y la consolidación de la medicina, se produjeron modificaciones en relación a la atención a la locura. En el siglo XVIII, los médicos encuentran a los locos encerrados como condición natural, situación que no es cuestionada ni problematizada. Ante ese panorama, la propuesta fue realizar un tratamiento de carácter impositivo, basado en el castigo y la segregación.

En este contexto histórico social hace su aparición la psiquiatría, entendida como una ciencia que se ocupa del tratamiento de las anormalidades de la conducta. Si bien el encierro era básicamente segregativo, en este siglo comenzó a difundirse la idea de que debería encontrarse un tratamiento adecuado que permitiera reinsertar a los dementes en la sociedad.

Entonces, el encierro no fue una consecuencia de la aparición de la psiquiatría sino a la inversa: ésta floreció a medida que crecía el número de asilados en los hospitales (Bayón, 2000).

De esta forma se va gestando la psiquiatría como disciplina interventora sobre la locura, la cual, en ese momento es entendida como una enfermedad mental y como un problema para la sociedad. Las instituciones dirigidas al abordaje de dicho problema nacen bajo esa misma concepción y como el lugar donde la sociedad oculta lo que no se quiere ver: el manicomio. Etimológicamente, la palabra manicomio viene del griego *manía* (locura) y *koméo* (cuidar). El manicomio, asilo, loquero, hospicio o psiquiátrico, eran las denominaciones comunes que tenían los hospitales de salud mental que estaban a cargo del Estado.

Se parte de entender a la institución psiquiátrica o manicomio como una institución total, concepto desarrollado por Erving Goffman desde la literatura sociológica, considerada como un “lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1992, p. 25). Lo que las caracteriza y les da un signo particular son los obstáculos que interceden en la relación con el exterior, dificultando la interacción social. Los manicomios se clasifican “entre las instituciones totales porque abarcan todos los aspectos de la vida del paciente, que transcurre allí en la compañía inmediata de otras per-

sonas igualmente aisladas del resto del mundo mayor” (p. 26) y “están erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad” (pp. 22-23).

Otros autores plantean que el manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. En el caso de Argentina, la segregación efectiva de las personas en las instituciones psiquiátricas contribuye a incrementar su discapacidad y viola los estándares internacionales de derechos humanos. Al ser separadas de la sociedad, las personas pierden los lazos que las unen a su familia, amigos y comunidades de referencia. Quedan sometidas al régimen custodial de las instituciones psiquiátricas y pierden las habilidades de vida esenciales que necesitan para sobrevivir en la comunidad, lo que impide su rehabilitación (Fränkel, 2016).

En este sentido, se puede introducir la categoría de lógica manicomial como aquella lógica imperante en el marco del modelo asilar, en donde las condiciones del asilo promueven un aplastamiento subjetivo, ya que el loco es tomado, en realidad, no como sujeto sino como

objeto. Se habilita la forma más radical de destitución subjetiva y vulneración de derechos, recurriendo a una lógica tutelar, paternalista y de control, aplicando un tratamiento y tomando decisiones por ellos, ya que no se considera que estos sean capaces de realizar juicios con criterio (Carpintero et al., 2007). En síntesis: quienes padecen son tratados como cosas.

El adjetivo de manicomial no refiere a las paredes o a los trabajadores, sino a un sistema anquilosado que atraviesa los distintos dispositivos de trabajo, que en muchos casos han perdido su sentido original y se comportan manicomialmente, en conjunto con profesionales que los sostienen (Carpintero et al., 2007). La lógica manicomial supone un proceso de pérdida de singularidad y de identidad. Todos son atendidos sin ningún tipo de distinción, sin abordar las particularidades y necesidades de cada sujeto, consolidando una masa uniforme y homogénea. La libertad es coartada por medio de la regulación de la palabra y las acciones, y las personas no son comprendidas como sujetos de derechos.

No obstante, las legislaciones nacionales mencionan en su articulado consideraciones en torno a las lógicas manicomiales. Por ejemplo: la provincia de Santa Fe tuvo su propio movimiento de reformas, instaurando

un proceso de transformación en las instituciones y las prácticas, que han podido acumularse y reflejarse en la Ley Provincial N° 10.772/91 y su reglamentación del año 2007. Aquí se concibe a las lógicas manicomiales en tanto "(...) medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad" (Decreto N° 2155/07).

Al hablar de lo manicomial como lógica imperante en las prácticas, a lo que se hace referencia es a tres instancias que están presentes para su persistencia: el juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia de lo anormal, y la idea de irreversibilidad y cronicidad del padecimiento psíquico. Estos conceptos son los que permiten la persistencia del modelo manicomial (Carpintero et al., 2007).

A las prácticas manicomiales se las considera como efectos del modelo asilar y lógica imperante de éste. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) afirma que "se configuran como producto de la propia institución manicomial y no como aspectos del tratamiento de los padecimientos mentales" (2014, pp. 1-2). Son acciones que deben ser pensadas dentro de la estructura de asimetría de poder que gobierna las institucio-

nes totales y que forman parte de un discurso sobre la locura que las excede y determina. Sin embargo, estas prácticas no siempre se muestran obvias y evidentes. El exceso en la medicación, la falta de dispositivos de externación o el llano maltrato hacia los usuarios, no son los únicos modos en que se manifiesta esta lógica. Como sabemos, desde Foucault, el poder es en realidad el ejercicio de sí mismo, y el campo privilegiado para su circulación es, justamente, donde no puede advertirse con facilidad. (Azar et al., 2019). En esta línea:

Hemos dado entonces en llamar prácticas micromanicomiales a estos "pequeños" actos, de difícil percepción, que expresan y reproducen una asimetría en la relación de poder entre el "loco" y el "no loco". Acciones, omisiones y decires que son efecto y, a la vez, causa del discurso que ubica al enfermo mental en las antípodas de lo normal y, por lo tanto, de lo deseable (...) Esta invisibilidad de lo micromanicomial, producto de su sutileza, permite una eficacia en la configuración del lugar en el que se sitúa al loco. Eficacia que la violencia manifiesta y "obvia" de las prácticas manicomiales ya no puede procurarse con tanta facilidad. Reside allí lo peligroso de su existencia. (Azar et al., 2019, p. 101)

A modo de síntesis, se tomarán algunos aportes filosóficos y sociológicos. La existencia del manicomio es una política de estado que se consume bajo la denominada “biopolítica”. Siguiendo a Foucault y a Agamben, la “biopolítica” no es otra cosa que el Estado ejerciendo su poder sobre los cuerpos, con el objetivo de un equilibrio de la población y su regulación. Este derecho estatal, sustentado como “biopoder”, que apunta al “hacer vivir” y “cómo vivir”, es un posicionamiento racista, en cuanto permite pensar la muerte del otro inferior en un proceso de normalización. Establecer la diversidad como “inferioridad” preforma la respuesta para invalidar su existencia: loco, pobre, excluido, adicto. En este nivel, curar al enfermo, es garantizar el orden público (Carpintero *et al*, 2007). Fränkel lo dice así:

El encierro manicomial constituye un laboratorio de prueba que va graduando el *nomos* biopolítico de estos tiempos. Su presencia equivale a la exposición y abandono, al encierro colectivo y condiciones de esclavitud que se reproducen en entornos institucionales, hospitales, juzgados o escuelas y que terminan conformando un entorno explosivo en poblaciones cada vez más arrasadas, cada vez más pulverizadas. Su legitimidad está en este doble acto simultáneo y contradictorio en el cual la vida queda confinada. Entre el afuera y el adentro los límites son difusos, pero al

mismo tiempo, existen como estructuras que se excluyen. (Fränkel, 2015, p. 61)

Aunque el encierro esté graficado en la figura manicomial como institución total, las evidencias señalan que su expansión excede sus muros; su enraizamiento demuestra que representa uno de los pilares centrales del poder y del gobierno biopolítico de la vida (Fränkel, 2015).

## **1.2. Experiencias alternativas a la lógica manicomial: la desmanicomialización y el hospital general en el marco de la Ley 26.657**

Luego de realizar un recorrido histórico por el modelo asilar-manicomial, la lógica imperante y las prácticas que resultan del mismo, es importante avanzar históricamente planteando las experiencias alternativas a la lógica manicomial, tomando dos puntos importantes: los procesos de desmanicomialización y el hospital general como estructura principal para desarrollar dispositivos de abordaje en salud mental, teniendo como marco en nuestro país la Ley 26.657.

Los movimientos de reformas del manicomio en los diferentes países han intentado modificar las formas de tratamiento de la locura, produciendo desde lo teórico e institucional diferentes maneras de abordaje. Si

bien estos procesos, conocidos como movimientos de desmanicomialización, han tenido diferentes alcances, una estrategia fundamental fue el pasaje del dispositivo manicomial y el encierro hacia los modos comunitarios y territoriales que tienen en cuenta la necesaria preservación de los lazos creados del sujeto (Galende, 1990).

En la década del 60', en diversos países comenzaron a surgir cuestionamientos en torno al encierro y al tratamiento psiquiátrico como modo de atención de las personas con padecimientos de salud mental. Fue este movimiento contrahegemónico el que permitió sentar las bases para repensar la categoría "locura" y poder reemplazarla paulatinamente por la de "salud mental", contribuyendo con el surgimiento de métodos alternativos de atención (Martin y Vega, 2019).

En ese contexto, en Argentina, las primeras experiencias alternativas fueron las comunidades terapéuticas, que se vieron interrumpidas en el contexto de la última dictadura militar. Con el retorno de la democracia se inicia el proceso de desmanicomialización en Río Negro en el año 1985. El conductor del mismo fue el Dr. Hugo Cohen, quien tomó como referente el antecedente de la desinstitucionalización italiana propuesta por Franco Basaglia.

En 1989, el Dr. Hugo Cohen, presentó el anteproyecto de la Ley Provincial N° 2.440, finalmente sancionada en 1991, bajo la cual "la desmanicomialización fue concebida como la transformación de un sistema de salud mental, para que las personas con sufrimiento mental vivan en sus comunidades, y no en hospitales psiquiátricos, ni en ninguna otra forma de abandono; sin ser alejadas de su vida social, del trabajo, del hogar, de las oportunidades, de los intercambios y los riesgos y, para aumentar el acceso a una atención eficaz y disminuir la carga de enfermedad que soportan mayormente los usuarios, sus familias y comunidades" (Cohen y Natella, 2013, p. 17). Esto fue posible gracias a la modificación de las prácticas, los modelos de atención y las políticas de salud mental. Es decir, se transformó el viejo sistema en un sistema de salud mental comunitaria.

La desmanicomialización no significa el cierre del manicomio, sino el cuestionamiento al mismo y su sustitución por un sistema de salud mental basado en el ejercicio de los derechos de las personas, a través de una oferta de servicios y prestaciones, cuya finalidad es la inserción comunitaria. Es un concepto más amplio que la mera consideración en tanto práctica desarrollada concretamente. Implica, también, un movimiento simbólico e ideológico que apuesta por atravesar las prácti-



cas en salud mental. En esta línea, se toman los aportes de Carpintero et al.:

Se debe apuntar a la “desmanicomialización” en cuanto a la supresión del “manicomio”, ya sea como institución asilar, custodial o de control social, que tiene un modelo de relación humana y poder disciplinario. Por ello, debe quedar claro, que el objetivo de desmanicomializar, no se agota en transformar el indigno tratamiento de la “locura”, sino que debe extenderse a prevenir la puesta en acción de otros dispositivos de control social, que sectores minoritarios y hegemónicos de la sociedad, hoy son alentados para protegerse de los nuevos “peligros” que acechan: adicciones, HIV- sida, anorexia, violencia familiar, etc. (2007, p. 16)

Es preciso pensar la desmanicomialización como categoría teórica que permita sostener un posicionamiento que atraviese las prácticas en salud mental, en torno a desmontar todos aquellos dispositivos de control social.

Según Martín y Vega (2019), con el restablecimiento de la democracia, y ante la exacerbación de las manifestaciones de la cuestión social, las internaciones crecieron, pero volvieron a ser fuertemente cuestionadas.

Se comenzaron a pensar en políticas de salud mental que fueron conquistas de usuarios, familiares, organizaciones sociales y algunos profesionales que apoyaban las iniciativas reformistas, siendo el mayor logro de esa lucha la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, sancionada en el año 2010. En línea con Iglesias:

La ley aparece como una representación del momento histórico que atraviesa el conjunto social, donde la complejidad es el eje principal que rodea a la ley; como el emergente de un proceso internacional de reconocimiento de derecho y un camino que enmarca otras reformas que la antecedieron. (2015, pp. 45-46)

En términos generales, López aporta lo siguiente:

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 –Ley N° 26.657– las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma. La Ley señala que todas las personas usuarias de servicios de salud mental tienen derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo a la atención en salud mental. La atención debe desarrollarse preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Para ser más específicos, señala la prohibición de nuevas Instituciones

Psiquiátricas de tipo asilar y el cierre progresivo de las ya existentes. (2011, p. 78)

Uno de los postulados principales de la Ley, en su Art. N° 28 establece que “las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales”. Cabe mencionar la importancia de la adecuación de tales dispositivos para garantizar dicho postulado. Según Cohen y Natella (2013), una internación, aún en un hospital general, siempre es un corte en la cotidianidad que separa y aísla al sujeto de su entorno habitual. No obstante, al ser el hospital general un dispositivo abierto, transitado por el colectivo social, que se rige por normas generales para todos los usuarios que asisten, permite disminuir el estigma y descentralizar la locura del espacio cerrado manicomial, del centro especializado y del especialista, características que definen al hospital general como una estructura comunitaria.

Sin embargo, no se pueden desestimar algunos obstáculos desarrollados en dichas instituciones. Se consideran los aportes de Goffman (1922), quien sostiene que toda institución tiene tendencias absorbentes, es decir, recluta parte del interés y del tiempo de sus integrantes proporcionándoles un mundo propio, en el cual se inscribe una cultura propia.

Como síntesis del presente apartado se puede mencionar que el contexto del hospital general se constituye como un escenario diverso, en el que conviven distintas prácticas de salud y, en ocasiones, se percibe la insistencia de algunos profesionales y de la comunidad hospitalaria en sostener lógicas tradicionales desarrolladas por el modelo manicomial como eje de sus intervenciones, dejando por fuera la clínica de lo singular. Es allí donde se reproducen las lógicas y prácticas manicomiales que se problematizan en el presente escrito.

### **1.3. Prácticas manicomiales en hospitales generales**

Luego de realizar el desarrollo histórico y teórico de las categorías principales de este trabajo, se realiza una breve descripción de dos reseñas de antecedentes de investigación desarrollados respecto al tema planteado.

Cabe destacar que, si bien existen otras experiencias al respecto, se consideró tomar a modo de ejemplo las que se presentan a continuación, por ser experiencias nacionales, de distintos puntos del país, por tomar como referencias teóricas aquellas que se encuentran en línea con las desarrolladas hasta aquí como principales, como así también por concluir en reflexiones que permiten interpelar las prácticas profesionales.

En los últimos años este tema ha sido de mayor interés y desarrollo teórico, debido a la revisión constante que se plantea realizar en las prácticas profesionales y la disposición de los diferentes autores a animarse y desafiarse a producir teóricamente al respecto, ya que ello posibilita continuar reflexionando en relación a ciertos postulados teóricos e intervenciones cotidianas. Una vigilancia epistemológica constante. A fin de seguir abordando el tema en términos históricos, se presentan de manera cronológica las indagaciones realizadas sobre el tema.

En primer lugar, el trabajo desarrollado por Pablo Carcovich, *La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general* (2017), se propone realizar una lectura de la práctica de internación por salud mental en un hospital general de la ciudad de Rosario entre 2010 y 2013. El objetivo es problematizar determinados aspectos que emergen en estas prácticas, vinculados a los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores de la salud. El autor parte de la hipótesis que el hospital puede ser un escenario en el que se actualice la lógica manicomial, obstaculizando la realización de las nuevas formas de tratamiento del padecimiento psíquico, presentes en las leyes de salud mental y las políticas públicas vigentes.

Entre los hallazgos destaca que el paciente con padecimiento psíquico presenta mayores complicaciones a la hora de recibir asistencia en el hospital general, persistiendo la locura de la institución manicomial. Estas dificultades están asociadas al imaginario presente en los trabajadores y a una destitución del otro como semejante, y remiten a la constante dificultad para incluir los problemas de salud mental en los efectores de salud. Se destaca la necesidad de afrontar este problema para avanzar en el cumplimiento de la legislación vigente, contemplando que la complejidad de estas prácticas no se resuelve desde la burocratización de estas (Carcovich, 2017).

En segundo término, otro de los trabajos que desarrolla en profundidad el tema planteado es el ensayo de Tomás Pal, *Instituciópatas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general* (2018). En el recorrido que realiza el autor analiza críticamente cómo ciertas prácticas propias del manicomio se reproducen dentro de los hospitales generales en el marco de los dispositivos de salud mental. Busca mostrar que el manicomio no es solo un espacio físico o infraestructura de circulación de poder, sino una forma de funcionamiento institucional, marcada por la medicalización, la burocracia y la desubjetivación de los usuarios. Lo interesante del escrito es que a través de diferentes citas, y con la ex-

perencia subjetiva de haberlo transitado, se propone denunciar las lógicas de poder y violencia simbólica que atraviesan la formación de residentes en salud mental, y cómo estas reproducen una práctica clínica automatizada, alejada del vínculo humano y ético.

A fin de realizar una aproximación a lo extensamente desarrollado en el libro, se puntualizan brevemente los principales hallazgos o reflexiones desarrolladas. Pal (2018) sostiene que el manicomio no ha desaparecido aunque las prácticas sean llevadas a cabo en otros contextos institucionales. Por el contrario, se ha diseminado en nuevas formas más sofisticadas, sutiles y legitimadas, donde la violencia institucional no siempre es explícita, sino que se manifiesta en protocolos, tiempos, diagnósticos, etiquetas y omisiones. La formación profesional puede volverse una práctica violenta y desubjetivante, tanto para el usuario como para el profesional en formación. Sin embargo, proclama que la única forma de resistir a la lógica imperante es volver al encuentro humano, a la escucha y al vínculo subjetivo, que requiere de un posicionamiento ético-político del profesional.

En síntesis, *Instituciópatas* es un ensayo que combina un análisis teórico agudo, con una crítica institucional, testimonio clínico y escritura creativa, comprometida y

política. Su obra busca restituir una ética del cuidado y del vínculo, como vía posible frente a la automatización de la salud mental.

Para finalizar, es de importancia citar un fragmento que Luis Sanfelippo (2021) desarrolla en la reseña del libro. Plantea tres modelos de leer el escrito: “el primero de ellos es el modo indignado de quienes se sienten injuriados por el dedo acusador de Pal; el segundo de ellos, es el modo espectador de quien celebra las ocurrencias ingeniosas de Pal, que desenmascaran a los malvados que maltratan pacientes pobres en el hospital; y un tercer modo, un modo implicado que nos permite una interrogación permanente de aquello que creemos ser y de aquello que creemos hacer en nuestro ámbito de trabajo en el complejo campo de la salud mental” (Sanfelippo, 2021, pp. 46-47).

## **2. Observación participante como herramienta ética y política**

En línea con lo planteado hasta aquí, y tomando como horizonte y desafío ético la implicancia necesaria que permita una interpelación del ejercicio profesional, es que se desarrolla brevemente la herramienta utilizada para el desarrollo del presente escrito. La observación participante se considera no simplemente como

una técnica de recolección de datos, sino como una herramienta ética y política que habilita, en esta oportunidad, una interrogación constante sobre las prácticas institucionales en el campo de la salud mental. Esta herramienta se inscribe en un posicionamiento que no deviene en la neutralidad del observador. Asume un compromiso subjetivo y situado con las condiciones que observa, habita e interpela (Guber, 2001).

La observación participante permitió desplegar una serie de reflexiones críticas en torno a las prácticas manicomiales que persisten —a veces de forma velada, otras explícitamente— en el Servicio de salud mental de un hospital general en la provincia de Mendoza. La inserción cotidiana en el dispositivo hospitalario, desde una posición de trabajadora implicada, brindó la posibilidad de reconocer no sólo las prácticas visibles, sino también los discursos, silencios y gestos que reproducen lógicas de encierro, tutela y exclusión dentro de un espacio que, por ley, debería promover la autonomía, inclusión y garantía de derechos.

Desde esta mirada, tal como plantea Guber (2001), la observación participante no se limita a una instancia de registro externo, sino que deviene instancia de implicación crítica, en tanto permite que lo observado interpele también al observador. La herramienta se

constituye así en un espejo incómodo que devuelve, no solo lo que los otros hacen, sino cómo uno mismo se inscribe y reproduce —a veces de manera inadvertida— prácticas que busca transformar.

En definitiva, la observación participante no se utiliza aquí como método auxiliar, sino como herramienta ético-política fundamental para deconstruir las prácticas manicomiales persistentes y aportar a la construcción de un campo de la salud mental más justo, incluso y respetuoso de los derechos humanos.

### **3. Reflexiones en torno a las prácticas manicomiales en un Hospital General en la Provincia de Mendoza y sus implicancias en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental**

En el presente apartado se desarrollarán reflexiones que contribuyan a revisar y deconstruir aquellas prácticas manicomiales que se desarrollan en un hospital general. Luego, se plantean brevemente propuestas concretas que permitan aportar en la transformación de dichas prácticas.

Según Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987) es importante diferenciar la institución manicomial surgida en el siglo XVIII, que llega, con algunas variaciones,

hasta nuestros días; de lo manicomial como institución, en relación a los modos de trabajo y a las prácticas que se desarrollan, que no tienen que ver directamente con el asilo u hospital monovalente, sino que funcionan como una lógica manicomial que opera extramuros.

Más allá de las políticas y los límites impuestos por el muro, el manicomio puede introducirse por los vértices imaginarios de los trabajadores y profesionales de la salud, produciendo modalidades de prácticas que perpetúan la lógica manicomial (Carcovich, 2017).

Se mencionan situaciones y/o ejemplos concretos, cuyos análisis de dichos entramados dan cuenta de la reproducción de lógicas, y, por ende, prácticas manicomiales en el contexto del hospital general, en la provincia de Mendoza. Las mismas serán desarrolladas en profundidad. Sin embargo, a modo de puntualizar, las mismas se mencionan a continuación: se evidencia la presencia del estigma y representaciones sociales en salud mental, características edilicias o de infraestructura particulares del hospital, el objetivo implícito en la indicación del equipo de salud mental de acompañamiento permanente, consideraciones específicas en cuanto a los abordajes de salud integral de los sujetos que se encuentran internados por salud mental, derivaciones para continuidad de internación a efectores

monovalentes, situaciones relacionadas con la estadía y circulación de los sujetos en los espacios del hospital, el uso de psicofármacos como modo de contención de las crisis subjetivas, y por último, las dificultades observadas para garantizar el consentimiento informado de los usuarios que transitan internaciones por motivos de salud mental.

En primer lugar, se puede dar cuenta que las lógicas manicomiales en torno a la salud mental, se encuentran presentes en el personal de salud, considerando el estigma y las representaciones sociales que imperan, abarcando desde la Dirección Hospitalaria, las diferentes especialidades médicas, enfermería, personal administrativo, de seguridad, maestranza, e inclusive, el equipo de salud mental. Es necesario aclarar que tal situación no es abarcativa a todo el personal, ya que con el desarrollo y crecimiento del servicio, habitando espacios de la lógica y dinámica institucional, y por la apertura y disposición de muchos actores del ámbito hospitalario, hoy la salud mental ocupa un lugar destacado en el hospital.

Como ejemplo concreto se puede mencionar que en ocasiones se solicita que “el paciente de salud mental” sea internado en habitaciones aledañas a espacios ocupados por personal de seguridad, ya que median las

representaciones mencionadas y surge la necesidad de tutela y vigilancia. No parece diferenciarse lo que constituye el dispositivo de control manicomial propiamente dicho. Esta función institucional es la que proviene del estigma de la locura, aquello que se requiere custodiar, controlar, ordenar, y encauzar. Todo ello obstaculiza los procesos de atención pretendidos desde la legislación y políticas públicas.

En segundo lugar, en cuanto a características edilicias o de infraestructura, tanto el servicio de salud mental como las internaciones de las personas se encuentran integrados a la estructura edilicia del hospital. No hay un área diferenciada ni aislada del resto de las instalaciones. Las personas pueden ser internadas en guardia general o pasar a la sala de clínica médica, integrados a personas que presentan otros motivos de internación. Existe una inadecuada infraestructura para alojar a usuarios que transitan una internación, ya que no se contemplan ciertas medidas de protección y bio-seguridad para los usuarios y áreas del establecimiento. Esta limitación estructural impide brindar ciertos cuidados. Generalmente, se responsabiliza a la familia y/o referentes que se encuentran acompañando a las personas que transitan una internación, solicitando 24 horas de acompañamiento, tendiente a garantizar el control y la vigilancia.

En tercer lugar, la solicitud de acompañamiento permanente, tal como se describe en el párrafo anterior, no suele formar parte del discurso de los equipos profesionales. Es planteado desde la importancia del acompañamiento, para evitar el aislamiento del sujeto, realizar entrevistas en forma diaria, favorecer el lazo social, entre otros. Esto último es importante, y es lo que se diferencia de los abordajes realizados en el marco de hospitales generales. Sin embargo, no deja de entreverse que los objetivos implícitos y en algunos casos explícitos, de la “indicación” del acompañamiento permanente, también forman parte de la necesidad del “control de conducta”; frase que acompaña cada evolución realizada en cuanto a los usuarios internados por motivos de salud mental.

En cuanto a los abordajes de salud integral de los sujetos que se encuentran internados por salud mental, se estableció un acuerdo con el servicio de clínica médica. Todos los usuarios debían contar con la evaluación y abordaje clínico pertinente y de otras especialidades, si lo requiriese. Si se estableció dicho acuerdo fue porque en su momento no era garantizado, pues era un “paciente psiquiátrico”, y con ello se leía entre líneas que “no le pasaban o no le podían pasar cosas en el cuerpo”. Esto también constituye prácticas manicomiales ligadas a las representaciones de la locura, por el personal

de salud de la institución. Es importante destacar que deconstruir tales prácticas y representaciones llevó su tiempo, habitando espacios y realizando un abordaje desde la clínica multidisciplinaria, dando cuenta de que existen límites en las intervenciones y se requiere dar respuestas acordes a situaciones cada vez más complejas.

Otra situación que se presenta y puede analizarse desde una perspectiva manicomial, es que algunas prácticas que se desarrollan en el devenir de la atención, es la derivación para continuidad de internación a otros efectores monovalentes, públicos y/o privados, con estos últimos hay convenio. Existen diversos motivos por los cuales se llevan a cabo, siendo el más frecuente la dificultad en cuanto a la disponibilidad de camas. Sin embargo, también, suelen aducir a la necesidad de requerir una mayor complejidad en cuanto al abordaje, requerir tiempos prolongados de internación o porque no se puede sostener a ese usuario en la institución. Surgen ciertos interrogantes: ¿son los usuarios los que no pueden ser sostenidos en la institución, o es la institución la que no cuenta con las herramientas, dispositivos, recursos materiales y humanos necesarios y especializados para realizar los abordajes pertinentes? ¿Qué “tipo de pacientes” o situaciones son derivados a otros efectores y por qué?

Pueden analizarse como prácticas manicomiales aquellas relacionadas con la estadía y circulación de los sujetos durante su internación, ya que los mismos tienen que limitarse a permanecer en una habitación y las entrevistas se realizan en dichos espacios, la mayoría de las veces compartida con otras personas, por lo que se dificulta la posibilidad de generar una instancia de respeto a la intimidad y privacidad de las mismas.

También se complejiza y en ocasiones se obstaculiza la circulación de los usuarios por las instalaciones, debido a circunstancias epidemiológicas propias de los hospitales generales y los requerimientos que plantea ante esto el servicio de control de infecciones, lo cual se considera que debe ser respetado. Se hace necesario encontrar estrategias alternativas para dichas situaciones.

A modo de ejemplo, se puede mencionar que no se cuenta con espacios físicos de encuentro habilitados formalmente, que permitan la vinculación, socialización y recreación de personas que están internadas por motivos de salud mental, considerando este aspecto también como terapéutico. Los mismos son creados y habitados por los mismos usuarios, para transitar la cotidianeidad, más allá de los talleres grupales brindados por el Servicio.



Por otro lado, existen situaciones en donde la contención de las crisis subjetivas se realiza a través del uso de psicofármacos, a modo de solución frente a la búsqueda de eliminación de síntomas disruptivos para la institución, obstaculizando así el tratamiento vía la palabra u otro tipo de abordaje necesario.

Esto sucede en aquellos casos en los cuales, generalmente, no se encuentra activo el equipo de salud mental y se recurre a las indicaciones farmacológicas en caso de ansiedad, irritabilidad, excitación psicomotriz, entre otros. Sin embargo, las mismas también son establecidas por profesionales del servicio, y aquí aparecen los siguientes interrogantes: ¿cuándo es necesario abordar la crisis subjetiva con medicación?, ¿Qué uso se le da a la misma?, ¿Quién la utiliza y toma decisiones respecto a ello? Pues el uso indebido e injustificado de medicación psicofarmacológica también se constituye como práctica regida por una lógica manicomial.

Por último, considerando aquellas prácticas que sostienen y promueven lógicas manicomiales, cabe destacar el proceso llevado a cabo por el Servicio de salud mental del mencionado hospital, al momento de garantizar el consentimiento informado (CI) de los usuarios que transitan internaciones por motivos de salud mental. En este sentido se toman los aportes de

Graciela Iglesias (2015), quien sostiene que el proceso de consentimiento informado es un proceso bioético que implica la aplicación efectiva del principio de autonomía, justicia y no maleficencia. Mediante el mismo, el personal de salud le informa al paciente respecto de su padecimiento y el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas. El consentimiento informado es un proceso mediante el cual se pone de manifiesto la práctica responsable y bioética del personal de salud, que eleva la calidad de los servicios y fundamentalmente garantiza el respeto a la dignidad y autonomía de las personas.

Tomando en consideración los aportes mencionados, se ha observado un proceso atravesado por diversos intentos de hacer efectiva la puesta en práctica del CI, incurriendo por momentos bajo lógicas manicomiales, sin considerar la voluntad y autonomía de los sujetos. Se utilizaba hasta hace algunos años un formato de CI para todas las prácticas en salud en el marco del hospital; posteriormente se hacía uso de un CI específico para salud mental que, tras un análisis realizado por una residente de trabajo social, dio cuenta que el mismo no se encontraba en consonancia con los lineamientos propuestos por la Ley de Derechos del Paciente, ni la Ley Nacional de Salud Mental, como así tampoco por la

bioética considerada a tal fin. Por ello, en el año 2023 se reformuló la herramienta hasta entonces vigente, con el fin de garantizar internaciones voluntarias enmarcadas en la Ley, buscando promover la autonomía de las personas desde una perspectiva de derechos humanos; el cual fue aprobado por el Comité de Ética del hospital y continúa vigente a la actualidad.

Para finalizar el presente apartado y con el objetivo de vincular lo planteado con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, se puede dar cuenta, tal como sostiene Carcovich (2017), que las leyes son un avance para posibilitar prácticas innovadoras en salud mental y los procesos de reforma han podido demostrar su efectividad en la conformación de políticas públicas. Pero a pesar de esa evidencia se sabe que la existencia de una ley no garantiza el funcionamiento de las instituciones acorde a los nuevos paradigmas en salud mental, que promueven su inclusión como un problema de salud pública.

Al respecto, los avatares en la implementación de la ley, las posibilidades y obstáculos que hacen a su viabilidad, no corresponden únicamente a las cuestiones técnicas, sino también a cuestiones ideológicas, presupuestarias y políticas. Es decir, que la viabilidad y las posibilidades en cuanto a su efectiva implementación

deben construirse, puesto que se relaciona con la confluencia de los diferentes intereses en juego, teniendo en cuenta que si bien pueden encaminarse hacia una reformulación de las prácticas, las mismas no son sustanciales ni sostenidas en el tiempo.

El hospital psiquiátrico no deja de funcionar sólo con su cierre y prohibición, ya que, independientemente del espacio físico, se pueden reproducir diversas variantes de la lógica manicomial, la cual se advierte principalmente en el no reconocimiento del otro como semejante, como persona y sujeto de derechos.

#### 4. Conclusiones

A fin de concluir, se retoma el objetivo de analizar críticamente qué se entiende por lógicas manicomiales, para problematizar la presencia y atravesamiento de las mismas, y de prácticas manicomiales en un hospital general de la provincia de Mendoza, así como el impacto en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Se puede afirmar la hipótesis planteada. Es decir, que las lógicas y prácticas manicomiales se encuentran presentes y atraviesan las prácticas asistenciales hospitalarias. Sin embargo, más allá del espacio físico en que se lleven a cabo, complejizan y en ocasiones dificultan

las posibilidades de la plena implementación de la Ley de Salud Mental.

La institución hospitalaria es productora de una lógica manicomial toda vez que, aún evitando prácticas de maltrato activo, naturaliza la convivencia y en ocasiones la permanencia en un hospital, en conjunto con la pérdida de derechos que esta situación supone, como la pérdida de libertad, de circulación, de intimidad, de intercambios afectivos y sociales, generando en oportunidades la exclusión comunitaria de las personas (familiar, laboral, cultural, etc.), prolongando estadías en espacios donde también se encuentran expuestos a contraer otras enfermedades.

En el ámbito hospitalario, la intervención propuesta por el modelo médico está sostenida a través de procedimientos que tienden a homogeneizar la problemática desde la perspectiva de la medicina biologicista, con sus métodos rigurosos, lo que burocratiza las prácticas e invalida, invisibiliza y descalifica al sujeto. Estas también son manicomiales y atraviesan los espacios de salud.

Las personas que se encuentran internadas en una institución, llámese hospital general, monovalente u otras instituciones con características de internación, deben someterse a un orden y normas de convivencia,

en ocasiones rígidas sin posibilidad de ser deconstruidas. Si retomamos los aportes de Goffman, ¿no serían los hospitales generales también instituciones totales?

Podríamos decir que ninguna de las formas que adquiere el manicomio podrán cerrarse simbólicamente hasta tanto aquellos que lo sostienen, concibiendo al sujeto despojado de derechos y deshumanizado, queden advertidos, no sólo de su ineficacia terapéutica sino de la innecesariedad para la práctica. Pero para que esto pueda suceder, es necesario también demostrar cómo los modelos alternativos sí conllevan un potencial terapéutico para quienes sufren algún padecimiento psíquico. Luego de ello, el manicomio en todas sus formas podrá considerarse realmente obsoleto. Preservando algunos derechos esenciales y restituyendo otros derechos, tales como la atención integral de los sujetos en cuanto al acceso a otros abordajes de su salud, por ejemplo, y a pesar de que estas nuevas modalidades de atención marcan la ruptura con el modelo médico manicomial, también participan de nuevos mecanismos de control, más acotados, más sutiles, pero control al fin.

Sin embargo, no deja de considerarse que el abordaje en el marco de hospitales generales se constituye como superador a las prácticas manicomiales desarrolladas históricamente, ya que se considera que los mismos se

basan en una práctica fundamentalmente sustentada en el respeto y garantía de los derechos de los sujetos que consultan, priorizando su atención y abordaje desde un ámbito cercano al contexto donde desarrollan su vida cotidiana. De esta manera, la internación no se constituye como un dispositivo que irrumpe en la vida de los sujetos, sino que es parte de su proceso de salud mental y a su vez permite el desarrollo de lazos sociales. Por lo tanto, a fin de sostener, afianzar y promover el abordaje de salud mental en hospitales generales, y favorecer avances en nuevos dispositivos de abordaje superadores de las clásicas intervenciones, se desglosan algunas propuestas.

A fin de acercarse más a una clínica que contemple el padecimiento psíquico de las personas en el hospital general, y se puedan proponer formas innovadoras en el proceso de atención, la formación, actualización y discusión continua de los actores intervinientes resulta una condición necesaria. Se considera necesario promover y sostener capacitaciones que favorezcan la sensibilización en el personal de salud, para alojar las crisis subjetivas en el contexto de internación. Eso se posibilita en la medida que se continúen habitando los espacios, en el sentido de no esperar a ser convocados a través de la interconsulta siempre mediada por un otro, sino encontrarse disponibles y dispuestos a habitar los

espacios, a fin de sensibilizar a la comunidad hospitalaria para no abordar a los sujetos en calidad de objetos.

Finalmente, se debe tomar el desafío político de interpelar permanentemente nuestras prácticas, y así apostar a modificar la representación social que se tiene de la locura por parte de la sociedad, lo cual es un trabajo cotidiano más allá de los muros institucionales.

## Referencias

Azar, B., Canivare M., Chaban M., Malsenido G., y Trapani, J. (2019). Sobre las prácticas micromanicomiales en un hospital psiquiátrico de Tucumán. *CLEPIOS*, XXV(3), 100-103. Bayón, S. (2000) "Las locas en Buenos Aires. Una representación social de la locura en la mujer", en: Moreno, José Luis (comp.) *La política social antes de la política social (Caridad, beneficencia y política social en Buenos Aires, siglos XVII a XX)*. Trama Editorial/Prometeo.

Carcovich, P. (2017). La lógica manicomial. Un análisis de los imaginarios que despierta la locura en los trabajadores del hospital general. *Barquitos Pintados. Experiencia Rosario*, 1(1). <https://doi.org/10.35305/barquitos.v1i1.10>

Carpintero, E., Vainer, A., Barraco, A. y Kazi, G.

(2007). Desmanicomializar: Pasado y Presente de los manicomios. *TOPIA*, XVII(49), 13-16.

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2014). Documento de posición acerca de prácticas manicomiales actuales: sujeciones físicas, mecánicas o ataduras y electroshock (TEC).

Cohen, H., y Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Lugar Editorial.

Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Fränkel, D. (2015). El encierro manicomial: Metáfora de la política. *Revista Salud mental y comunidad*, (4), 60-78. <https://doi.org/10.18294/smyc.2017.5008>

Fränkel, D. (2016). *Eugenesia Social, Configuraciones del poder en tiempos de muerte en vida*. El Ágora.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Editorial Paidós.

Goffman, E. (1992). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editorial Amorrortu.

Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y re-*

*flexividad*. Grupo Editorial Norma.

Iglesias, M. (2015). Capacidad, información y autonomía: principio de la dignidad. *Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, (7), 45-56.

Ley N° 10.772/1991. Ley Provincial de Santa Fe de Salud Mental. <https://bit.ly/440Z5a1> [consulta, noviembre 2024]

Ley N° 26.657/2010. Ley Nacional de Salud Mental. Nación Argentina. <https://bit.ly/2XL2V3k> [consulta, noviembre 2024]

López, M. (2011). Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (1), 77-84. DOI: <https://doi.org/10.18294/smyc.2011.4967>

Martin, M. y Vega, A. (2019). La lógica manicomial luego de la Ley Nacional de Salud Mental. *Revista Voces Emergentes*, (3), 20-26.

Pal, T. (2018). *Instituciopatías. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general*. La Docta Ignorancia.

Rotelli, F; De Leonardis, O y Mauri, D. (1987).

Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, VII(21), 165-87.

Sanfelippo, L. (2021). Instituciópatas. Ensayo sobre prácticas manicomiales en un hospital general: de Tomás Pal. *Revista Litura*, (2), 46-47.

