

## Artículos seleccionados

# Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones desde El Monovalente.<sup>1</sup>

**Julieta Arraras<sup>a</sup> y María Sol Moranelli<sup>b</sup>**

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2023  
Fecha de aceptación: 2 de mayo de 2023  
Correspondencia a: Julieta Arraras  
Correo electrónico: julietaarraras.ts@gmail.com

- a. Licenciada en Trabajo Social Residente del Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el Hospital Interzonal José A. Esteves.
- b. Licenciada en Trabajo Social Residente del Sistema de Salud de la provincia de Buenos Aires en el Hospital Interzonal José A. Esteves.

### Resumen:

En el presente escrito nos proponemos reflexionar en torno a las implicancias que la institución total tiene sobre las/los profesionales de la salud. En particular centraremos nuestro análisis a partir de nuestro recorrido como residentes de trabajo social del Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, especializado en salud mental. Para ello presentaremos tres momentos que, entendemos, conforman el escenario complejo y cotidiano de trabajo a través de los cuales la narrativa y estructura manicomial se hace carne. Tomando como andamiaje teórico autores clásicos como Goffman, Marx, y Foucault, buscamos profundizar aquellas condiciones de producción que hacen posible la existencia de determinadas prácticas que encuentran su justificación en una matriz

---

1. El presente escrito fue presentado previamente bajo el título "Cuando el manicomio nos habla. Reflexiones de trabajadoras de un monovalente de salud mental" en el "IV Congreso Latinoamericano de Teoría Social. Pensar global/pensar local la comprensión del mundo contemporáneo", el 7 al 10 de marzo del año 2023, en Chile.

institucional y que son alojadas y reproducidas desde relaciones de poder desiguales. Sin embargo, nos interesa reflexionar partiendo de asumir que tales coordenadas son posibles aún desde posicionamientos profesionales críticos. Por tal motivo, hacia el final del escrito nos proponemos delinear algunos nuevos posibles en torno a tales prácticas, buscando desdibujar aquellos bordes institucionales que -aunque ocultos- insisten en nuestras intervenciones profesionales.

**Palabras clave:** Institución Total - Narrativa Manicomial - Intervención Profesional.

### *Summary*

*In this paper we propose to reflect on the implications that the total institution has on health professionals. In particular, we will focus our analysis from our journey as social workers residents of the Dr. José A. Esteves Interzonal Hospital, specialized in mental health. To do this, we will present three moments that, we understand, make up the complex and daily work scenario through which the narrative and mental institution structure becomes flesh. Taking classical authors such as Goffman, Marx, and Foucault as theoretical scaffolding, we seek to deepen those conditions of production that make possible the existence of certain practices that find their justification in an institutional matrix and that are housed and reproduced from unequal power relations. However, we are interested in reflecting on the assumption that such coordinates are possible even from critical professional positions. For this reason, towards the end of the paper we propose to outline some new possibilities around such practices, seeking to blur those institutional borders that -although hidden- insist on our professional interventions.*

*Key words: Total Institution - Asylum Narrative - Professional Intervention.*

### **Acerca de quienes hablamos y somos habladas**

el grupo que está en permanente contacto con los internos suele sentir también que le han impuesto una tarea bastante contradictoria: mientras reduce a los internos a la obediencia, debe dar la impresión de atenerse a normas humanitarias y realizar los fines racionales de la institución (Goffman, 2019, p.102)

El presente texto es uno de los frutos de nuestra práctica cotidiana como residentes del Sistema de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Es "fruto" de dicha inscripción, alojando en su concepción todas sus posibilidades genealógicas: es fruto que nació y maduró, pero que también -e indefectiblemente- se descompone, con la virtud y el poderío de convertirse en abono de

nuevas reflexiones. Esta última vía ha marcado la suerte de este texto. Hemos presentado algunas de las ideas que aquí desarrollaremos, en jornadas donde primaba la presencia de nuestras compañeras y nuestros compañeros, con quienes conformamos los equipos interdisciplinarios y compartimos los espacios de formación en nuestro tránsito por el manicomio. Las mismas han producido algo que no esperábamos, noqueando la inadvertencia. Esa potencia de desafiar la indiferencia de quienes son pares, de nuestros otros-nosotras y nuestras otras-nosotras, nos motivó a profundizar en ellas. Asimismo, ambas somos trabajadoras sociales tituladas y disciplinadas por dicha profesión, que se enmarca en el espacio de las ciencias sociales, de la Universidad de Buenos Aires.

De los párrafos precedentes se desentrañan dos de los ejes que conforman la trama de nuestra identidad, res-

pecto de las que queremos dar cuenta en este proceso de problematización de nuestro quehacer al interior de un hospital especializado en salud mental: nuestro ethos profesional como trabajadoras sociales y nuestra inserción como residentes (trabajadoras-en-formación). Ambas inscripciones delimitan el repertorio de nuestras reflexiones, discursos y prácticas al interior de un monovalente de dimensiones gigantescas, con un poder subjetivante singular. Ambas confluyen y se cristalizan en nuestras intervenciones y en este escrito, siendo la lengua nativa que construye nuestros decires y andares. Es desde esa tierra madre que concebimos las líneas reflexivas que presentaremos a continuación.

Marcadas por los mandatos de ambas inscripciones, intentaremos deconstruir las prácticas que naturalmente se desprenden de ellas, asumiendo que probablemente algunas de esas influencias emergen de modo silencioso para nosotras, conformándose en simple sentido común. Relacionado con ello, he aquí la primera decisión y aclaración metodológica del presente texto: no nos propondremos hacer un referenciamiento estricto de cada idea, ni ampararnos en la autoridad y legitimidad de autoras y autores a través de excesos de citas y llamamientos bibliográficos. En cambio, intentaremos dibujar los contornos de aquellas contradicciones que se nos hacen piel en nuestro quehacer cotidiano; pretenderemos indagar en torno a las contradicciones que se presentan y conforman el territorio -el hostil territorio- en el que intentamos llevar adelante una praxis que se pretende transformadora pero que, en su misma puesta en escena, es transformada por el escenario que impone sus reglas, discursos y posibilidades. Aún más, planteamos la encerrona que se genera al buscar prácticas que sean transformadoras en el seno de una institución total donde el discurso oficial conversa con el mismo lenguaje y plantea los mismos objetivos, ensayando estrategias para esta situación que encaja en aquellas que Fernández Savater (2018) refiere como sin salida; en donde pareciera no existir exterioridad, en donde las fugas posibles estarían diseñadas desde el propio interior del cual queremos escapar.

### Más acá y más allá, el manicomio

“Este libro está dedicado al hombre en prisión. Tanto al prisionero como a su guardia.” (Sykes, 2017, p.37)

Como adelantamos previamente, las reflexiones surgen de nuestro desempeño en un hospital, con la particula-

ridad de habitar el mismo bajo las condiciones que el programa de Residencias de Salud de la Provincia de Buenos Aires prevé. En este sentido, nuestra inserción en la institución psiquiátrica, está contorneada por la singularidad de la fórmula de trabajadoras en formación. Sus consecuencias prácticas implican que además de las responsabilidades en el ámbito asistencial como trabajadoras, poseemos como parte de nuestras obligaciones laborales, la participación en distintos espacios formativos -tanto disciplinares como interdisciplinares- para pensar, discutir y profundizar sobre distintas temáticas acuciantes en el campo de la salud; como ser la caracterización de las políticas sanitarias, los cuestionamientos en torno a la accesibilidad de la población a los servicios, las problemáticas prevalentes en la atención en salud mental, etc. En el andar de esa praxis reflexiva se evidencia la esterilidad de pensar de forma escindida los focos problemáticos del territorio concreto en el que se materializan. En lo particular, se desnuda la centralidad que adquiere el manicomio y las lógicas manicomiales, en las relaciones sociales que allí se establecen, en las formas de producción de sujetos con padecimiento psíquico y en la subjetividad de quienes allí trabajamos. En este sentido, nuestro quehacer profesional se desarrolla dentro de coordenadas específicas, al interior de una institución que desde el 2010, pero con más fuerza desde hace un puñado de años, está destinada a desaparecer para dejar lugar a modalidades de abordaje (aún) hoy alternativos.

En la Argentina, en los últimos meses del año 2010, se sancionó y promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, derogándose en el mismo acto la ley N° 22.914. Dicho cambio normativo, respondió a la materialización legal de una lucha histórica planteada por distintos colectivos. A través de la misma, se intentó poner en jaque una comprensión del padecimiento psíquico con claros sesgos biologicistas, que abonaba un tratamiento del sujeto desde las instituciones de carácter total (Goffman, 2019), en donde se tendía a la cronificación de personas en pacientes y en donde la figura del profesional en psiquiatría surge y se mantiene como el poseedor de un saber especializado y único en legitimidad, convirtiéndose en el actor privilegiado para decir “lo verdadero”. Por el contrario, las propuestas que integran la Ley 26.657, incluyen la atención de la salud mental desde una perspectiva que excede lo biomédico, proponiendo una modalidad de abordaje interdisciplinaria e intersectorial por fuera de la institución especializada.

En el seno de esa adecuación institucional, de ese reacomodamiento de las lógicas institucionales para so-

brevivir a los cambios epocales, desarrollamos nuestra actividad y somos conformadas por ella. De este modo, nosotras delineamos y formulamos nuestra subjetividad profesional en el juego que se nos presenta como un baile entre lo viejo y lo novedoso en las formas de "hacer salud mental". Aun así, proceso transformador, dinámico e inacabado mediante, no podemos desconocer -por el contrario, queremos remarcar- que somos trabajadoras de una institución que continúa perteneciendo a aquellas a las que, hace ya más de medio siglo, Goffman (1961) describió como total.

Ahora bien, ¿A qué se refería el autor con ello y qué es lo que estamos acentuando nosotras con esta categorización? Entre otras cosas, se trata de una institución en la que convergen distintos planos de la vida de las personas y en las que dichos planos se producen y reproducen de una forma particular. A un lugar que, por las relaciones de poder que se dan entre los grupos de sujetos que la habitan (el autor dirá el personal y los internados, y nosotras agregaremos a las internadas) tiene una fuerza subjetivante incomparable. Con normalidad (todos los sentidos de la palabra pueden ser aplicados) hablamos de los efectos de la institución manicomial sobre las internadas; del mismo modo en el que, con facilidad, acordamos acerca de las pésimas consecuencias que tienen las prisiones sobre las personas detenidas en cualquier charla con colegas. O de la misma forma en que observamos las consecuencias de cualquier institución de esas que conocemos como disciplinarias, sobre la población con la que trabaja. Esta tarea se desarrolla con efervescencia en el seno de nuestra formación como residentes, produciendo debates teóricos viscerales e indignaciones que expresamos como cuerpo de trabajadoras y trabajadores. Sin duda la identidad residente dentro del manicomio se construye como una suerte de profesionales críticas y críticos, ante ciertas lógicas que arrasan los derechos humanos. Sin embargo, quisiéramos considerar aquí aquello que insiste en escapar de esa rigurosidad y vigor analítico, generando un vacío inexorable para comprender este campo de relaciones; queremos preguntarnos por la población de sujetos profesionales que co-construimos día a día los posibles e imposibles del manicomio y que, también, nos vemos ejecutados por los mismos.

¿Qué sucede con nosotras y nosotros? ¿Qué sucede con "el personal" de estos gigantes del encierro? ¿Nos damos cuenta de que también -con todos los privilegios que sin duda tenemos respecto de las personas que están en calidad de internadas e internados- somos habladas y hablados por el monovalente? Y en todo caso... ¿Qué implica que el manicomio hable a través de nosotras y nosotros?

Guiadas por estas preguntas, nos proponemos compartir reflexiones que venimos realizando en este contexto multidimensional que está compuesto por nuestra identidad feminista, por nuestra formación disciplinaria, por el lugar privilegiado que ocupamos como profesionales, por las opresiones cuerdistas que impregnan muchas veces las intervenciones y por nuestro paso por la residencia. Pero, sobre todas las cosas, nos proponemos pensarlo desde el sitio que nos aloja y que, silenciosamente, se nos impone alojado: el manicomio. En este sentido, la propuesta es buscar un punto de exterioridad desde donde mirar el recorte de la realidad bajo análisis asumiendo que dicho faro, dichas coordenadas, no implican la ardua (y necesaria) tarea de buscar esa exterioridad en las fronteras de la cordura<sup>2</sup>. El pensar el manicomio desde "afuera" no implica sustancialmente buscar un punto en el mapa occidental que divide la locura y la cordura; no es esa la Roma a la que nuestro camino quiere conducir. Lo que proponemos es que la centralidad del monovalente es tal, que su fuerza subjetivante es tan densa, que nos obliga a buscar el extranjero de la institución total en el campo de la salud mental para poder pensar por fuera de sus discursos autóctonos. Que para poder pensar la(s) locura(s) y la(s) cordura(s) de forma distinta es necesario, primero, dar la disputa en relación a los modelos de atención desde los que las pensamos.

## Escenas del manicomio

Siguiendo fines estrictamente heurísticos, presentaremos tres grupos de situaciones posibles que transitamos de manera cotidiana como trabajadoras del Hospital Esteves y en las que, consideramos, se cuele de manera sistemática la narrativa manicomial. Nos interesa men-

2. Lo que implicaría, a su vez, la necesaria tarea de poner en el centro de la discusión el sistema cuerdista. Ello ocurrirá, sin duda, pero como arista necesaria para poner en jaque el dispositivo de la Institución Total el cual, en el campo de la salud mental, requiere ineludiblemente, de dicha estructura de opresión.

cionar tales momentos ya que construyen un modo de producir, o no, salud. Instancias donde la intervención profesional tienen la posibilidad de generar subjetividad no sólo para las usuarias que se acompañan, sino también para el colectivo de trabajadoras y trabajadores que debe encontrar entre sus discursos disfrazados de posicionamientos, la excusa que permita convencer que aquello que se hace es en pos de garantizar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

## Atención por guardia: el equipo llamado a internar

¿Qué nos sucede al momento de realizar una internación? Muchas veces parecemos olvidar que la ley impone que la involuntariedad de la internación debiera existir sólo como excepcionalidad y, sin embargo, los equipos de salud que integran las guardias suelen acudir a las internaciones involuntarias como regla. ¿Pensamos en la figura de internación voluntaria? ¿Por qué la práctica instituida continúa reproduciendo la mirada cuerdista sobre una otra o un otro que no puede decidir sobre su tratamiento? ¿Bajo qué discursos justificamos, en las salas de internación, el letargo del pase de una modalidad involuntaria a voluntaria? ¿No se vuelve acaso, en muchas oportunidades, una herramienta manipuladora hacia el buen o mal comportamiento de la buena o mala paciente?

En este sentido, afirmamos que el monovalente rige sus prácticas y sus reglas con un punitivismo que se encuentra siempre a la orden del día: el premio o el castigo, la paciente querellante o la paciente que se adapta, la que sigue las reglas o la que no tiene adherencia al tratamiento. Múltiples y diversas categorías que nos hablan de una mirada de control y castigo sobre modos de vida que rompen con la pretendida racionalidad y la norma cuerdista.

Carla Pierri (2021) problematiza sobre los modos de operar que tiene el manicomio como institución de encierro, planteando que la escritura manicomial -su narrativa, su forma de registro, su construcción de las historias- dicen más “de la institución que escribe que de la persona internada” (p. 44). Siguiendo esta línea, podríamos pensar que las prácticas que aquí mencionamos y registramos con frecuencia en nuestro quehacer cotidiano, encuentran sus condiciones de posibilidad y producción en la estructura manicomial más que en las estrategias de salud que los sufrimientos subjetivos de cada quien implican. Así, los procesos de salud-en-

fermedad-atención-cuidados se enmarcan en intervenciones justificadas bajo aquello que la locura necesita desde una mirada cuerdista, heteronormativa, patriarcal y, sobre todo, violenta. Quizá sea hora de sincerarnos como profesionales y reconocer que somos capaces de (re)producir violencias en nombre de máximas como la Salud, el Tratamiento, el Diagnóstico, y todo lo que el campo de lo Terapéutico habilita, cuando en verdad son en pos de mantener la supervivencia institucional.

Cuando hablamos de las modalidades de atención, en donde las internaciones serían una forma más, la simple estructura de este gigante del encierro delimita nuestro accionar como profesionales de la salud ¿De qué formas podemos ver una situación crítica o divergente dentro de un hospital especializado en salud mental? ¿Cómo abordaríamos la misma situación en una salita en el barrio? ¿Nos permitiríamos la misma intervención? ¿Y si ni siquiera pudiéramos; si estuviéramos en una salita del conurbano, con falta de personal, sin medicación psiquiátrica, ¿sin sala de internación? Si la internación fuera una intervención imposible en nuestro escenario de trabajo, ¿qué nuevos posibles emergerían? ¿cómo construiríamos las estrategias de acompañamiento? ¿qué estrategia construiríamos?

## La internación: Rehabilitar para “el afuera”

En primer lugar, deberíamos pensar, seguramente haya quienes ya lo han iniciado, qué implica pensar en personas rehabilitadas; o en la tarea de rehabilitar personas. Aún más, cuáles son esas formas de ser persona que nos implican aptas y capaces para vivir por fuera de las instituciones de encierro -a su sombra- y preguntarnos cuáles son esas otras formas que nos implicarían no aptas e incapaces para vivir por fuera de estas instituciones.

Carla Pierri (2021) advierte cómo al finalizar la segunda guerra mundial, tras los horrores del Holocausto, empieza a discutirse la función social del manicomio atento a las semejanzas entre las condiciones de vida en los campos de exterminio y en estas instituciones. Esta alarma ética, este cuestionamiento sobre el dispositivo manicomial, es aceptada con normalidad por quienes trabajamos y, en ese hacer, habitamos el espacio. Sin embargo, casi un siglo después, al deseo radical de desaparición del mismo se imponen procesos de transformación lentos frente al imperativo humanista de una vida digna para quienes (lo) padecen.

Nuevamente nos preguntamos ¿Creemos que el abordaje por internación ha sido la última opción -después de probar todas las restantes- de cada una de las mujeres internadas que acompañamos? Nuestras prácticas oscilan entre el discurso terapéutico y los efectos disciplinarios ¿Desde qué lugar pensamos prácticas como las Contenciones Mecánicas? ¿Y los ajustes farmacológicos por guardia? ¿Qué información brindamos acerca de la medicación? ¿Cómo definimos el concepto que se sigue utilizando de permiso de salida? ¿Qué pasa cuando enunciamos que una usuaria se fuga del hospital e iniciamos un protocolo por parte de fuga?

## Externación. El afuera desde adentro

Desde el comienzo de nuestro camino por la residencia, la externación ha sido uno de los conceptos centrales de nuestro quehacer. Trabajamos acompañando procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados de mujeres, en vistas a su externación. Somos partícipes de consignas ministeriales que nos aseguran, con convicción, que la provincia de Buenos Aires será ¡Libre de Manicomios! y, agregaríamos a la consigna oficial, libre de prácticas manicomiales.

Intervenir en pos de procesos de externación implica, necesariamente, trabajar en la búsqueda de nuevas realidades. En esa construcción, deviene fundamental que podamos imaginar por fuera de las barreras de lo hoy posible. ¿Cómo pensar las posibilidades de externación de alguien que vemos en situación de internación prolongada? ¿Cómo evaluamos procesos de "rehabilitación" para la vida en territorio comunitario, en un lugar que cronifica de manera sistemática a su población? ¿Cómo hacemos las trabajadoras y trabajadores para pensar en la persona como un sujeto que está atravesando un momento particular en su proceso de salud- enfermedad- atención- cuidados y no como una paciente internada? ¿Desde qué lugares pensamos los procesos de externación cuando generamos condiciones de posibilidad que son la cronificación y la pérdida de habilidades de la vida cotidiana? ¿No tendemos, irremediablemente, a imaginarnos posibles a partir de estas lógicas de lo total que la institución nos impregna?

Retomamos en este punto la idea de Fernández Savater (2018) planteada al inicio. Nos preguntamos junto al autor cómo vencer (en nuestro caso, cómo realizar acciones transformadoras que posibiliten una atención de la salud mental desde paradigmas anti-cuerdistas y

anti-manicomiales) cuando no se tiene fuerza, cuando se es débil; cuando se verifica una asimetría tan ineludible con el adversario, que implica la ausencia de todos los capitales necesarios, incluso para llevar adelante la batalla.

Ser parte del colectivo de trabajo de una institución total pareciera coincidir con la caracterización de debilidad, coartando las posibilidades de generar prácticas contrahegemónicas y transformadoras. Podría argüirse que en la actualidad la transformación es la consigna oficial y, por lo tanto, nuestros deseos se corresponderían con la realidad del espacio institucional. En este contexto, parecieran existir muchos proyectos y programas para la desmanicomialización, acompañados por voluntad política y buenas intenciones. En el propio Esteves vemos emerger cooperativas con usuarias, cierres de salas, inauguración de talleres, contratación de disciplinas subalternizadas, etc. En este punto, es donde se vuelve interesante retomar las ideas del autor para plantear que todas estas estrategias son interiores a la situación sin salida; son contempladas por el propio manicomio, el cual persiste y reimprime esos espacios con sus propias lógicas.

Y entonces vemos cooperativas en donde las usuarias no son protagonistas -con ingresos que no rozan siquiera el salario mínimo vital y móvil-, trabajadoras/es contratadas/os de forma precarizada y por salarios irrisorios, y una larga lista de etcéteras, en donde al discurso de lo terapéutico (del trabajo, de participar en talleres, etc.) se suma el del compromiso de las/os trabajadoras/es con la transformación, como argumento justificativo de prácticas que poco tienen que ver con la dignidad de las usuarias y los usuarios y con la desaparición de estos tótems del encierro.

## La posibilidad de construir

Los espacios de discusión colectiva que posibilitan el tránsito en una residencia en salud se vuelven, sin duda, espacios de resistencia frente al imperativo normalizador de la institución. A esta característica general de ser trabajadoras en formación, nos parece fundamental agregarle las particularidades que imprimen nuestra sede de residencia y que configuran, como introdujimos al comienzo, nuestra praxis. En este sentido, el programa curricular para nuestra sede, la cual se asienta en la región VI del conurbano bonaerense, propone rotaciones por espacios de asistencia en servicio y de discusión,

en una planificación que advierte y esgrime la necesidad de una práctica interdisciplinaria. En donde profesionales de nuestra disciplina, pero también de psicología, terapia ocupacional y medicina, se encuentran para insistir en la necesidad de incluir una diversidad de voces para el abordaje -y con ello la conceptualización- de las problemáticas de salud mental que se hacen cuerpo en las poblaciones con las que trabajamos.

En diversos intercambios con compañeras trabajadoras de otro hospital monovalente ubicado en la Provincia de Buenos Aires, reflexionábamos en torno a la siguiente pregunta: ¿es la falta de recursos el motivo por el que no se puede implementar la ley, o acaso esos recursos existen y están siendo utilizados para sostener las lógicas y la materialidad manicomial? En este punto, consideramos necesario disputar la idea del sentido común acerca de que lo que existe, simplemente por estar dado, escapa del esfuerzo humano; el manicomio no se mantiene gratuitamente. Su mera existencia no implica su eternidad, ni que sea producto de la naturaleza. En este sentido, nos posicionamos firmemente en la necesidad de redirigir esas fuerzas hacia otras formas de atención de la salud mental de la población. Quisiéramos repetirlo una vez más: el manicomio no se mantiene por energías divinas ajenas a la potencia del ser humano.

Es pertinente resaltar que, a los espacios propios de nuestra formación como residentes, hemos visto emerger una multiplicidad de espacios para pensar junto a otras y otros temáticas referidas a la salud mental. En relación con ello, observamos la proliferación de jornadas, foros, publicaciones, seminarios, cursos y estudios de posgrado entre otros, que nos convocan a pensar en los desafíos, las rupturas y continuidades entre los paradigmas y los modelos de abordaje y atención en Salud Mental, tomando como punto de quiebre la Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Consideramos que la participación activa en los mismos guarda la potencialidad de construir nuevos sentidos colectivos en torno a nuestro trabajo y, con ello, a formular viabilidad a propuestas transformadoras que nos vuelvan más conscientes de lo que hacemos cotidianamente, brindándole direccionalidad estratégica a nuestra práctica.

Intentamos, a través de estas ideas, poner en cuestión las racionalidades cimentadas desde la lógica de lo instituido, desde el adentro más remoto. En donde lo posible es sólo lo que existe, en donde la tradición fundamenta las prácticas; en donde el statu quo expresaría lo natural, lo que se da. En rechazo a esta posibilidad de estar en el

mundo, deseamos poner énfasis en el trabajo humano, en la realidad marxista de que lo que la persona hace -y que en ese hacer se vuelve humana- es transformar la naturaleza.

Apostamos a repensar las lógicas manicomiales en todos sus contextos y coordenadas posibles. Es decir, no desconocemos que los dispositivos comunitarios, las relaciones familiares, las instituciones educativas, entre otros, pueden reproducir con similar umbral de violencia la vulneración de múltiples derechos. Así como comprendemos que es necesario discutir las prácticas e intervenciones que dan cuenta de las continuidades biologicistas en los tratamientos propuestos también en hospitales generales o en las unidades sanitarias. Del mismo modo que alentamos a impugnar la reproducción de discursos que subalternizan y criminalizan los comportamientos locos en las redes sociales y los medios de comunicación masivos. Sin embargo, nos parece menester resaltar que nada de todo lo mencionado es posible sin el manicomio. Nada de ello puede desconocer que la materialidad - la simple y llana existencia del monovalente - impone las lógicas manicomiales, las prácticas e intervenciones desde la unidimensionalidad biológica, la proliferación de discursos patologizantes o de riesgo y las intervenciones que descansan en un privilegio profesional que ejerce múltiples violencias y las justifica.

No es mero contexto el manicomio. No es el simple espacio en el que profesionales, trabajadoras y trabajadores nos insertamos implantando nuestras prácticas impolutas y propias, ultra-subjetivas y autónomas. No contamos en todos lados con los recursos que el gigante nos brinda; no hay tantos lugares que por su evolucionado salvajismo brinde -a través incluso, de nuestro propio hablar- tantas formas de autojustificarse cotidianamente.

Por último, y antes de terminar, no queremos dejar de mencionar que tales reflexiones no se encuentran al margen del análisis de las condiciones laborales, de la precarización de la vida a la que nos enfrentamos las trabajadoras y los trabajadores de la salud, ni a la falta de presupuesto destinada a modificar la racionalidad vigente. Reconocemos que es en esa materialidad concreta, que desarrollamos nuestras prácticas, que nos pensamos, (re)pensamos y construimos. Sin duda es pese a ello y con todo ello también. Sin embargo, creemos que hay algo en ese hablar desde el manicomio que debe ser visibilizado para construir otros modos posibles de

hacer, y otros modos posibles de existencia de la locura. El manicomio ofrece ese discurso, esa narrativa que nos inscribe en una seguridad que nos tranquiliza. Y así, cuando algún pedido/acción se nos vuelve desafiante, rebelde, demandante, sabemos que contamos con el manicomio como respaldo. Construimos así lenguajes que, aunque nos resuenan contradictorios, los enunciamos y defendemos porque pareciera que de otro modo aún no es posible.

La profesional de psiquiatría Olaia Fernández<sup>3</sup> (2018), quién realiza su análisis desde la denuncia y renuncia a tales prácticas profesionales, nos afirma "ahora pienso esto: llamarle a algo terapéutico inmuniza frente a la culpa de ejercer poder" (p. 50). De este modo, en

nombre de lo terapéutico, la práctica concreta de atar a una persona a la cama se convierte en una intervención necesaria para el proceso de salud de dicho sujeto. Es ahí, bajo esa narrativa, que muchas veces justificamos ese hacer y rebuscadamente lo nombramos de maneras amables, encerrando así su fin último: el control y la normalización.

Para concluir, podríamos afirmar que es aquí donde radica nuestra reflexión sobre el manicomio que habla. El manicomio que habla, que mira, que toca, que hace, que instaura. El manicomio que vuelve seguro todo aquello que en otros contextos y con otros marcos referenciales, sería cuestionable e imposible de realizar. El manicomio que hace posible aquello inimaginable.

---

3. Actualmente Olaia Fernández se identifica como ex-psiquiatra, activista en salud mental y trabajadora por fuera del sistema de salud formal. La misma realiza su trabajo en una organización social llamada "La Porvenir" ubicada en Madrid, España.

## Bibliografía

- Fernández, O., Carralero, A., Parra, J., Vázquez Díaz, M. (2018) Cero contenciones: Derechos Humanos en los servicios de atención a la Salud Mental. Norte de la Salud Mental. Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Volumen XV n°59, 46-62. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Revista-Norte-59-Salud-Mental.pdf>
- Fernández Savater, A. (13 de septiembre 2018) *Seminario: La fuerza de los débiles: otro modo de pensar estratégicamente*. Lobo suelto. <https://lobosuelto.com/tag/la-fuerza-de-los-debiles>
- Goffman, E. (1961) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. 2da. ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Pierri, C. (2021) *Sobrevivir y morir en el manicomio: memorias de un asilo de mujeres*. 1a. ed. Topia Editorial. CABA.
- Sykes, G. (1958) *La sociedad de los cautivos. Estudio de una cárcel de máxima seguridad*. 1a. ed. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

