



Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Pase libre

**Recorridos de reingresadores frecuentes del Hospital
Vilardebó**

Montevideo, Uruguay

Julio de 2020

Tesista: Lic. Cecilia Castelli

E-mail: ccastelli@psico.edu.uy

Directora de tesis: Prof. Agda. Andrea Bielli

Resumen

La investigación que aquí se presenta buscó aportar conocimiento a la comprensión del fenómeno de puerta giratoria o reingreso frecuente en pacientes psiquiátricos del Hospital Vilardebó. Para ello se buscó conocer los recorridos que los sujetos definidos como pacientes de puerta giratoria o reingresadores frecuentes realizan entre sus entradas y salidas del hospital; se buscó por otra parte analizar su relación con la institución hospitalaria, así como indagar qué motivos entienden ellos que los llevan a reingresar.

Para llevar a alcanzar dichos objetivos se trabajó con una metodología cualitativa, a través de la revisión de historias clínicas, de la técnica de observación, y de entrevistas realizadas a ocho sujetos con más de una internación en el lapso de un año.

A su vez se realizó una recopilación bibliográfica y entrevistas para enmarcar al sistema de salud uruguayo y el lugar que ocupa el Hospital Vilardebó en dicho sistema.

Del trabajo de campo realizado se desprende que el Hospital Vilardebó ocupa un lugar singular en el sistema de salud, debido a que es el único hospital psiquiátrico que continúa existiendo, a pesar del proceso de reforma en salud mental que atraviesa nuestro país. Sostengo que esto se debe a que ha sido desde sus orígenes un territorio de disputa entre distintos actores, y que tiene en el imaginario social un lugar de relevancia.

Por otra parte, del trabajo de campo realizado se desprende que estos sujetos despliegan una modalidad particular de relacionarse con las instituciones que precede al vínculo con el hospital, y que se liga a una biografía vinculada a las instituciones de amparo estatales.

Se entiende a su vez que la modalidad de estos sujetos de permanecer en constante movimiento, ingresando y egresando del hospital, no necesariamente configura un fracaso terapéutico sino una manera de delinear un recorrido que les sea propio. En tanto esto se requiere construir modalidades de asistencia que tengan en cuenta su singularidad, principalmente en el tratamiento ambulatorio.

Palabras clave: Hospital Vilardebó- reingresadores frecuentes-recorridos-lugar

Summary

The research presented here aimed to contribute to the understanding of the revolving door or frequent re-entry phenomenon in psychiatric patients at the Vilardebó Hospital. To do this, I tried to get to know the routes that revolving door or frequent patients do between their entrances and exits from the hospital; I also sought to analyze their relationship with the hospital institution, as well as to find out what reasons they understand that lead them to re-entry.

To achieve these objectives, I used a qualitative research methodology, that included

the review of medical records, the observation technique, and interviews conducted with eight subjects with more than one hospitalization within a year.

In turn, a bibliographic compilation and interviews were carried out to frame the Uruguayan health system and the place that the Vilardebó Hospital occupies in that system.

It is clear from the field work that the Vilardebó Hospital occupies a unique place in the health system, because it is the only psychiatric hospital that continues to exist, despite the process of mental health reform that our country is going through. I maintain that this is because it has been from its origins a territory of dispute between different actors, and because it has a place of relevance in the social imaginary.

It is also clear from the field work carried out that these subjects have a particular way of relating to the institutions that precede the link with the hospital, and is linked to a biography related to institutions of protection.

In turn, it is understood that the modality of the subject to remain in constant movement, entering and leaving the hospital, doesn't necessarily imply a therapeutic failure but a way to outline a path on their own. Given this, it is necessary the construction of mental healthcare approaches that take into account their uniqueness, specially in outpatient treatment.

Key words: Vilardebó Hospital- frequent users-records-place

Indice

Resumen	2
Summary	2
Contenido	4
Lista de figuras	6
Agradecimientos	7
Introducción	9
1.Punto de partida.....	14
1.1.Supuestos y contextualización.....	14
1.2.Objetivos y preguntas de investigación.....	16
2.Antecedentes y discusión teórica.....	17
2.1.Sobre la categoría reingreso frecuente.....	17
2.2.Antecedentes nacionales.....	21
2.3.Antecedentes históricos.....	22
2.3.1.Locos en movimiento.....	22
2.3.2.El origen del revolving door.....	24
2.4.Sans Domicile Fixe.....	26
2.5.Reflexiones sobre discusión conceptual.....	26
3.Sistema de salud y marco legal de la salud mental en Uruguay.....	30
3.1.Sistema Nacional Integrado de Salud y prestaciones en salud mental.....	30
3.2.El cierre de los manicomios.....	32
3.3.Del Vilardebó al Musto, del Musto al Vilardebó, ¿en dónde caben?	37
3.4.Estado de situación actual.....	43
4.Diseño metodológico	48
4.1.Sobre la metodología cualitativa y la posición epistemológica.....	48
4.2.Sujetos participantes.....	49
4.3.Características sociales y demográficas de los entrevistados.....	54
4.4.Las técnicas utilizadas.....	55
4.4.1.Respecto a la revisión de historias clínicas.....	55
4.4.2.Dejarse mirar.....	56
4.4.3.Acerca de las entrevistas.....	58
4.4.4.Registro de entrevistas.....	60
4.5.Marco ético.....	63
4.6.Mi potlatch: dos pilas AAA y un alfajor de nieve.....	66
4.7.Análisis cualitativo.....	69
4.8.El valor de la palabra de los sujetos participantes.....	70
5.Entre entradas y salidas.....	72
5.1.Acá la comida está calentita.....	72
5.2.Mi pago es donde yo ando.....	79
5.3.Omar, del no ha lugar al no lugar.....	82
5.4.El recorrido es un lugar posible de existencia.....	91

5.5.De la familia a la familiaridad del hospital.....	104
6.Conclusiones.....	114
6.1.El Hospital Vilardebó como terreno de y en disputa.....	114
6.2.Sobre el recorrido de los sujetos que reingresan al hospital psiquiátrico.....	116
7.Referencias Bibliográficas.....	120

Lista de figuras

Tabla 1 (Datos de entrevistados).....	55
Figura 1 (Esquema realizado por Gerardo. 15/07).....	61
Figura 2 (Esquema realizado por Gerardo. 15/07).....	62
Figura 3 (Dibujo realizado por Omar. 28/09).....	63

*A la memoria de mi abuela Rosita y mi
abuelo Ricardo, junto a quienes inicié este camino.
Especialmente a mi abuelo, que me enseñó a jugar con las
palabras.
A mi mamá.
A mis amigos y amigas, por ser mi familia*

*A Fernando,
con quien cada día reinventamos las maneras de ser juntos.
A nuestro hijo, a quien
aguardamos con infinito amor, y que
apresuró a sus padres a terminar sus
tesis.*

Agradecimientos

Agradezco muy especialmente a mi tutora, Prof. Agda. Andrea Bielli, por su paciente y meticulosa lectura, por la confianza y la espera, y por habilitar la producción original y autogestiva de quienes tenemos la posibilidad de trabajar y formarnos a su lado.

Al Programa de Practicantes y Residentes de Psicología en Servicios de Salud, que me dio la posibilidad de habitar las instituciones de salud de nuestro país desde un lugar singular, parte esencial de mi formación profesional. Muy especialmente a la Profa. Alicia Muniz, por su interpelación constante que me llevó a entender necesario realizar el esfuerzo de llevar a cabo ésta investigación. A mis compañeras de residencia y entrañables amigas, Sofía Daguer y Romina Ferrando, por el camino recorrido y las reflexiones compartidas, sin las cuales no hubiera encontrado el empuje necesario para culminar éste proceso, y a Sebastián y Alejandro. A todos aquellos practicantes y residentes con quienes compartí el recorrido, y que de una u otra manera fueron parte de la producción que aquí se presenta.

A Pablo Fidacaro, a quien debo la idea de trabajar sobre esta temática, quien ha sido un referente a lo largo de todo este recorrido y me ha transmitido la confianza que necesitaba para llevar a cabo ésta investigación.

A Carlos Arévalo, quien fue el primero en escuchar mis balbuceos y reflexiones sobre los recorridos de éstos sujetos.

Agradezco a las autoridades del Departamento de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE y del Hospital Vilardebó por habilitar la realización de la presente investigación. A Gabriela Novoa, María Celia Barrios, Paula Gutiérrez y a todos los integrantes del Comité de Ética del Hospital Vilardebó.

Al programa Clínica Psicoanalítica y Fronteras Disciplinarias de la Facultad de Psicología. Muy especialmente a Verónica Pérez, por aportarme siempre su rigurosidad teórica.

Al piso dos, por los abrazos largos, y por ser mi sí lugar en donde se gestó el proyecto de esta tesis; a la cooperativa de vivienda Malecón Mauá, mi domicilio fijo, y a mi vecina y amiga Natania Tommasino. A mi amigo Diego Tuzman, por ingeniárselas para apoyarme a la distancia, a mis queridas amigas Sofía Minchilli, Jimena Lema y Cecilia Seré. A Emilia Firpo

por los aportes teóricos y el diálogo interdisciplinario.

A Marilen Bettini, por acompañarme desde el inicio en las vicisitudes del trabajo en servicios de salud y en mi práctica profesional más allá de éstos.

A Geraldina Pezzani, quien dio el puntapié inicial en estudiar sobre esta temática.

A Nancy Puig, Griselle Duarte, Myriam Puiggrós, Celita Aguiar, Martín Batalla, Andrea Ferreira, Rafael Ferrara, Ramiro Almada, Suammy Agrafojo, Luis Itté, y a todo el equipo del Hospital Vilardebó, por recibirme y apoyar la realización de la presente investigación. Dedicado muy especialmente a la memoria de Patricia Magariños.

A Fredy, a quien hace tiempo no me cruzo, pero espero nos reencontremos en alguna puerta. A Daniel, Fernando, Natalia, Gloria, Gerardo, Omar, Flavia, José y Noelia, por compartir conmigo sus historias.

A la memoria de Adriana, reina de la primavera.

Introducción

La tesis que aquí se presenta buscó conocer los recorridos de sujetos que reingresan al Hospital Vilardebó, y que mantienen una cotideaneidad caracterizada por el desplazamiento. Según Benslama (2005), los sujetos que se desplazan, realizan una búsqueda de lugar, no en el sentido entendido coloquialmente, como la búsqueda de un lugar en donde permanecer, y que les brinde lo que necesitan para subsistir. Según el autor, el desplazamiento es en sí mismo un movimiento por la existencia, en el entendido de que salir de algunos lugares (lugares literales y simbólicos) involucra la posibilidad de correrse de cierta posición subjetiva. En el caso de los reingresadores frecuentes, el Hospital Vilardebó era mencionado por ellos como el lugar al que por momentos querían volver como en otros el lugar del que querían irse.

Es así que esta tesis buscó estudiar a aquellos sujetos cuyo pago es donde ellos andan, parafraseando a Morosoli (1982), y conocer las vicisitudes de sus vidas en movimiento.

Comencé a interesarme por estas personas durante mi incorporación en los años 2015 y 2016 como Residente de Psicología en dicho hospital. La residencia de psicología que cursé en esos años, se enmarca en un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). El contrato de los practicantes y residentes, al ser un contrato temporal, hace que quienes transitan por el programa se encuentren en una doble relación con las instituciones de salud. Por un lado, son parte de la cotideaneidad del trabajo institucional y, por otro, mantienen una distancia que posibilita sostener una postura crítica y reflexiva acerca de las prácticas institucionales.

Lo antedicho es potenciado por la formación teórica que brinda el residentado que se asocia a los nuevos lineamientos de los procesos de reforma del sistema de salud y específicamente del sistema de salud mental en nuestro país¹.

En ese contexto observé a un grupo de sujetos que, tras estar internados y egresar del hospital (por ser dados de alta o en ocasiones por fugarse) volvían a ser internados poco tiempo después. Al contrastar esta apreciación con los datos de las historias clínicas y lo aportado por los equipos técnicos, visualicé que esta alternancia parecía configurar un modo de vida. Estos sujetos contaban con un historial clínico amplio a pesar de ser jóvenes (en general entre los 20 y los 35 años aproximadamente) y eran descritos en las historias clínicas como “paciente conocido del servicio”.

Estos sujetos no realizaban, a diferencia de otros, los tratamientos ambulatorios y requerían la internación con suma frecuencia. Por ello, configuraban a la vez un problema sanitario y un problema clínico. Configuraban un problema sanitario porque, debido a que no se lograba un proyecto de alta a largo plazo, el servicio de salud operaba como residencia

¹ Otorga el título de Especialista en Psicología en Servicios de Salud

habitual. Esta situación implicaba una saturación de las plazas disponibles y un alto costo para el servicio de salud.

Configuraban un problema clínico en tanto los equipos de sala no lograban prepararlos para el tratamiento ambulatorio. Generaban desgaste e interpelaban el modo más conocido de hacer las cosas. Los equipos expresaban malestar por no lograr un abordaje adecuado durante la internación ni un proyecto de egreso efectivo. Manifestaban, por otra parte, que la situación de estos sujetos hace que no sean visualizados como de prioridad para hacer usufructo de las escasas plazas disponibles en los centros a los que podían egresar; en el entendido de que no lograrían aprovechar las posibilidades y que, al ser las opciones de egreso y derivación acotadas, debían ser priorizadas para otro tipo de pacientes con mayor potencial de adaptación a la externación.

Observé por otra parte que estos sujetos no solamente eran conocidos en el Hospital Vilardebó, sino también en otras instituciones de acogida a las cuales ingresaban asiduamente y de las cuales en muchas ocasiones habían sido expulsados, como centros de tratamiento para adicciones u otros establecimientos de amparo estatales o privados. Solían transitar desde el interior al exterior del hospital con suma frecuencia y desplazarse entre estas otras instituciones de acogida y espacios públicos urbanos.

Un primer desafío de la tesis que aquí se presenta fue nombrar a este conjunto de sujetos. Tomando como punto de partida la bibliografía existente, recopilé múltiples nominaciones, de las cuales la más utilizada es “pacientes de puerta giratoria”. El lector observará, sin embargo, que en la tesis se intercambia este término con el de reingresador frecuente. Se tomó la nominación “reingresador frecuente” para intentar mantener una terminología descriptiva, si bien toda manera de nombrar, por más que se pretenda descriptiva, revela un punto de vista. En tanto esto, no se libra la presente tesis de introducir una mirada institucional sobre los sujetos. Ello queda ejemplificado en lo descrito anteriormente, dado que reingresador frecuente, al igual que puerta giratoria, son maneras de describirlos desde la institución psiquiátrica. Si bien se pretende hacer un corrimiento, respecto a visualizar una manera de los sujetos de vincularse con instituciones y domicilios fijos respecto a los cuales se mantienen en un constante movimiento, el origen de lo que los aglomera y los denomina como de reingreso frecuente se vincula a la institución de salud. Por otra parte y en relación a lo anterior en varias oportunidades se puede leer la referencia a ellos como “pacientes” o “usuarios”, términos en los que también subyace una mirada desde la institución de salud sobre estas personas.

Esto no es una discusión respecto a un nombre, sino que tiene que ver con cómo se posiciona esta tesis en relación a los sujetos sobre los que versa. Esta cuestión no pretende quedar aquí saldada, pero sí pretendo esbozar reflexiones para problematizar sobre este tema. Si partimos de un sujeto paciente, es decir, de aquel que espera en su enfermedad que el otro calificado, el médico, lo asista, corremos el riesgo de perder de vista lo que el sujeto

hace con su padecimiento. Por otra parte, si entendemos a los sujetos como usuarios, es decir, como aquellos que hacen uso o que consumen un servicio, en este caso el servicio de salud, quedamos a merced de sesgos tales como los que caracterizan a muchos estudios sobre la temática, desde los cuales se supone que los sujetos reingresadores frecuentes usan “demasiado” o usan “mal” el servicio de salud.

Esta tesis convive entonces con una contradicción al tomar la denominación de conjunto “reingreso frecuente” o “puerta giratoria” sin poder dar cuenta cabalmente si es la más adecuada para nombrar al conjunto de sujetos que delimita para su estudio, y apelando a significantes como “paciente” o “usuario”, con las connotaciones anteriormente descritas. En este sentido propongo a través del ejemplo de los reingresadores frecuentes, problematizar la manera de mirar, nombrar, definir a aquellos sujetos con los cuales los profesionales de la salud trabajan, y sobre los cuales versan muchas producciones académicas. Cómo se entiende al otro, que es destinatario de la aplicación de un saber técnico, impacta directamente en los efectos terapéuticos de los tratamientos que se ofertan. Asimismo problematizar esto puede aportar en el diseño de dispositivos asistenciales más ajustados a las necesidades de la población.

Existen múltiples criterios, de acuerdo los distintos autores, para definir qué usuarios de los servicios de salud mental pueden ser caracterizados como de reingreso frecuente. Aunque dichos criterios serán discutidos, tomo como punto de partida la definición de Gastal et al. (2000) por ser la más amplia, quienes delimitan que: “The recidivist or revolving door patient is the one who is repeatedly admitted to the hospital²” (p. 281).

Los usuarios que repetidamente ingresan al hospital son llamados de diversas maneras. La nominación “pacientes de reingreso frecuente” como tal es tomada de Pezzani (2016). Se utilizan además otros términos como “puerta giratoria” o “*revolving door*”, “recidivantes” y “*heavy users*”³.

Estos términos no son utilizados para referirse exclusivamente a pacientes psiquiátricos, sino que se toman también para categorizar a personas en distintas circunstancias, por ejemplo a sujetos que reinciden en cometer delitos por lo cual reingresan a la cárcel (Legrand, 2019). Sin embargo, actualmente son utilizados con mayor frecuencia por la psiquiatría para describir la situación de muchos servicios de salud mental a lo largo del mundo en los cuales una porción de su población reingresa repetidamente. Existe información diversa respecto a la prevalencia del fenómeno; distintos autores recopilan datos que abarcan un espectro amplio, desde un 10 % de usuarios de puerta giratoria en Portugal (Graca et al, en Horn, Fames, Bones, Lemos, 2016) a un 44, 5 % en Argentina (Alberdi, Coll, Mutazzi, Vismara, 2005) así como porcentajes que superan el 60 % en distintas regiones de Brasil

² “El paciente recidivante o de puerta giratoria es aquel que es repetidamente ingresado en el hospital” (la traducción es mía).

³ La traducción literal sería “usuarios pesados”. Hace alusión al uso intensivo que éstos sujetos hacen de los servicios del prestador de salud.

(Horn et al., 2016). Esta variedad no se debe, según los mismos autores, a una dimensión territorial, ya que hay estudios que aportan datos diversos acerca de un mismo lugar. Manifiestan que se relaciona a la falta de un criterio común respecto a qué se entiende como pacientes de puerta giratoria o de reingreso frecuente.⁴

En esta tesis el lector encontrará un primer capítulo **El punto de partida**, en el que se explicitan los supuestos, los objetivos y las preguntas de la investigación. Se fundamenta la pertinencia de llevar a cabo la misma en la búsqueda de brindar un aporte desde otra mirada a una temática largamente estudiada a nivel internacional pero poco trabajada en nuestro país.

El segundo capítulo, **Antecedentes y discusión teórica** recopila los antecedentes en relación al reingreso frecuente en pacientes psiquiátricos, y reflexiona en relación a las dificultades inherentes a la nominación puerta giratoria o reingreso frecuente. Se incluyen estudios que han versado sobre sujetos que mantenían una cotideaneidad itinerante, y que han sido catalogados bajo otras categorías, pero que a pesar de esto pueden ser útiles para pensar lo que aquí se estudia.

El tercer capítulo: **Sistema de salud y marco legal de la salud mental en Uruguay** pretende sistematizar los cambios que, a nivel legal y del sistema asistencial, han ocurrido en la historia reciente de nuestro país en lo que refiere a la salud mental. Integra además reflexiones en relación a las vicisitudes a las que las disciplinas de la salud mental se han enfrentado y a las diferencias de enfoque, principalmente entre la psicología y la psiquiatría, respecto al proceso de reforma de la salud mental. Por último, aborda el lugar singular que el Hospital Vilardebó ocupa en el entramado social en general y dentro del sistema de salud en particular.

En el cuarto capítulo, **Diseño metodológico**, se desarrolla además de una descripción del método utilizado y una sistematización de las técnicas utilizadas para llevar a cabo el trabajo de campo y el análisis del mismo, reflexiones respecto al lugar del investigador en la relación con sujetos investigados que se encuentran internados en una institución total, como el hospital psiquiátrico.

Posteriormente, el lector encontrará el capítulo: **Entre entradas y salidas** en donde se profundiza respecto a la relación que los reingresadores frecuentes establecen con el Hospital Vilardebó, y se describen los recorridos que estos sujetos realizan en su vida cotidiana más allá del tiempo que transcurren estando internados. Se problematiza, asimismo, cuál es el lugar que ocupan estos sujetos, en el sentido literal y simbólico del término, es decir, qué roles cumplen y qué lugares habitan.

Por último, en el apartado de **Conclusiones** se realizan apuntes en relación al lugar de relevancia que el Hospital Vilardebó tiene en nuestra comunidad y a las dificultades que

⁴ Ver apartado: Sobre la categoría "reingreso frecuente." (p. 16).

de esto pueden desprenderse de cara a un posible cierre del establecimiento, de acuerdo a lo que proponen la Ley de Salud Mental 19.259 aprobada en el 2017. Por otra parte, se esbozan reflexiones, preguntas y lineamientos para aportar al diseño de dispositivos y abordajes que contemplen las singularidades de estos sujetos.

1. Punto de partida

1.1. Supuestos y contextualización

Parto del supuesto de que los reingresadores frecuentes del Hospital Vilardebó entablan una manera de relacionarse con las instituciones que no se limita al vínculo con el hospital psiquiátrico, o con el sistema sanitario en general. Por este motivo, entiendo que las explicaciones que a nivel internacional, como luego se profundizará, han referido que el fenómeno de reingreso frecuente inicia con los procesos de reforma de los sistemas de atención en salud mental, debido a que implican el acortamiento de las internaciones, no logran dar cuenta de cómo se da este fenómeno en nuestro país, en el cual, además, el proceso de reforma de esta índole es incipiente.

Abona dicho supuesto el único estudio realizado hasta el momento en nuestro país sobre el tema por Pezzani (2016). La autora caracteriza a los pacientes de reingreso frecuente del Hospital Vilardebó, y plantea que el reingreso frecuente podría no configurar algo episódico en la biografía de un sujeto sino una práctica que persiste a lo largo de toda su vida. Si bien su estudio no busca comprobar dicho supuesto, lo plantea como posible pregunta de investigación para un futuro estudio. A esto añade que “sería interesante seguir a un pequeño grupo de pacientes a lo largo de los años con el objetivo de entender en profundidad qué es lo que los lleva a ingresar repetidamente”. (Pezzani, 2016, p. 32).

Por otra parte, propongo que el recorrido de entrada y salida que realizan no necesariamente implica un fracaso terapéutico, como es visualizado por parte de quienes brindan asistencia a éstos sujetos, sino que configura una modalidad terapéutica propia, en la cual logran encontrar un alivio a su sufrimiento. En este sentido, se diferencian de otros para quienes el hospital es su residencia de modo permanente, y que no mantienen el movimiento de entrar y salir que caracteriza a los sujetos de ésta investigación.

A su vez, Pezzani, refiere que:

(...) para muchos pacientes provenientes de medios socioeconómicos deficitarios o de redes vinculares erosionadas, el hospital brinda un entorno atractivo y continente. El hospital psiquiátrico ha ocupado en el imaginario social un lugar tan ominoso que se ha perdido de vista que puede ser atractivo para pacientes cuyas vidas se encuentran inmersas en el vacío y el desamparo. (2016, p. 32)

Por otra parte, afirma que éstos sujetos:

(...) representan un costo elevado para el sistema de salud, no solo en términos de dinero sino del desgaste que generan en los profesionales que los atienden. Son básicamente consumidores de servicios de agudos, sea la puerta de emergencia o la

internación, solo para “apagar el incendio”, pidiendo ayuda en la situación de crisis y posteriormente abandonando los tratamientos. (Pezzani, 2016, p. 37)

De esta cita se destaca que la autora visualiza a éstos sujetos como “consumidores” del servicio hospitalario, lo cual hace eco con la visión que desde algunos antecedentes internacionales que luego se presentarán refieren que lo que define a este conjunto de sujetos es el mal uso o uso excesivo de la prestación que realizan.

La autora describe que hubieron un total de 63 pacientes reingresadores frecuentes para el bieno 2013 y 2014 (es decir, 19, 2 % del total de los reingresos). Toma como paciente de puerta giratoria (o de reingreso frecuente, dado que utiliza éstos términos indistintamente) a aquellos sujetos con tres o más reingresos en un año. En éste número no incluye a los reingresos por fugas a menos que el lapso entre la fuga y el reingreso supere los treinta días. Fundamenta dicha exclusión refiriendo que como no hubo un alta médica en el caso de las fugas, considera que no hubo un cambio en lo que refiere a la situación de compensación del paciente que amerite contabilizar como un nuevo ingreso dicha fuga. También se basa para dicha exclusión en que las fugas dependerían de dimensiones como fallas en la seguridad del hospital de las cuales la autora no pretende dar cuenta. En el estudio que aquí se presenta no se tomará en cuenta si el egreso es por fuga o por el alta médica, ya que se hará énfasis en el recorrido que realizan entre y durante las internaciones.

De lo estudiado por la autora se destaca que la mayor parte de los pacientes que reingresan repetidamente al Hospital Vilardebó se encuentran en una situación socioeconómica vulnerable. Estima que el 86 % no realiza ningún tipo de actividad laboral. Por otra parte, refiere que el 50, 7 % cuenta con un subsidio estatal por incapacidad. A su vez, casi el 20 % se encuentra en situación de calle. 73 % vive con sus familias pero son familias catalogadas como no continentes de acuerdo a los registros recabados en historias clínicas y a las descripciones de los equipos técnicos. El porcentaje restante se divide entre población que reside en otro tipo de soluciones habitacionales (como residenciales) o población carcelaria.

Se destaca, por otra parte, que un alto número presenta consumo de sustancias psicoactivas, especialmente Pasta Base de Cocaína (aproximadamente la mitad de los reingresadores frecuentes) y que más de la mitad tiene antecedentes de Intentos de Auto Eliminación.

El nivel educativo, si bien es un dato que la autora no pudo recabar cabalmente por no encontrarse consignado en las historias clínicas, se estima como bajo, siendo que el 40 % de los reingresadores frecuentes cuyo nivel educativo se encontraba registrado sólo alcanzó a terminar la primaria.

Respecto a la causa del fenómeno, hace eco en lo planteado por las investigaciones a nivel internacional, que dan particular importancia al proceso de desinstitucionalización

consecuencia de las reformas de salud mental que iniciaron en los años 60.

1.2. Objetivos y preguntas de investigación

El propósito de la investigación que aquí se presenta es aportar conocimiento a la comprensión del fenómeno de reingreso frecuente en pacientes psiquiátricos del Hospital Vilardebó. Para ello se buscó conocer los recorridos que los reingresadores frecuentes realizan entre sus entradas y salidas del hospital; se buscó por otra parte analizar su relación con la institución hospitalaria, así como indagar qué motivos entienden ellos que los llevan a reingresar.

Asimismo, las preguntas que orientaron la investigación fueron las siguientes:

- ¿Los actos de entrar y salir configuran una repetición que insiste, esperando otro final?
- En el acto de entrar-salir constante: ¿Se marca un límite, una puerta que abre/cierra, que separa, o adentro/afuera son un mismo espacio y el quedarse en la puerta es una manera de no optar, de estar en todos lados y en ninguno?
- El lugar particular que habitan, ¿los pone en una relación diferente con el desamparo?
¿O es un esfuerzo imposible de habitar un espacio inhabitable?

2. Antecedentes y discusión teórica

2.1. Sobre la categoría “reingreso frecuente”

Los antecedentes relevados respecto al fenómeno de reingreso frecuente se conforman principalmente por estudios cuantitativos de tipo descriptivo o correlacional que dan cuenta de dicho fenómeno sin tomar la perspectiva de las personas que componen este conjunto. Se discriminan dos grandes tipos de explicaciones al fenómeno: explicaciones sanitaristas (dificultades en el sistema de atención en salud) y psicopatológicas (es la enfermedad como ente en sí mismo lo que genera el reingreso, o las enfermedades que se asocian en co-morbilidad). Las explicaciones sanitaristas se centran en lo que el sistema no oferta en la asistencia ambulatoria, a razón de lo cual fundamentan que los sujetos retornen a la internación, sin explicar por qué de una cosa se desprende la otra.

En los años sesenta y setenta comienzan a gestarse reformas en los sistemas de atención en salud mental en Estados Unidos y Europa, y a partir de los noventa en Latinoamérica, que vio retrasado su proceso en relación al resto del mundo por las dictaduras cívico militares (De León, 2013). Dichas reformas apuntaron, si bien desde distintos marcos políticos y sociales, a cambiar la realidad de la asistencia a pacientes psiquiátricos, que se basaba en un modelo en donde la hospitalización era la medida terapéutica que se utilizaba con mayor frecuencia, generando saturación de los dispositivos disponibles para tal fin y problemas asociados a esto como falta de lugar o sobrepoblación, falta de recursos materiales y humanos para la asistencia adecuada y falta de opciones para el egreso en sujetos que pasaban largos períodos hospitalizados.

Algunas de esas reformas se forjaron en el contexto de cambios políticos y sociales, apuntando a una reinserción de los sujetos asilados a su comunidad, y disponiendo recursos en dicha comunidad para poder acompañar el proceso de inclusión. Tal es el caso de Brasil (Tosta, 2009; De León, 2013) en donde se crean como sustitutos al manicomio los Centros de Atención Psico Social (CAP-S), dispositivos con enclave territorial que buscan brindar una asistencia ambulatoria que permita a la persona no depender del manicomio. La particularidad del éxito de la reforma brasilera radica, según los mismos autores, en que es un proceso que surge de los trabajadores y usuarios. Se pueden establecer claras diferencias entre este y otros procesos de desmanicomialización. Según De León (2013), el proceso brasileño se diferencia por ejemplo del impulsado por el gobierno bonaerense durante el mandato de Mauricio Macri. En dicho proceso, que se abocaba al cierre del Hospital Neuropsiquiátrico Borda⁵, y del Hospital de emergencias psiquiátricas Alvear (Videla, 2008; Lipcovich, 2009) profesionales y usuarios denunciaron que el cierre no era producto de un proceso de reforma sino un intento de recortar recursos de la salud pública. Por otra parte, Rotelli (2014) refiere que en Europa y Estados Unidos el proceso de reforma de la salud mental también fue

⁵ Hoy llamado Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Borda

realizado en un contexto neoliberal que implicó que se apuntara a una deshospitalización y externación a secas, que dejó a muchos pacientes crónicos sin la adecuada asistencia.

El fenómeno de reingreso frecuente de pacientes de hospitales psiquiátricos es descrito por primera vez en los años sesenta, asociado a los procesos de desinstitucionalización que se detallaron anteriormente en Europa, Estados Unidos y Sudáfrica entre otras regiones (Gastal et al., 2000; Larrobla, 2007; Botha, U. 2008; Rotelli, 2014). Múltiples autores describen que, al realizarse dichas reformas, que pretendieron dejar a un lado el modelo hospitalocéntrico, se comenzaron a realizar internaciones más breves. Esto conllevó a que un tipo de usuarios no se adaptara al nuevo formato de asistencia ambulatoria en la comunidad, y que pasara de tener pocas internaciones largas a tener muchas internaciones breves (Gastal et al., 2000; De Souza Parente et al., 2007; Oyffe et al., 2009; Lessa Nogueira, Guljor, 2014; Rotelli, 2014; Maia et al., 2017). Los autores se refieren al fenómeno de puerta giratoria en términos de “nuevo desafío” al que han debido enfrentarse los sistemas de salud mental tras las reformas.

De los estudios que se mencionaron anteriormente destaca que no explican claramente el proceso por el cual concluyen que dicho fenómeno es causado por las reformas psiquiátricas. La única investigación encontrada en donde se constata que hubo un aumento en la tasa de readmisiones luego de la desinstitucionalización es un estudio canadiense realizado por Montgomery y Kirckpatrick (2002).

Algunos realizan tal aseveración a pesar de que refieren que no existen datos a nivel estatal que permitan obtener información certera a nivel país, dado que se ha observado que es frecuente que el mismo sujeto se desplace y reingrese en múltiples hospitales, en países que cuentan con más de un servicio de internación (Lemos, Horn, Fames y Bones, 2017).

Otra cuestión que llama la atención es la falta de precisión en el manejo de la información cuantitativa. Por ejemplo, Ribeiro, Guimarães y Cruz (2011) proponen que hay estudios que constatan que tras la reforma psiquiátrica brasilera se observan “altos índices de reinternações psiquiátricas” (2011, p. 520) sin determinar a qué se refieren índices “altos” ni en comparación con qué. En el caso de Gastal et al., (2000) no se establece qué se entiende por internaciones largas o cortas, a pesar de que se hace referencia a éstos parámetros para decir que en el período previo a la reforma de salud mental las internaciones eran más prolongadas que en la actualidad, lo cual sería la causa del fenómeno de *revolving door*.

Algo a destacar es que en éstos estudios se establece que los usuarios reingresan más que antes de las reformas, y esto se relaciona con el acortamiento de las internaciones, pero sin tomar en cuenta otros cambios coyunturales que podrían incidir. Se hace visible el cambio en la dinámica de internación, pero no se toman en cuenta otro tipo de dimensiones que podrían fomentar el reingreso (por ejemplo, aumento de la población en situación de calle, deterioro de las redes de sostén familiar por causas socio-económicas o modificaciones en normativa sobre seguridad pública).

El reingreso frecuente se vincula a cuestiones “endógenas” (consumo de sustancias psicoactivas en comorbilidad con una patología psiquiátrica, o a algunos diagnósticos psiquiátricos en particular) o ambientales (duración de la primer internación y falta de apoyo familiar) pero no sociales o macro económicas. Por ejemplo, en lo que refiere a Estados Unidos y Europa, las reformas se dieron en un contexto de auge económico de posguerra. En el caso de Latinoamérica parecería ser lo opuesto, ya que se dieron en el contexto de la salida de las dictaduras, y en un momento de decrecimiento económico de los países. Tampoco se toma en cuenta la subjetividad, de hecho son sumamente escasos los estudios que consideran la percepción de los propios sujetos. Se parte de una homogeneización ahistórica de los pacientes psiquiátricos, y los cambios institucionales son visualizados como las únicas modificaciones en sus trayectorias vitales.

Algunos autores intentan aportar algo más de información respecto a por qué entienden que las reformas generan dicho fenómeno. Por ejemplo, Ribeiro, Freitas y Verztman (2015) plantean que la reforma hace que se configure un “novo perfil de clientela crónica.” (p. 507). Ponen el énfasis en los usuarios al plantear que: “Esse perfi de usuário é caracterizado por sujeitos que não se sustentam durante muito tempo fora de uma instituição desencadeando-se, frequentemente, internações psiquiátricas. (Ribeiro, Freitas y Verztman, 2015, p. 507).

Dicho estudio refiere, como menciona la cita, a la dificultad de algunos sujetos de mantenerse fuera de una institución por un largo período. Sin embargo, en el estudio de caso que realizan, el sujeto cuyo recorrido se sigue inicia los reingresos a instituciones en la infancia y adolescencia. Frente a dicha contradicción aluden a su patología psiquiátrica como responsable del reingreso. A pesar de esto, destaco como aporte interesante de ese estudio, que los autores mencionan que algunos sujetos requieren espacios diferenciados en distintas etapas de su trayectoria vital. Desde este punto de vista se abonaría el supuesto de que el hecho de que algunos sujetos reingresen a la misma o a diversas instituciones tiene que ver con una práctica a través de la cual encuentran una manera de aliviar su sufrimiento y no necesariamente un fracaso del sistema sanitario o un empeoramiento de su cuadro psicopatológico.

Por otra lado, hay autores que, partiendo de la base de que los cambios institucionales producen la reinternación frecuente, ponen el foco en las dificultades que las familias tienen para sostener al sujeto en el domicilio sin el adecuado apoyo (Machado y dos Santos, 2013; Gatal et al., 2000). A su vez, Maia et al. (2017) expresan que, una vez insertos en la comunidad, los sujetos no conocen los mecanismos de acceso a las instituciones de salud y quedan sin asistencia, por lo cual terminan volviendo al hospital. Estos planteos se hacen solidarios con lo que refieren Ribeiro, Guimares y Cruz (2011) quienes detectan una dificultad asociada a las familias, dado que el hecho de que el portador de una patología psiquiátrica permanezca asilado genera una sensación de bienestar y alivio.

Algunos estudios aportan resalta las dimensiones que predisponen a los sujetos a reingresar, más allá de las reformas de los sistemas de salud. Refieren como principal predisponente al reingreso la dificultad en la adherencia al tratamiento farmacológico, que se debería a su vez al uso abusivo de sustancias psicoactivas o a la impulsividad característica de la misma patología (Goodpastor, 1991, Haywood et al., 1995).

En cuanto a la manera de nombrar al fenómeno y a la población, ya se mencionó que existe heterogeneidad. Geller (1982) y Oyffe, et al., (2009) señalan que la distinción en la terminología con la que la bibliografía académica se refiere a esta población involucra una cierta mirada sobre éstos sujetos. Oyffe et al. (2009) refieren que términos como *heavy users* o “recidivantes” dan cuenta de una manera de nominar este fenómeno haciendo énfasis en las personas como responsables de su utilización inadecuada de la prestación; según los autores el uso del término “recidivante” además remite a la asociación con la criminalidad, ya que también se utiliza para quienes reinciden en cometer actos criminales⁶. Por otra parte, Geller (1982) refiere que el término puerta giratoria pone la responsabilidad en el sistema de salud y en su falta de abordajes específicos para éstos sujetos.

A pesar de lo establecido por éste autor, los términos puerta giratoria, recidivismo, reingreso frecuente o usuarios con reinternaciones psiquiátricas aparecen utilizados indistintamente inclusive dentro de un mismo artículo. De la recopilación realizada se desprende que no existe un consenso respecto a la terminología ni respecto a qué se entiende como reingreso frecuente (Gastal et al., 2000, Guedes y Dimenstein, 2011; Ribeiro, Guimarães y Cruz, 2011; Lemos, Horn, Fames y Bones, 2017).

Las explicaciones que se han dado hasta el momento tampoco acuerdan en las dimensiones que provocarían el fenómeno. En algunos casos establecen que quienes más reingresan son hombres y en otros mujeres, y existe una amplia variedad diagnóstica entre las patologías que se entiende tienden al reingreso.

Parecen únicamente hacer acuerdo en que el número de ingresos previos, así como la duración de la primer internación son factores que se pueden tomar en cuenta para visibilizar a futuro si un sujeto es más propenso a reingresar. Es decir, cuanto más reingresos tenga, más posibilidades de seguir reingresando tiene, así como más posibilidades tiene de reingresar cuanto más larga haya sido su primera internación (Geller, 1982, Linares, 2002).

Parece existir un consenso respecto a que el acortamiento de las internaciones producto de las reformas de salud mental fue generador del fenómeno. Se observan sin embargo puntos ciegos en esta afirmación, como se ha dicho, por ejemplo en el hecho de que las menciones uruguayas al fenómeno preceden al proceso de reforma.

En tanto esto y todo lo referido anteriormente respecto a la falta de consenso sobre el término, no queda clara la utilidad de la categoría de paciente o usuario de reingreso frecuente

⁶ En español “recidivante” se diferencia de “reincidente”, pero en inglés “reincidente” se traduce como “*recidivant*”, implicando cierta cercanía entre ambos términos.

o de puerta giratoria, que pareciera ser útil sólo a los fines de criticar los procesos de reforma a nivel mundial pero no a los fines de poder visibilizar las prácticas de algunos sujetos.

2.2. Antecedentes nacionales

Como se refirió anteriormente existe sólo un estudio previo al actual sobre el tema en nuestro país. A pesar de esto, el término “puerta giratoria” es utilizado en artículos de prensa y publicaciones digitales para denunciar la falta de planes de contingencia para el egreso del hospital psiquiátrico, a diferencia de la bibliografía internacional, en la que se presenta el fenómeno como efecto del acortamiento de las internaciones en los centros de atención sustitutivos a los hospitales psiquiátricos. Las menciones encontradas provienen del campo de la psicología, mientras que en la literatura de la región y el mundo provienen del ámbito de la psiquiatría. En ellas se alude al fenómeno de puerta giratoria de pacientes psiquiátricos como existente en nuestro país. Sin embargo, no se profundiza en el tema ni se aportan elementos para su comprensión o abordaje. Del Castillo, Villar y Dogmanas (2011) refieren que, a pesar de ser el fenómeno de puerta giratoria frecuente, no se explicitan criterios respecto a cómo se define esta frecuencia.

Baroni ⁷ es la autora que hace más referencia al fenómeno de puerta giratoria en nuestro país. En 2015 refiere que en el Hospital Vilardebó existe el fenómeno y alude como causa a cambios que se generaron en la institución en los años noventa, cuando se transformó en un hospital para la internación de pacientes agudos (párrafo 7). ⁸ Esta aseveración remite al acortamiento de las internaciones, en consonancia con los antecedentes internacionales. Contrasta sin embargo con el hecho de que no se observa que en el hospital se limiten los tiempos de estadía.

Por otra parte, plantea que este tipo de fenómenos condenan a “las personas en dicha situación a quedar sin atención y en muchos casos en situación de calle, quedando la persona, en tanto se la comienza a considerar un “paciente social”, atrapada en una suerte de *puerta giratoria* entre la atención y la calle”. (Baroni, 2016, párrafo 8).

En una entrevista realizada por el Semanario Brecha refiere que:

“Lo que pasa muchas veces es que las personas son dadas de alta, pero no tienen un lugar de referencia, por lo que vuelven a la calle y vuelven a estar internadas, es lo que se llama ‘puerta giratoria’ (Rodríguez, 2015, párrafo 7).

En la misma nota la periodista parafrasea un fragmento de una entrevista a un supuesto paciente de puerta giratoria. Es el único antecedente encontrado en nuestro país en el cual se alude al relato de un sujeto respecto a su situación de permanente reingreso al

⁷ Docente de la Facultad de Psicología de la UR e integrante del Colectivo Radio Vilardevoz, una radio comunitaria que busca problematizar las concepciones existentes sobre la enfermedad mental.

⁸ Respecto a éstos cambios institucionales se profundizará en el apartado: “Caracterización e historia reciente de los centros de atención en salud mental en nuestro país”.

hospital. Resulta interesante en tanto que muestra la contradicción que persiste en la propia institución y en los sujetos respecto a sus ingresos/egresos:

“No hay más camas”, le dijeron a Manuel en enero. Enfurecido, salió de allí y rompió cuatro vidrios, los que finalmente fueron el pase a la internación que estaba esperando. Es que el hospital es su casa, esta no es la primera vez que duerme en sus camas y deambula por sus pasillos, porque Manuel, como tantos otros, no tiene adónde ir. (...) mientras no se modifiquen las condiciones de vida y trabajo que existen dentro del manicomio, éste no dejará de ser un lugar de encierro y represión, perpetrador de una lógica excluyente. Resulta necesario transformarlo en un espacio de tratamiento y reinención subjetiva, de lo contrario la locura y la pobreza seguirán siendo un binomio difícil de desarticular. Hasta que los cambios lleguen, Manuel seguirá soñando con tener estabilidad monetaria para manejarse por fuera de los muros y poder vivir con su mamá. (Rodríguez, 2015).

Por un lado, se observa una institución que niega el acceso y propicia que los sujetos realicen actos extremos para lograr dicho acceso; por otro, alguien que refiere soñar con una vida en familia y fuera del hospital pero que solicita una y otra vez que le permitan entrar a lo que es nombrado por la periodista como “su casa”. Este tipo de contradicciones y sentidos resultan interesantes más allá de las explicaciones apriorísticas respecto a que ésta persona busca ingresar al hospital porque no tiene otro lado a dónde ir. Esto último puede delimitar un punto de partida pero lejos está de dar una explicación a cabalidad de lo que para ese sujeto significa hoy por hoy solicitar el ingreso a “su casa”.

Por otra parte Tutté (s/f) hace alusión a que este tipo de pacientes no logra dar sentido a los tratamientos que sobre ellos se aplican, por lo cual los tratamientos no redundan en efectividad, poniendo el énfasis en el usuario y no en la problemática social e institucional.

2.3. Antecedentes históricos

2.3.1. Locos en movimiento

A fines de 1800, la psiquiatría francesa hizo foco en el estudio de sujetos que pasaban gran parte de su vida desplazándose por distintos territorios, sin poder dar cuenta de cómo ni por qué realizaban tales traslados que involucraban en ocasiones traspasar fronteras nacionales. Como consecuencia de esto los sujetos eran captados por el aparato médico-legal, siendo detenidos y trasladados a hospitales psiquiátricos cada vez que eran encontrados. Una rama de la psiquiatría abonaba en esa época la teoría de desfeminización de la histeria, es decir, la teoría de que los hombres también podían padecerla. De acuerdo a

lo que refieren Swain y Gauchet (2000) el movimiento de buscar la histeria masculina generó que este diagnóstico pasara del campo de la Ginecología al campo de la Neurología.

Los sujetos que viajaban sin motivo, que eran en su mayoría hombres, fueron tomados para argumentar a favor de la existencia de la histeria masculina (Hacking, 2002). En tal sentido se explicaba que estos viajes aparentemente inmotivados y en muchas ocasiones no recordados por los sujetos, eran realizados en un estado segundo de conciencia, estado característico de los sujetos histéricos.

Algo llamativo es que, a pesar de lo antedicho, éstos sujetos que viajaban no fueron circunscriptos al diagnóstico de histeria, sino que se les creó un diagnóstico propio a pesar de que portaban, según las descripciones de la época, muchos rasgos en común con otros pacientes catalogados como histéricos.

Hacking (2002) refiere que los sujetos que se fugaban de su domicilio: “have been known forever, but only in 1887, with the publication of a thesis for the degree of doctor of medicine, did mad travel become a specific, dyagnosable type of insanity. (p.8).

Dicho autor establece que algunos diagnósticos quedan más fácilmente ligados a un contexto epocal que otros, y necesitan de lo que denomina un “nicho ecológico”, es decir, determinadas condiciones que deben darse para que se configure una categoría diagnóstica. En el caso de los “fugadores” como denomina a éstos sujetos, remite al contexto particular de desarrollo del turismo en la época, en donde las posibilidades de desplazamiento aumentan. Refiere a su vez a las características particulares del psiquiatra Tyssié, psiquiatra francés, quien escribe el primer historial clínico acerca de un fugador, Albert Dadas. Tyssié se forma con Pitrés, quien a su vez se había formado con Charcot en París, neurólogo que generó una concepción propia sobre la histeria, dándole un lugar de relevancia que no tenía al momento. Es por ello que el caso de Albert Dadas es derivado a Tyssié, cuando aún era estudiante, debido a que Pitrés trataba sujetos con diagnóstico de histeria.

A partir del historial de Albert Dadas aparecen múltiples descripciones acerca de este tipo de sujetos que viajan en una especie de estado de sonambulismo, viéndose a menudo en situaciones de conflicto con la ley, o quedando en situación de calle, a merced del amparo estatal y del aparato médico-jurídico. Inclusive el propio Charcot describe en 1889, en la sistematización de sus “*Leçons à la Salpêtrière*”⁹ un caso que denomina como de automatismo ambulatorio respecto de un sujeto que presentaba las características que se detallaron previamente.

Distintos autores en distintas épocas y países dieron diversos nombres a este fenómeno: determinismo ambulatorio, dromomanía, poriomanía (Hacking, 2002). Lo llamativo es que sigue siendo descrito por los manuales de psiquiatría actuales bajo el nombre de “fuga disociativa” y bajo el grupo de los “trastornos disociativos” (DSM V, 2013). Antes era planteado

⁹ Una publicación que recoge las clases que dictaba en el hospital francés *La Salpêtrière*

como un trastorno en sí mismo, ahora se la plantea como parte del trastorno de identidad disociativa o dentro de la amnesia disociativa, que sí tienen carácter de trastornos en sí mismos. Es decir, que, un fenómeno que se enaltece en un contexto epocal determinado, respondiendo al interés de abonar el diagnóstico de histeria masculina, termina trascendiendo y constituyéndose como una entidad en sí misma, más allá de que Hacking (2002) refiere que el fenómeno como tal se esfumó. Encuentro semejanzas entre la manera en que se constituye la categoría de determinismo ambulatorio y la de pacientes de puerta giratoria, en el sentido de que cobran relevancia a partir de que hay un nicho que posibilita esto, pero sobreviven más allá de éste contexto.

Otro punto por el que me interesa destacar los estudios sobre los “alienados viajeros” como los nominara Tyssié, es por el hecho de que este autor tomaba en cuenta el recorrido de éstos sujetos, y no solamente la presentación del cuadro psicopatológico. Además, daba relevancia a la biografía del sujeto para explicar cómo llegó hasta su situación actual.

Por último, se destaca que Charcot planteaba en relación al caso que describe:

“Si les choses continuent à aller de ce train il pourra, comme il l’espère, reprendre dans quelques semaines le cours de ses singulières pérégrinations” (Charcot, 1889, p. 353)¹⁰

Esta idea se hace solidaria con la que aquí se plantea como supuesto respecto a que el comportamiento errático de los sujetos sobre los que aquí se habla no tiene que ver con un fracaso de las terapéuticas o con una descompensación de la patología sino con una modalidad de existencia.

2.3.2. El origen del revolving door

El uso más antiguo que se ha encontrado del término *revolving door* es del 1958, según Noirod, Descarpentier y Mercuel (2000) y Linares (2002).

. Es utilizado por dos sociólogos estadounidenses, Pittman y Gordon, en un estudio en el que investigan a personas con consumo problemático de alcohol que entraban y salían, a modo de puerta giratoria, de la cárcel.

Se destaca que el estudio es de carácter cualitativo, y realiza una caracterización de los sujetos consumidores de alcohol que habitualmente eran ingresados a centros de detención por ser encontrados consumiendo en la vía pública, y que al ser liberados rápidamente volvían a cometer los mismos actos que los llevaban a ser detenidos una vez más. Incluye la recopilación de las experiencias de vida de éstos sujetos previo a comenzar en esta modalidad de vivir entre la calle y la cárcel, y aventura relaciones entre lo ocurrido en épocas tempranas y la situación de sus vidas adultas. Resulta llamativo que la psiquiatría ha utilizado esta misma nominación para dar cuenta de un fenómeno que pretenden estudiar desde el punto de vista cuantitativo.

¹⁰ “Si las cosas continúan de ésta manera, él podrá, como espera, retomar dentro de algunas semanas el curso de sus peregrinajes singulares” (la traducción es mía).

Pittman y Gordon (1958) no se enfocan en discriminar el conjunto de los sujetos de puerta giratoria por el número de veces que ingresaron a la cárcel. Los definen distanciándolos de otros sujetos con alcoholismo debido justamente a que son aquellos que no se adaptan a los tratamientos preestablecidos para dicha problemática en las clínicas de rehabilitación; infieren que dicha falta de adaptación se debe a la falta de contención a nivel familiar de éstos sujetos.

Por otra parte los autores proponen el alcoholismo como una manera de socializar. Refieren que éstos sujetos han tenido dificultades vinculares, por lo cual el consumo, que los lleva a compartir espacios con otros (grupos en la calle, bares, y posteriormente la cárcel), posibilita aquello que no han podido lograr por otras vías. Esto le otorga sentido al consumo, y explica las dificultades inherentes a renunciar al mismo.

Los autores asociaron la tendencia de la población estudiada a volver a la cárcel a haber transitado una parte importante de su vida institucionalizados. En esa época y por ser la mayor parte de los sujetos hombres, muchos habían sido reclutados en su adolescencia por la marina o por las fuerzas armadas, lo que coincidía con el inicio del consumo de alcohol. Desprenden de esto que la vida en instituciones generaría cambios en la personalidad (1958, p. 66). Debido que las necesidades básicas están totalmente cubiertas, el sujeto pasaría gran parte de su día en tiempo de ocio y sin más posibilidad de interacción social que la de sus pares, lo cual fomentaría el inicio de las conductas disruptivas como la de consumir alcohol o posteriormente vivir en la calle y tener problemas con la ley; fomentaría además que se adapte a la vida de institucionalización. En cuanto al estudio realizado, los autores describieron que la mayoría de los sujetos habían transitado por fallecimientos o quiebres en edades tempranas en sus familias, una vida errática en la cual mostraban poco interés por construir vínculos a largo plazo, una movilidad territorial que no podía ser explicada por causas exógenas como las económicas, madres con dificultades para posicionarse en su rol, que en múltiples casos fueron descritas como deprimidas, distantes y poco afectuosas, y figuras paternas poco presentes en el relato e interés del sujeto. Por último, indicaban que el egreso de la cárcel a secas sin planes de contingencia (sobre todo de inserción laboral) no redundaba en un egreso efectivo.

Pittman y Gordon (1958) no definieron el fenómeno a partir de un criterio cuantitativo, sino a partir de una singularidad que se destaca del conjunto en el modo de relacionarse con la institucionalidad, tanto en cuanto a la falta de adaptación a los dispositivos preestablecidos (clínicas de rehabilitación) como al uso reiterado y excesivo del dispositivo carcelario. Por algún motivo que no queda explicado en la investigación los sujetos no se adaptaban al tratamiento ambulatorio y sobreutilizaban sin embargo el dispositivo de encierro. Se caracterizaba a éstos sujetos como poco arraigados a un lugar fijo y por un comportamiento de errar y moverse por el territorio.

Destaco este antecedente debido a que el origen del término *revolving door* proviene

del ámbito de la Sociología, y los autores apelan a dimensiones subjetivas, sociales y económicas para dar cuenta de lo que lleva a esta población a reingresar a la cárcel. La psiquiatría contemporánea ha tomado este término para extrapolarlo a un fenómeno del pasado reciente y de la actualidad en el contexto de los procesos de reformas en salud mental en el mundo, probablemente debido a que el estudio referente señalaba que los sujetos que habían pasado gran parte de su vida institucionalizados no lograban mantenerse por fuera de las instituciones y retornaban a ellas. Sin embargo, lo que los estudios de la psiquiatría actual no toman en cuenta, es que no todos los sujetos que han transitado períodos de su vida institucionalizados retornan a las instituciones.

2.4. Sans Domicile Fixe

Agrego a esta discusión conceptual lo propuesto por Noirot, Descarpentries y Mercuel (2000) quienes estudian a una población que denominan los *Sans Domicile Fixe* (sin domicilio fijo) y que abrevian como SDF. Los autores estudian la prevalencia de patología mental en la población que se encuentra en situación de calle, y que se caracteriza por un estar itinerante, y por no adaptarse a las políticas de salud y amparo estatal.

Toman a la categoría de determinismo ambulatorio que fue descrita como ejemplo de un acto de patologización de la pobreza. Refieren que la medicina ha intentado intervenir sobre los sujetos en situación de calle justificando que están en esa situación porque la patología los lleva a ello. Refieren que no es claro que se pueda hablar de una mayor prevalencia de patología mental en los sujetos que están en situación de calle, debido a que entienden que lo que los lleva a estar en esa situación no es necesariamente una patología *a priori*. Manifiestan que catalogar a todo pobre como enfermo mental implicaría “*une terrible rationalisation de ses injustices*¹¹” (Noirot et al., p. 764) ya que implica desconocer la dimensión política, económica y social que incide en que los sujetos terminen en esa situación. En relación a esto, hacen sugerencias respecto al abordaje con esta población. Desestiman la utilización de dispositivos de calle para gente en situación de calle, o pensar abordajes específicos para la agrupación SDF. Dicen que esto redundaría en hacer “*une medecine de pauvre*”¹² (p. 770). Sostienen que el sistema debe contar con modalidades de cuidados más flexibles que tomen en cuenta la singularidad de éstos sujetos.

2.5. Reflexiones sobre discusión conceptual

El concepto de puerta giratoria fue tomado, como se describió anteriormente, del ámbito de la Sociología, para dar cuenta de un fenómeno que se observaba en las cárceles norteamericanas, con un grupo de sujetos que retornaban con harta frecuencia. Las

¹¹ “Una terrible racionalización de las injusticias (la traducción es mía).

¹² “Una medicina de pobres” (la traducción es mía).

observaciones que se desprenden de dicho estudio guardan más cercanía con la tesis que aquí presento, que las investigaciones que la psiquiatría ha realizado tomando el mismo término.

En el estudio original se hace énfasis en los sucesos vitales que éstos sujetos tienen en común, y que según los autores derivan en su comportamiento de consumo de alcohol y reingreso a la cárcel. A su vez destacan lo que los sujetos encuentran en la cárcel y que motiva el reingreso, así como en el consumo que redundaba en dicho reingreso (hacer lazo social con otros consumidores y retornar a una vida de institucionalización que les es familiar).

No queda claro cuál es el punto de encuentro entre esta manera de tomar el término y el uso que la psiquiatría da al mismo ni cuál es el origen de la extrapolación del término de un ámbito a otro. Como se refirió, en los antecedentes recientes los sujetos de puerta giratoria son agrupados bajo otras características en común como los diagnósticos, las comorbilidades asociadas, el número de reingresos o factores socio-económicos. No se hace énfasis en los recorridos que realizan entre internaciones o en los recorridos vitales que los llevan a esa modalidad de vincularse con la institución de salud. También se destacó previamente que desde la psiquiatría se ha hecho énfasis en el mal uso que los sujetos dan al servicio que se les brinda. Esto entra en consonancia con lo recabado a partir de conversaciones con los equipos técnicos del Hospital Vilardebó, en donde dichos sujetos son visualizados como no pudiendo aprovechar las posibilidades que el servicio de salud o la interinstitucionalidad les brinda, lo cual redundaba en que no se les den “segundas oportunidades” o inclusive se les niegue el reingreso¹³.

Por otra parte, desde la psicología, se hace mención al término asociándolo a la dimensión socio-económica.

Desde ambas disciplinas se hace énfasis en las reformas del sistema de salud que han dejado a este grupo de personas sin la adecuada contención institucional, lo cual habría repercutido en la frecuencia de sus internaciones.

Mantengo para la investigación que aquí se presenta, una posición alineada a la propuesta de Pittman y Gordon (1958). Desde este punto de vista, los sujetos que reingresan frecuentemente no son concebidos como quienes hacen un “mal uso” del servicio de salud, ni como aquellos cuya patología los lleva a reingresar; tampoco como aquellos sujetos que por carencias socio-económicas se ven obligados a retornar a la institución. Si bien tomo en cuenta la última dimensión mencionada, parto de lo referido por los autores respecto a que entienden que éstos sujetos reingresan por cuestiones asociadas a su historia vital ligada a las instituciones. Plantean que toman el ejemplo de los alcoholistas porque entienden que sirve de analogía para pensar lo que ocurre con el tratamiento de la enfermedad mental en general (p.1), en donde la institucionalización es la medida ordinaria a tomar y luego deviene

¹³ Ver apartado metodológico

la expulsión de las mismas instituciones, sin planes de contingencia ni rehabilitación. Se preguntan acerca de quiénes son éstos sujetos en términos de características demográficas y en términos de sus experiencias previas de socialización (Pittman & Gordon, 1958, p. 1).

En tanto esto entiendo que el fenómeno de puerta giratoria no puede ser pensado por fuera de la relación de los sujetos con las instituciones. Aludir a una causa meramente “endógena” como podría ser la patología, o inclusive a que las reformas en salud mental dejan al sujeto en una situación de “puerta giratoria” implica desconocer que muchas personas tienen una vida en relación a las instituciones más allá de si es en relación al hospital, a la cárcel, a los refugios u otras. A lo largo de distintas épocas, como muestra el estudio de Pittman y Gordon, los sujetos han establecido maneras propias de relacionarse con la institucionalidad. Así, quedan dudas respecto a si el término puerta giratoria puede ser circunscripto para definir al fenómeno que se da cuando se empiezan a gestar reformas en los sistemas de salud que implican el acortamiento de las internaciones. Si se toma lo planteado por Pittman y Gordon podemos adscribir a la idea de que la puerta giratoria tiene que ver con ésta relación particular de los sujetos con las instituciones y que va más allá de los servicios de salud. Por otro lado, dado que el término se hace popular a partir de que la psiquiatría quiere nombrar lo que entiende como una consecuencia de las reformas, cabe preguntarse si tiene validez más allá de éste contexto y si, la cuestión de los sujetos que reingresan a instituciones y establecen recorridos por circuitos urbanos, puede ser puesta bajo el título de puerta giratoria o cabría pensar maneras singulares de nombrarla.

En relación a esto último, resalto la historia del diagnóstico de fuga disociativa. La misma constituye un antecedente del presente estudio en tanto muestra la manera en la que se construye un diagnóstico que parece depender mucho del nicho a partir del cual se conforma, y que quedan dudas respecto a su utilidad en la actualidad. Ejemplo de esto es lo que se refirió anteriormente, respecto a que la categoría de pacientes de puerta giratoria es tomada del ámbito de la Sociología, y que parece haber servido hace algunas décadas a los fines de enunciar los cambios que comenzaban a visualizarse cuando se gestaron las reformas que involucraban los cierres de los hospitales de atención monovalente. En ambos casos, tanto en el de fuga disociativa como en el de puerta giratoria, sobrevive la terminología al nicho en el cual se gesta. Es así que puerta giratoria es utilizado hoy sin que exista el mismo nicho en el cual fue creado, lo cual redundo en que su definición se torne vaga e imprecisa y aparezcan dificultades dentro del propio ámbito académico para su estudio, como enuncian múltiples autores.

Por otra parte, interesa de lo trabajado por Charcot, a efectos del presente estudio, que el autor pone en serie casos diferentes, para demostrar su manera de abordarlos. Dirá que los asocia no por su cercanía nosográfica, sino por su cercanía psicológica (1889, p. 318). Refiere con esto a que no busca tomar casos diversos para englobarlos bajo el mismo diagnóstico. De hecho, como se mencionó, se observa un primer movimiento por parte de la

psiquiatría de abonar el diagnóstico de histeria masculina con los casos de *alienés voyageurs*¹⁴, al decir de Tyssié, pero luego estos casos obtienen un lugar propio en los manuales y la nomenclatura psiquiátrica. Sin embargo, la intención de Charcot de poner en serie casos que presentan diferencias, es la de observar un fenómeno, como los actos automáticos complejos (es decir, la capacidad de algunos sujetos de llevar a cabo acciones sin tener conciencia de ello). Freud, en su texto sobre Charcot hará hincapié en su manera de abordar los casos como un “visual”, es decir, un observador de hechos que prioriza la experiencia por sobre la teoría¹⁵. Entiendo que ésta postura puede ser interesante para pensar el fenómeno que aquí se describe, observándolo en su singularidad y no reduciéndolo bajo el intento de asociarlo a una categoría predeterminada; es decir, no supeditar la singularidad de los reingresadores y sus recorridos a la etiqueta de pacientes de puerta giratoria, que se encuentra dentro del mundo académico investida de una significación apriorística.

En relación con la idea del nicho ecológico de Hacking, Noirod et al. (2000) advierten que esta manera de configurar un diagnóstico puede redundar en una medicalización de las singularidades de los sujetos, sin tomar en cuenta dimensiones como la situación de pobreza y vulnerabilidad en la que se encuentra una población determinada.

¹⁴ Alienados viajeros

¹⁵ Freud citará a Charcot para referir: “La teoría es buena, pero eso no impide a las cosas ser como son.” (1980, p. 15)

3. Sistema de salud y marco legal de la salud mental en Uruguay

3.1. Sistema Nacional Integrado de Salud y prestaciones en salud mental

Uruguay tiene un sistema de salud mixto, llamado Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El SNIS fue creado en el año 2007, a través de la Ley 18.211, como una de las políticas de cabecera del primer período de gobierno del partido de izquierda del país, Frente Amplio. Su primer presidente, el doctor en medicina Tabaré Vázquez, promovió, mediante la creación de este nuevo sistema, una reforma en la asistencia en salud basada en las ideas de equidad y accesibilidad universal. Así el lema de la reforma sería “que cada cual reciba atención de calidad de acuerdo a sus necesidades y no a su capacidad económica.” (PNSM¹⁶, 2011). De este modo, aquellos mayores de edad que trabajen aportarán a un fondo común conocido como FONASA¹⁷ que distribuye el dinero de acuerdo a cápitas y a cumplimiento de metas fijadas por el Ministerio de Salud Pública entre los prestadores. Todo trabajador aportará al FONASA, inclusive aunque decida asistirse en el prestador público o en un seguro privado, en cuyo caso pagará la cuota que fije ese servicio además.

Se integran al SNIS la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y otros entes como Sanidad Militar, Sanidad Policial y Seguros Privados.

En el marco del SNIS la Salud Mental cobra un rol de relevancia. De acuerdo a lo establecido en la ley anteriormente mencionada, se crean Programas Integrales de prestaciones en el marco del Plan de Atención Integral en Salud (PIAS). Dichos programas se denominan “integrales”, debido a que deben constituirse como planes de acción en distintas áreas de la salud que abarquen todo el continuo asistencial: promoción, protección, recuperación y cuidados paliativos. Abarcan a su vez el acceso a tecnología y medicamentos, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 465/008 y en la Ordenanza N° 289/018.

La denominación “Programa Integral” obliga a los prestadores de salud que formen parte del SNIS a brindar asistencia en las áreas establecidas por dichos programas. Según el Anexo I del Decreto anteriormente mencionado:

Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán brindar atención integral tomando como marco de referencia los contenidos específicos de los Programas antes referidos que el Ministerio de Salud Pública ha publicado y colocado en el página web (www.msp.gub.uy). (Decreto 465/008)

Uno de ellos es el Programa Nacional de Salud Mental, que se establece a su vez como uno de los once Programas Prioritarios. Que algunos programas sean nominados como

¹⁶ Programa Nacional de Salud Mental

¹⁷ Fondo Nacional de Salud

prioritarios, refiere a que se les da relevancia a estas áreas de la salud por sobre otras; dichas áreas de la salud son seleccionadas en base a estudios de prevalencia de patologías en nuestro país.

En lo que refiere a Salud Mental, se establece qué tipo de prestaciones son obligatorias a través del Plan Nacional de Implementación de Prestaciones en Salud Mental. Dicho Plan es aprobado en 2011, por lo cual se integra a través del Decreto 305/011 a lo establecido en el “Catálogo de Prestaciones” aprobado a través del Decreto 465/008 en el año 2008.

En el Catálogo de Prestaciones original (2008) únicamente se establecía como obligatoria la asistencia psiquiátrica, tanto ambulatoria como hospitalaria, y en lo referido a la atención psicológica el prestador sólo estaba conminado a brindar asistencia con fines diagnósticos. Respecto a la internación psiquiátrica, el prestador estaba obligado a brindar la misma por un plazo no mayor a treinta días anuales. El catálogo original de prestaciones del SNIS mantenía una situación bastante similar a la anterior a la creación del nuevo sistema mixto. Es por ello que se elabora el Plan Nacional de Salud Mental en el año 2011. Dicho plan establece que se deberá tender a lograr “La atención de personas con trastornos mentales, con énfasis en la rehabilitación, superando el modelo tradicional discriminatorio, cautelar y asilogénico, procurando un nuevo modelo, evitando el hospitalismo, integrándola a su medio” (PNSM, 2011). Si bien no se define qué se entiende por términos como “modelo asilogénico” se entiende por el contexto que se pretende, a través de la creación de dicho plan, consolidar la asistencia ambulatoria en oposición a la asistencia vía internación que se utiliza con harta frecuencia.

Se hace especial énfasis en este plan en la asistencia psicológica psicoterapéutica, que se organiza en tres “modos” tanto en la infancia y adolescencia como en la adultez. En el caso de los adultos, tienen derecho a acceder a una atención de carácter grupal (“modo uno”) por un lapso de hasta 16 sesiones anuales de manera gratuita:

1. Familiares o referentes afectivos de personas con Uso Problemático de Sustancias (cocaína, pasta base de cocaína).
2. Familiares de usuarios que tengan diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Bipolar Grave (F20 o F31 respectivamente según la clasificación CIE 10).
3. Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana).
4. Usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento de autoeliminación (IAE) en el último año.
5. Personas en situación de violencia doméstica.
6. Docentes de enseñanza primaria que consulten por temáticas vinculadas a su actividad laboral.
7. Docentes de enseñanza secundaria y técnica que consulten por temáticas

vinculadas a su actividad laboral. 8. Personal de la salud, que consulte por temáticas vinculadas a su actividad laboral.” (PNSM, 2011)

Por otra parte, tienen derecho a recibir atención individual, de pareja, familiar o grupal por hasta 48 sesiones anuales y por un copago preestablecido (“modo dos”):

1. Usuarios con IAE.
2. Usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive y,
3. Docentes de enseñanza inicial, preescolar, primaria y de los Centros de Atención Integral a la Infancia y la Familia (CAIF), docentes de enseñanza secundaria y técnica y trabajadores de la salud”. (PNSM, 2011).

Por último, en el “modo tres” tienen derecho a recibir asistencia por un copago menor al preestablecido en el “modo dos”, y con posibilidad de renovación por hasta 144 sesiones:

- “1. Usuarios con Consumo Problemático de Sustancias: cocaína, pasta base de cocaína.
2. Usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprende a portadores de Psicosis Esquizofrénica y Trastorno Bipolar (F20 y F31).” (PNSM, 2011)

A esto se añade una modificación importante del catálogo de prestaciones, ya que a raíz de la creación de la Ley de Salud Mental, que se aprueba en el año 2017, se realiza un cambio en la Ordenanza N° 289/018 del Plan Integral de Atención en Salud, en donde se establece que la internación psiquiátrica no estará sujeta a límites temporales en la cobertura, sino que todo usuario podrá permanecer internado el tiempo que sea requerido haciéndose cargo económicamente de una parte de la internación el prestador y el resto el Banco de Previsión Social (artículo 25 de la Ley 19.529 y Decreto n° 81/012).

Respecto a las internaciones también se establece la prohibición de “la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados desde la entrada en vigencia de la presente ley”. (artículo 38, ley 19.529).

En cuanto a los servicios de salud ya existentes de tipo monovalente, se reglamenta que deberán tender a su cierre progresivo, siendo sustituidos por dispositivos alternativos de atención (descentralizados), y que por tanto no se debe aceptar nuevos ingresos en los servicios existentes.

3.2. El cierre de los manicomios

El “cierre de los manicomios”, como se conoce popularmente a este punto de la nueva ley, está estipulado para el año 2025. Se pretende que las internaciones sean una opción de

último recurso, y que, en caso de realizarse, se lleven a cabo en hospitales generales. Se espera que dicha reforma vaya de la mano del incremento de soluciones habitacionales adecuadas para esta población, así como del reforzamiento de la red comunitaria tanto de los equipos de salud como de las demás instituciones y de la red de apoyo social y familiar.

A su vez, la hospitalización se divide de acuerdo a la nueva ley en tres modalidades: a tiempo completo, parcial diurna o nocturna o domiciliaria (art. 26).

Por último, la nueva ley regula las internaciones tanto voluntarias como involuntarias, aumentando las garantías para el usuario en relación a lo que era la normativa vigente. Por ejemplo, se requiere la firma de un consentimiento informado de parte del usuario o del representante legal para efectivizar la internación.

Llama la atención que la internación es nombrada casi exclusivamente en términos económicos, respecto a la extensión de la cobertura por un plazo indeterminado, y no en términos de la función o características de la misma. Por otra parte se observa en la nueva reglamentación una contradicción entre un modelo que refiere apuntará a la desinstitutionalización, al cierre de los hospitales psiquiátricos y a la internación breve y extraordinaria (art. 38) y una liberación del tiempo de internación. El artículo 29 intenta acotar dicha liberación refiriendo que, en caso de extenderse a más de 45 días el director técnico del prestador de salud debe comunicar a las autoridades de contralor competentes.

Al respecto cabe destacar lo que refiere Baroni:

Si analizamos el texto de la Ley 19529, y es en algo de lo que diversos actores están de acuerdo, podremos ver el resultado de las negociaciones y concesiones que hubo que realizar, lo que hace que se la pueda ver como un híbrido donde se encuentran concepciones del modelo saliente y del que se pretende llevar adelante". (2018, párrafo 3)

En el año 1986 se había intentado forjar una reforma en la asistencia en salud mental, a través de la creación del Plan Nacional de Salud Mental (PNSM). Si bien algunos autores delimitan que dicho Plan fue el antecesor de la reforma actual, dado que se basa también en un modelo de atención en la comunidad, no conduce al cierre de los hospitales monovalentes.

El doctor Horacio Porciúncula, integrante del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, señala en una entrevista¹⁸ realizada para esta tesis que:

Nosotros pensamos que cuando armamos los equipos de salud comunitarios en la posibilidad de que los pacientes con cuadros crónicos, psicóticos, etc. pudieran ser contenidos a nivel de lo que era la periferia, que las internaciones cortas deberían

¹⁸ Entrevista realizada el 17 de Febrero del corriente

darse en un sistema de que la detección del proceso psicótico crítico a nivel comunitario, iba a determinar la internación, que esta internación iba a ser supuestamente un poco más breves y que después la contención iba a seguir siendo del equipo comunitario.

Esto fue del plan del 86. Ese era el esquema.

Pasaron dos cosas. Vimos que esos equipos comunitarios más que ser una red de contención de los pacientes que salían de los hospitales se habían transformado en una red de detección para otros trastornos que no habían sido detectados previamente con claridad. (...) Estos equipos se taponearon desde el punto de vista funcional, (...) el proceso volvió a tener su mismo criterio, de paciente descompensado en reiteradas oportunidades al Hospital Vilardebó, del Hospital Vilardebó a las colonias. (17/02/20)

El Dr. Porciúncula relata que, en lugar de absorber a aquellos pacientes que ya estaban identificados, los nuevos equipos absorben *“situaciones vivenciales que estaban latentes en la comunidad.”* Alude además a la falta de formación de los equipos para este tipo de situaciones.

Si bien, como menciona Porciúncula, dicho Plan no consiguió el fin de desagotar la atención en hospitales psiquiátricos, algunos de los cambios en él contenidos, como la descentralización de la asistencia con la creación de policlínicas territoriales, y el fortalecimiento y creación de algunos dispositivos alternativos a la hospitalización para pacientes crónicos como los Centros Diurnos y las Casas de Medio Camino (Baroni, 2015, p.1), sí fueron antecedentes de propuestas posteriores.

Asimismo a partir de 2009 se comienza a trabajar en la creación de un Anteproyecto para la implementación de una nueva Ley de Salud Mental. Esta iniciativa surge a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, en el marco del cual se conforma la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental (CATP- PNSM) dependiente del Ministerio de Salud Pública, para la elaboración de dicho anteproyecto.

Además, en 2012 se constituye la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida digna en Uruguay, un espacio conformado por colectivos universitarios, de usuarios de servicios de salud mental y de familiares que buscó aportar a la discusión acerca de las políticas de salud mental desde una perspectiva que tome en cuenta la problemática que enfrenta el usuario de los servicios de salud mental en relación a las condiciones de internación, a la situación de vivienda, salud física, alimentación e inserción laboral (Cardozo, 2014).

Cuando se creó la CATP, desde la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay se publicó un editorial en donde se definía a la enfermedad mental como una *“patología de la libertad”* (Pardo, 2009, p.3). Pardo toma este concepto que elaborado originalmente por Henry Ey, para referir que el sujeto queda coartado por la propia patología que padece de elegir libremente

respecto a qué es lo mejor para sí mismo. Debido a esto es que en ocasiones se niega a recibir los tratamientos que la psiquiatría le provee, como la internación o la terapéutica farmacológica (Pardo, 2009, pp3-4). Se justifica de este modo el encierro al delimitar que el mismo es consecuencia de la propia patología (por su disrupción y la potencial peligrosidad que genera en el sujeto) y no de las políticas de salud mental que existen en cada época.

La discusión queda a partir de esto truncada, ya que no se logra llegar a un consenso entre los distintos colectivos que integraban en ese momento el grupo de redacción del anteproyecto. Además, en dicha editorial el autor argumenta respecto a la primacía de la psiquiatría como disciplina habilitada para abordar a los sujetos con patologías psíquicas, lo cual obstaculiza las posibilidades del diálogo interdisciplinar para concretizar un proyecto de tal envergadura:

Para los que pretenden un abordaje integral biológico, psicológico y social les decimos que la psiquiatría es la única disciplina que puede abordar a los pacientes desde esta triple perspectiva, pudiendo hacerlo por la amplitud y extensión de su formación médico - psicológica.

Las otras profesiones (...) pueden ofrecer un saber valioso por cierto, pero también parcial y falto de integración. (Pardo, 2009, p. 1)

Sin embargo, del anteproyecto elaborado en 2009 se destaca como aporte novedoso que se pretende generar un modelo de atención integrada, que incluya la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción. A su vez se visualiza a la internación como un recurso extraordinario y no como el único posible.

En marzo del 2015, tras el cambio de gobierno y el episodio en el cual un hombre que desde hacía cincuenta años residía en uno de los asilos de nuestro país fallece luego de ser atacado por una jauría de perros, se cataliza la discusión (Rey, 2015).

El Dr. Porciúncula refiere al respecto que tanto en el proceso de cierre del Hospital Musto, como en la constitución de la ley de salud mental, los eventos de “*conmoción pública*” fueron determinantes para catalizar los procesos de cambio.

Luego del trágico episodio se conforma un Grupo de Trabajo sobre Salud Mental que reúne a representantes del gobierno, de sindicatos, de organizaciones sociales y de la academia.

Se observa de este modo cómo la salud mental ha sido terreno de disputas y discusiones no saldadas.

A partir de un arduo proceso de discusión y de los hitos anteriormente mencionados es que se da como resultado la Ley de Salud Mental de 2017, con su carácter de ley “híbrida” al decir de Baroni (2018). Una de las cuestiones que se desprenden de esto es el vacío que se observa respecto, entre otras cuestiones, a los procesos de hospitalización de pacientes

psiquiátricos. No queda claro cómo se realizará la transición de hospitales monovalentes a hospitales generales, ni qué medidas se tomarán para lograr dicha transición. Se menciona el fortalecimiento de las redes socio-comunitarias y de la atención en primer nivel de salud, pero no se menciona qué tipo de objetivos y de tratamientos se desplegarán a la interna de los prestadores actuales, que cubren la mayor parte de la asistencia de los pacientes psiquiátricos. Tampoco existen documentos que recaben la visión de los protagonistas al respecto.

Previamente, la Ley 9.581 (llamada “Ley del Psicópata”) era el único marco legal de regulación de la salud mental. Dicha ley se enfocaba en la internación y en la atención centralizada en hospitales, casas de salud o sanatorios como modalidad asistencial de los pacientes psiquiátricos. Se dedicaba principalmente a establecer las condiciones de internación tanto voluntarias como involuntarias, pero no definía qué se entiende por salud o enfermedad mental ni se aboca a construir un panorama de mejora de la situación de esta población.

Cabe destacar sin embargo que en el artículo 15 se hacía referencia a que la internación involuntaria apunta a la compensación del paciente y que nunca debería ser utilizada como modo de sanción por haber trasgredido la ley. En la práctica se observa que es harto frecuente que los sujetos sean internados para cumplir penas, penas que no tienen por ser inimputables, lo cual redundaría en que simplemente queden internados hasta que judicialmente se disponga su egreso (Ley 9.581, 1936). Se visualiza de este modo que hay prácticas en la institución hospitalaria que trascienden a la normativa vigente en cada época, que se instituyen debido a otras dimensiones, como ser la falta de posibilidades reales de residir en otro lado luego del alta, las prácticas clínicas y de los propios sujetos que en ocasiones piden sostener sus internaciones, así como la ley puesta en práctica, en donde se juegan otros factores como el imaginario de peligrosidad asociado a la locura, cuestión en la que se profundizará luego.

La modalidad asistencial de la hospitalización pasa de ser la norma, como lo determina la ley de 1936, a una práctica que debe evitarse en la medida de lo posible.

Tanto la nueva ley como la bibliografía publicada por los actores competentes en el tema (Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Asamblea Constituyente, entre otras) parten de la utilización de terminología que puede ser interpretada de manera muy diversa de acuerdo al actor y a la disciplina. Se da por sentado qué se entiende por “manicomio”, o “asilo”, o por “libertad”. Éste último significativo, como se mencionó, ha sido utilizado por la psiquiatría, respecto a la cual la locura sería una “patología de la libertad” (Pardo, 2009, p. 3) pero también de parte de otras voces, respecto a las cuales la institucionalización del paciente en las condiciones actuales conllevan necesariamente una pérdida de la libertad para el mismo (Baroni, 2018). Si bien ambas no-

ciones no son excluyentes, son presentadas en términos de opuestos, en una utilización política sobre todo de la definición que toma Pardo que proviene del organodinamismo de Henry Ey. No es lo mismo identificar, por ejemplo, internación con encierro, o internación con cura.

3.3. Del Vilardebó al Musto, del Musto al Vilardebó, ¿en dónde caben?

El Hospital Vilardebó, dependiente del Departamento de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables (DSMPV) de ASSE, es hoy por hoy el único hospital monovalente de referencia nacional para pacientes psiquiátricos agudos del Uruguay (Romano et al. 2018). Esto implica que toda la población uruguaya que se asiste en ASSE tiene la posibilidad de ser atendido allí. A su vez, es el principal destino para aquellas personas que cometen delitos con carácter de inimputabilidad, ya que no existen prácticamente otros servicios que cuenten con salas de internación con medidas de seguridad dentro del ámbito público ni privado.

Creado en 1880 como Manicomio Nacional, este hospital marca uno de los hitos del nacimiento de la modernidad en Uruguay (Casarotti, 2007), dado que previamente no existía una institución específica para tratar a los pacientes con patologías mentales. En la época colonial los considerados locos eran parte del conjunto de mendigos que vivían de la caridad, y eventualmente eran reclusos en conventos o calabozos si su conducta se desviaba de la normativa establecida, junto a cualquier otro sujeto que cometía un delito (Casarotti, 2007). Más tarde, hacia el 1858 comenzaron a ser internados en el Hospital de Caridad. Cuando la población de pacientes de éste tipo fue en aumento y ya no alcanzaba el lugar para albergarlos se arrendó la casa quinta de la familia Vilardebó para inaugurar allí, en 1860 el “Asilo de Dementes”, posterior Manicomio Nacional y que en 1910 comenzó a denominarse Hospital Vilardebó. En dicho hospital se consolidó la psiquiatría como disciplina en nuestro país, ya que allí funcionaba en primer lugar la Cátedra de Psiquiatría y posteriormente la Sociedad de Psiquiatría (Casarotti, 2007).

Por otra parte, en 1912 se creó la “Colonia de Alienados” Bernardo Etchepare en el Departamento de San José, para dar respuesta a la creciente demanda de asilo de pacientes que ya no podía ser resuelta por el Hospital Vilardebó, institución que tenía la cifra más alta de internos de América Latina. “En 1921 se comenzó a internar mujeres y en la década de 1950 se habilitaron dos pabellones infantiles -que fueron cerrados en la década de los 80 - y se inaugura, en un predio vecino de 30 hectáreas, la Colonia “Dr. Santín Carlos Rossi”. (INDDHH¹⁹, 2017, p-4) Según los datos recabados por el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), “sumada al Hospital Vilardebó vieron elevar el número de asilados hasta cerca de 5.000 personas a mitad del siglo (...)” (2017).

Es así que durante el siglo XX la principal respuesta que nuestro país dio al problema de la salud mental fue la internación asilar, es decir, que los sujetos catalogados como

¹⁹ Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Es un organismo del Poder Legislativo que se encarga de monitorear el cumplimiento de los derechos humanos en nuestro país

enfermos mentales pasaban a residir en el Hospital Vilardebó o en las Colonias de Alienados.

Muy posteriormente, en el año 1981 se creó el Hospital Musto, en el contexto del Ministerio de Salud Pública de la dictadura cívico militar que atravesó nuestro país entre el 1973 y el 1984, para la asistencia de los pacientes agudos. Según Ginés “la decisión de habilitar el Hospital Musto se había tomado al margen de todo intercambio democrático” (2003, p. 174). El autor refiere que la decisión de establecer a pacientes agudos en la periferia de la ciudad fomentó el aislamiento de los mismos, lo cual no redundó en un mejor abordaje de su patología.

Según el Dr. Porciúncula:

Es un hospital que visto desde el punto de vista de la seguridad del paciente no reunía las condiciones: era un hospital en altura (...) con mucho campo alrededor y alejado. (...) Se creaba una especie de triángulo de las bermudas, porque estaba el Hospital Saint Bois, el Instituto Hanseniano y el Musto en una especie de triángulo fatal donde los que iban al Saint Bois dejaban de ser vistos porque tenían tuberculosis, lo que iban al hanseniano dejaban de ser vistos porque tenían lepra y los que iban al Musto dejaban de ser vistos porque tenían la locura entre comillas. (17/02/20)

Hasta ese entonces los pacientes psiquiátricos eran atendidos en el Hospital Vilardebó y en las colonias de alienados Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. En esa época, como se mencionó, se abrió el Hospital Musto y se planificó el detenimiento de los ingresos al Hospital Vilardebó. Según Ginés “el Ministerio de Salud Pública de la dictadura había resuelto degollar a golpe de sable, el Hospital Vilardebó.” (2003, p. 172).

El primero de agosto de 1983 se realizó un traslado masivo de pacientes del Hospital Vilardebó a las colonias de alienados, traslado con el cual, ni los usuarios ni los familiares ni los funcionarios del hospital estaban de acuerdo (Ginés, 2003). Según Ginés dicho traslado respondió a un mandato del Ministro de Salud Pública de la dictadura, quien se refería a los pacientes como “irrecuperables” por lo que invertir en mejorar sus condiciones de vida de no tenía sentido alguno.

Porciúncula, quien fue director del Hospital Musto a inicios de los noventa y director técnico del Hospital Vilardebó de 1995 a 1999, refiere que:

Hay una intención en el proceso de la dictadura previo al año 1985 de cierre del Hospital Vilardebó y de utilizar lo que era el proyecto del hospital norte, que es lo que era el hospital Musto, que no estaba pensado como hospital psiquiátrico, para trasladar los pacientes hacia allí. En ese momento el concepto que se tenía era un concepto muy asentado históricamente de poner la locura cuanto más lejos mejor, y yo creo que

en ese momento había la intencionalidad que la parte edilicia y física del Vilardebó, que actuaba como pulmón oxigenador por los verdes, que había una intención de usarla para alguna otra cuestión que desconozco. (17/02/20)

Además del motivo presupuestal podría pensarse que la dictadura arremetió contra el hospital que fue centro del desarrollo académico de la psiquiatría. Numerosos artículos escritos por psiquiatras en años posteriores a la apertura democrática tratan sobre la consolidación de la Cátedra de Psiquiatría. Daniel Murguía, reconocido psiquiatra del siglo XX, que fue testigo de los cambios coyunturales de fin de siglo, describe al hospital como el “símbolo de la Ciencia Psiquiátrica nacional” (1983, p. 217). Porciúncula añade a esto que: *“El logo de la Sociedad de Psiquiatría, es el Vilardebó con las nubes. El Vilardebó es Millán 2515. Andá a buscar la chapa, no está, pero todo el mundo sabe que Millán 2515 es el Vilardebó”*.

Murguía escribió en ese contexto una interesante observación respecto al Hospital Vilardebó:

(...) los pacientes asilares del Hospital Vilardebó, algunos con muchos años de permanencia en dicho establecimiento, han logrado establecer una red de relaciones interpersonales entre sí, en cada sala, organizando su vida de modo comunitario, a la manera de una gran familia, en la que aquellos aún válidos, ayudan y auxilian a los discapacitados por su enfermedad mental o por incidencias somáticas. El traslado que se está efectuando interrumpe esa red de relaciones; los pacientes deberán hacer frente a una situación compleja en la que estará presente el desarraigo, con pérdida de su “hábitat”, de la ayuda física que los inválidos recibían de aquellos aún válidos y capacitados, con quiebra de las precarias posibilidades de socialización que les concedía el ambiente comunitario de la sala en que residían, verdadero mundo estrecho, pero mundo al fin. Con ello la descomposición psíquica se producirá en todos, de modo inexorable (...)

(Murguía citado por Ginés, 2003)

La cita de Murguía es destacada por Ginés para dar cuenta de la defensa de dicho autor respecto a la institución, en el contexto de cierre. Lo llamativo es que la retórica argumentativa no apela a la calidad asistencial sino a las prácticas que los sujetos desarrollan al estar internados, a su rol activo y sus posibilidades de hacer con lo que les es dado. Ginés (2003) refiere que el propio Murguía era crítico respecto a la realidad en la que habitaban los pacientes en aquella época (condiciones edilicias, de higiene y de satisfacción de necesidades básicas deplorables), por lo cual suena coherente que Murguía no apele a dichas dimensiones para defender a la institución. Aun así cabe destacar que no apela a la calidad de la labor

disciplinar sino a lo que de novedoso logran construir las personas internadas en un contexto que, por lo que sus propias descripciones dejan entrever puja aunque sea involuntariamente por obstaculizar la construcción colectiva y la autonomía de los pacientes: “‘Todo era dolor... en aquel panorama dantesco’ fue el comentario que realizó respecto a su época como estudiante allí”. (Murguía, citado por Ginés, 2003).

Como se mencionó entonces, se creó el Hospital Musto, y se detuvo el ingreso de pacientes al Hospital Vilardebó. Simultáneamente se comenzó a realizar un traslado forzoso de pacientes del Vilardebó a las colonias. Según Ginés, Porciúncula y Arduino (2005) la intención era lograr el cierre definitivo de dicho hospital, cuestión que no se logró gracias al esfuerzo de los familiares.

En esas circunstancias se genera un movimiento de defensa del Hospital Vilardebó bien interesante porque en realidad los que lideraron ese movimiento fueron los familiares de algunos pacientes. Me viene a la mente el nombre de la familia R, de la señora R que después va a aparecer en otras oportunidades en otros procesos, que ellos tenían a un familiar a un hijo internado en el hospital y se resistían al cierre, se generó un movimiento contra el cierre (...). Esto fue previo al año 1985, concomitante con la apertura del Musto. (17/02/20)

Hasta 1996 el Hospital Musto fue el principal centro de atención público para pacientes psiquiátricos agudos. Casarotti y Pereira (2000) refieren que a pesar de ser un centro nuevo que se crea “para pacientes de ‘corta estadía’, (...) rápidamente se fue transformando en un nuevo hospital de crónicos marcado por los estigmas del estilo asilar (de abandono, etc.)” (s-d).

Según Ginés (2003) la creación del Hospital Musto y la nueva dinámica establecida no generó una solución a la problemática previa de superpoblación del Hospital Vilardebó. Según el autor:

El Hospital Vilardebó –en Montevideo– y la Colonia de Alienados en el departamento de San José –a 70 kilómetros de Montevideo– constituyeron durante un siglo el problema más importante de salud mental del Uruguay, y devinieron una cuestión insoluble, dolorosa e inaceptable. El traslado de pacientes desde todos los confines del país –emigración forzada con interrupción de los vínculos familiares y de otras relaciones entrañables– provocó la concentración masiva de personas con un trayecto sin retorno, cuya primera estación de algunos años era el Hospital Vilardebó –durante un corto período el Hospital Musto– y su destino final la Colonia de Alienados.

La calidad de la internación y del asilo fue, en general, muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas. Esta

afirmación es válida, con excepciones, para todo el período histórico y para todos los protagonistas del fenómeno asilar, principalmente para los pacientes y sus familiares, pero también para el personal de salud en cualquiera de sus actividades. (p. 50)

Porciúncula añade que el supuesto fin de ir desagotando el Hospital Vilardebó por falta de pacientes no se cumplió con la apertura del Hospital Musto, dado que: *“la apertura del Hospital Musto implicó no una disminución del Hospital Vilardebó sino que al poco tiempo habrá una duplicación de la población entre los dos hospitales. El Hospital Musto abre con 200 y pico de camas y al tiempo tiene en total 300 camas.”* (17/02/20)

A su vez, comenzaron a elevarse voces en la apertura democrática que criticaban fuertemente las condiciones del Hospital Musto. En el año 1996 la Clínica Psiquiátrica, a través de una editorial publicada en el diario El País, expresó su malestar respecto a ésta situación²⁰ (Ginés, 2000). A esto se añade el fallecimiento de varios pacientes por hipotermia (Sindicato Médico del Uruguay, 1996) lo cual catalizó el cierre definitivo de dicho hospital.

Porciúncula refiere en relación a dicho proceso:

Era una situación espantosa, dramática, compleja, cuando comienzo mi trabajo en el Hospital Musto (...) Cuando yo asumo la subdirección (...) es producto de que había habido una situación de pacientes que se habían arrojado al vacío; (...) nos vamos a encontrar con los episodios que implican dramatismo y repercusión pública que son los verdaderos generadores o uno de los generadores que llevan a los cambios y a buscar otras alternativas. (...) con algunos colegas empezamos a trabajar en modificar las cosas que estaban sucediendo en ese momento en el hospital. (...) Habían 300 y pocos pacientes (...) una enfermera por minuto por paciente siempre y cuando la enfermera no parara de trabajar en ningún momento. (...) Comían sentados en el piso. Con el cambio de gobierno pongo mi cargo a disposición (...) En ese escenario comienza el proceso de superación progresiva del Hospital Musto. Hay una situación compleja con la muerte de tres pacientes. (...) Se genera un movimiento de los psiquiatras (...) con denuncias (...) se genera una situación de conmoción pública, se produce la interpelación del Ministro y ahí comienza el proceso de cierre del hospital. (17/02/20)

Al cerrar el hospital Musto, en el año 1996, se reconfiguró el Hospital Vilardebó para asistir a los pacientes agudos que hasta ese momento eran internados en el Musto. (Ginés, Porciúncula y Arduino, 2005).

²⁰ La editorial se titulaba: “Declaración de la Clínica Psiquiátrica en relación a los problemas de notoriedad en el Hospital Psiquiátrico Musto”.

Según Acuña “El Hospital Musto contaba en el momento del cierre con 350 camas, y era el hospital de agudos aunque, fundamentalmente, albergaba pacientes crónicos. El Hospital Vilardebó, que tenía 250 camas, las aumentó a 300”. (Acuña, 2004, p. 195). Refiere el autor por otra parte:

El supuesto que manejaban las autoridades del MSP en el momento de cierre del Hospital Musto, era que el equipo multidisciplinario inserto en la comunidad (reforzamiento del primer nivel de asistencia) compensaría la pérdida neta de camas de internación actuando como un factor de contención, de prevención de las descompensaciones de los pacientes y, por lo tanto, mejoraría la calidad de asistencia, lo que traería aparejada una menor frecuencia y más breve duración de las internaciones. (Acuña, 2004, p. 195)

A su vez, según Porciúncula:

El cierre del Musto estaba en la planificación del gobierno en ese momento conjuntamente con el cierre de otras instituciones. (...) El único que se concreta en ese período por la situación de múltiples crisis es el cierre del Musto que implicaba un ahorro entre comillas de un millón de dólares. Con ese millón de dólares de supuesto ahorro se planificó lo que era la atención comunitaria. Hasta ese momento no había equipos de salud que contaban con psiquiatras (...). El proceso de transformación que implicaba tres cosas (...) implicaba la transformación de del Hospital Vilardebó en un centro de atención de agudos, la generación de equipos de salud mental comunitarios en el país, sacando los psiquiatras de los hospitales hacia la periferia, (...) y ese supuesto millón de dólares de ahorro iba a determinar esto otro. (17/02/20)

Según Baroni (2016) el objetivo de que el Hospital Vilardebó se transformara en un hospital de agudos fracasó, es decir, que no logró dejar de trabajar desde el modelo que sienta sus bases y continuó funcionando como “asilo de dementes”. Porciúncula por su parte refiere que el Hospital Vilardebó se encontraba realizando un proceso de cambios que buscaba bajar el promedio de días de internación y de camas disponibles, pero que, con el cierre del Hospital Musto rápidamente alcanzó y superó el número de camas con el que contaba anteriormente. A su vez alude, como ya fue descrito, a la rápida saturación de los dispositivos territoriales de asistencia que se crean con el PNSM y se buscan consolidar tras el cierre del Hospital Musto.

Fernández y De León (1996) refieren además a que el cambio de modelo del Hospital Vilardebó (de asilo a hospital de agudos) se dio a causa de un plan de recorte presupuestal (el paciente asilado tiene un costo muy alto para el estado) y no a causa de una transformación en el modelo asistencial.

En la recopilación de los eventos acaecidos en relación a los hospitales psiquiátricos de nuestro país en las últimas décadas, se observa que la realidad de dichos establecimientos ha sido muy cambiante y ha dependido de intereses y de voluntades políticas divergentes. Pareciera que la cuestión de algunos sujetos de no encontrar un lugar en donde quedarse, no es patrimonio de esos sujetos individuales, sino que parece entrar en relación con la cuestión social respecto a dónde ubicamos a los locos.

3.4. Estado de situación actual

Existen diferencias entre los voceros de la psiquiatría y de la psicología en cuanto a si en nuestro país había comenzado un proceso de reforma en salud mental o no en los años previos a la aprobación de la nueva ley, y por consiguiente en qué punto respecto a las transformaciones se encuentra Uruguay actualmente.

Ejemplo de esto es la referencia que hace Romano (2018) respecto a que, en la actualidad y a partir de eventos tales como la consolidación de salas de salud mental en hospitales generales del interior, el Hospital Vilardebó estaría comenzando a dejar de funcionar desde el modelo asilar. Sin embargo, la misma autora arroja datos que parecen contradecir esa sentencia. Refiere por ejemplo que en el 2018 el 43 % de los usuarios pasaban internados entre dos y seis meses, y el 42 % lo hacían durante más de seis meses (Romano, 2018). Frente a esto propone que esa realidad se debe a las situaciones judicializadas, en la que el egreso no depende del equipo técnico a cargo de la sala sino de lo que a nivel judicial se dictamine.

Ensayo como otra posible causa, que el Hospital Vilardebó continúa siendo “referencia para algunos departamentos en los que la lógica asistencial persiste en los modelos asilares y hospitalocéntricos, y derivan al hospital los casos que generan mayores dificultades” (Romano, 2018, p. 10).

Baroni, por otra parte, destaca en 2015 que las internaciones a ese momento no superan los sesenta días (párrafo 4), dato del cual se desconoce la fuente y que no es consecuente con la información arrojada por Romano tan solo tres años después. (p. 1).

Se visualiza en relación a lo antedicho una falta de sistematización de la información sobre las hospitalizaciones, que se maneja con flexibilidad y de acuerdo a la interpretación de cada autor y de acuerdo a esto puede transmitir ideas muy disímiles respecto al estado de situación actual.

Según Acuña (2004): “los días de estadía de los pacientes en el Hospital Vilardebó: comenzaron a caer en 1995 y siguieron cayendo hasta 1997. El nuevo funcionamiento del hospital estaba dando resultados que hacían posibles los cambios. Hoy tenemos un leve pero sostenido aumento en esta variable en las salas generales. En la sala de seguridad dependemos de la diligencia del Poder Judicial para otorgar las altas solicitadas. (p. 195). Al respecto Cano (2011) analiza que el descenso en los ingresos referido por Acuña es resultado de:

(...) una fuerte re-organización institucional del Estado mediante reformas promovidas por organismos multilaterales de crédito como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Así, en el marco de las concepciones y transformaciones impulsadas por dichos organismos, el manicomio es también resignificado, y pasa a concebirse como un establecimiento “pesado” cuyo costo económico es demasiado alto para el Estado. En este contexto comienza a aplicarse la política de “rápido egreso” de los pacientes de las instituciones psiquiátricas, frecuentemente de la mano de una retórica progresista de crítica al manicomio como institución represiva. Sin embargo, esta política no fue acompañada por el desarrollo de estructuras y equipos de salud mental a nivel territorial, ni por suficientes programas de asistencia y prevención capaces de acompañar y favorecer el proceso de reinserción social de las personas internadas. En síntesis, en este período se abren las puertas del manicomio sin generar una alternativa terapéutica y social a la reclusión manicomial. (p. 11)

Expresa que el período en que la salud mental se encuentra desde hace varias décadas hasta la actualidad puede denominarse como de “de abandono del loco” (p. 14), y es un período que define como “contradictorio y difícil de comprender” (p. 14), debido a que se promueve la salida de los usuarios, partiendo de la base de que las medidas de encierro perpetúan y empeoran la situación de salud mental, pero no dan propuestas alternativas a los sujetos que ya se han visto negativamente influenciados por la iatrogenia de años de encierro.

Baroni (2016) refiere además que “el Dr. Ginés (1998) se apresuró a plantear como ‘el ocaso del asilo’” (párrafo 11), en respuesta a un artículo publicado por dicho autor en la *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay* que lleva ese título. Según la autora, lo que ocurrió en los años noventa, cuando cierra el Hospital Musto y se reconfigura al Hospital Villardebó es un “entrecruce locura y pobreza” (párrafo 1) que obliga a la interinstitucionalidad a dar respuestas a la desinstitucionalización que se había implementado.

Visualizo una contradicción entre las posturas que visibilizan que el cambio de modelo y de paradigma está ocurriendo, y que inició en los ochenta con el Plan Nacional de Salud Mental, y las que refieren que los intentos de los ochenta y noventa han fracasado. Si bien ambas posturas aluden a distintos motivos coinciden en que no se ha logrado que haya dejado de haber personas que requieran la internación como medida terapéutica ordinaria y por un largo período de tiempo.

Así, se observa que existen al menos dos modelos en pugna en materia de salud mental en nuestro país, con expresiones político-institucionales concretas que tienen efectos diversos sobre la realidad de las personas y las instituciones de ayer y hoy.

Desde la psiquiatría se observa un discurso evolucionista, según el cual se viene forjando un cambio desde la creación del PNSM (Plan que Acuña cataloga como “nuestro” para

referirse al colectivo de psiquiatras) y se enuncia desde hace muchos años que se está viviendo un proceso de “ocaso del asilo” (Ginés, 1998).

Desde la psicología por otra parte, con la cristalización de su postura en fenómenos concretos como la Asamblea Instituyente o el Anteproyecto de Ley de Salud Mental del 2009, se visualiza que aún falta mucho camino por andar para poder hablar de un cambio de modelo en la asistencia en salud mental.

Como se refirió, en 1996 cierra el Hospital Musto. Por otra parte, en 2016 se cierran las colonias de alienados Etchepare y Santín Carlos Rossi, y se crea en su lugar el Centro de Rehabiliación Médica Ocupacional y Sicosocial (CE.RE.MOS). A su vez, a CEREMOS se permiten los ingresos sólo por disposición judicial, lo cual es un intento de comenzar el cierre progresivo de dicho centro, de acuerdo a lo establecido por la nueva Ley de Salud Mental. Cabe destacar que igualmente este proceso viene siendo dificultoso ya que, según el INDDHH los programas de egreso son insuficientes, y el prestador contabiliza como egresos las defunciones, que al 2017 eran un 50% de dichos egresos (INDDHH, 2017).

En este contexto, el Hospital Villardebó es hoy por hoy la única institución que se mantiene desde la época previa a todos los intentos de reforma. Se entiende por tanto que se ha vuelto una trinchera en la cual se ponen de manifiesto múltiples intereses e imaginarios respecto a la enfermedad mental y los ideales de solución de la situación actual.

En una de las observaciones de campo realizadas durante la presente investigación, se advirtió un cartel en la puerta de la sala de Electroconvulsivo Terapia que rezaba “No al cierre del Hospital Villardebó”, firmado por la Comisión Interna del sindicato de funcionarios de dicha institución. ¿Qué intereses están detrás de esta declaración? Se entiende necesario poder aportar a comprender qué significa dicho hospital para los distintos actores que lo componen en pos de pensar en un cambio que no reproduzca lo ocurrido con la única experiencia previa de desinstitucionalización en nuestro país, la del Hospital Musto, que es por todos los actores valorada como negativa.

Cabe recordar, por otra parte, que el artículo 38 de la nueva Ley de Salud Mental se prohíbe la internación de personas en los centros asilares existentes. No se detalla en la ley cuáles son dichos centros. En este punto el Hospital Villardebó se encuentra formalmente en un lugar contradictorio, dado que como ya se refirió figura desde los noventa como un hospital de agudos. Sin embargo los propios actores involucrados en la temática describen que los promedios de estadía en dicho hospital son sumamente altos. No figuran datos de público conocimiento respecto a éstos tiempos de estadía (los monitores realizados por el INDDHH se centran únicamente en las salas de pacientes judiciales) pero se sabe que en los últimos años dicho servicio de salud ha tenido que rentar camas en centros de internación privados por no contar con plazas disponibles.

Cabe pensar en este punto que la ley al ser un “híbrido” entre distintos paradigmas deja librado a la interpretación puntos como este, de qué se entiende por “establecimiento

asilar”, lo cual puede redundar en que se sigan sosteniendo prácticas como las que se sostienen actualmente en el Hospital Vilardebó, de personas que viven allí desde hace muchos años, y no necesariamente por una situación de judicialización.

Por otra parte, también se entiende que en esta coyuntura es necesario hacer la salvedad que destaca Cano (2011), respecto a que: “La lógica manicomial no desaparece con la desaparición del manicomio. De algún modo, desmanicomializar implica fundamentalmente concebir modelos de convivencia superadores del “canibalismo simbólico” (pp. 15-16). Refiere que el dispositivo manicomial, es decir, el conjunto de prácticas que se constituyen en primer lugar en los manicomios, de encierro, disciplinamiento y control de los pacientes psiquiátricos, corre riesgo de, en el momento actual, trasladarse al conjunto social, independizándose del establecimiento que le dio origen (2011, p. 12).

Cano establece el supuesto de que dichas lógicas represivas puedan verse enfocadas hoy por hoy en otro tipo de población, como “los jóvenes pobres clasificados-estigmatizados-hiperintervenidos y encerrados como ‘menores infractores’.” (2011, p. 15-16). Se destaca este señalamiento como antecedente de la investigación actual, ya que Cano refiere que se da un desplazamiento del encierro del loco al encierro del menor infractor. Se verá luego que más que un desplazamiento, se da un continuo, en donde hoy por hoy el encierro comienza como un intento de amparo estatal de niños no criados por sus familias, continúa con una adolescencia marcada por las primeras internaciones psiquiátricas por cuadros agudos y consumo de sustancias psicoactivas, y finaliza con el diagnóstico de “patología crónica” y las consecuentes internaciones en el hospital psiquiátrico. Los asilos de otra época recibían niños, que en algunos casos, como todavía se ve en las ex colonias de alienados, permanecían el resto de su vida allí. Hoy por hoy, y desde los cambios acaecidos en las últimas décadas, se ha diversificado la modalidad de amparo estatal de aquellos sujetos que por diversas razones no construyen un existir por fuera de la institucionalización. Puede que esto haya redundado en que, en lugar de mantener una situación de internación crónica, los sujetos se vean empujados al reingreso frecuente en una multiplicidad de instituciones, de acuerdo a la etapa vital y a la coyuntura política actual que mantiene entes especializados de acuerdo a la edad y al tipo de problemática que aqueja a cada sujeto.

Según Cano (2011) a partir del 2000 se detiene la tasa de descenso de ingresos y se configura un nuevo equilibrio, marcado por “la dinámica de reingreso permanente a falta de una inserción social de la persona que egresa del manicomio” (p. 15). Lo llamativo es que esta dinámica de reingreso se sostiene en la nueva práctica de egreso rápido, lo cual entra en contradicción con la información aportada respecto al promedio de permanencia de los pacientes en el Hospital Vilardebó, que al 2018 era de entre dos y seis meses como se refirió anteriormente.

El Hospital Vilardebó ha sido históricamente un terreno en disputa. Por lo tanto, en el momento actual, momento ferviente de discusión en relación al tema de la salud mental,

queda en la mira y coexisten en él distintas voces y visiones sobre el tema, debido a que la enfermedad/salud mental como categoría es una discusión no saldada. Definir qué es la locura, o qué es la enfermedad mental, si es que ambas nociones pueden considerarse análogas, redundante en definir quién es el guardián de dicho campo de la salud. Es así que, al no ser tan clara y unívocamente objeto de estudio de la medicina, ha generado una gran dificultad en lo que refiere a pensar transdisciplinariamente un mismo campo de problemas.

La psiquiatría pasa gran parte de principios de siglo construyendo su campo disciplinar, intentando diferenciarse de otros como la medicina legal y la medicina biologicista. Toledo, Almada y Villalba refieren que:

Berrios (2011) denomina a la psiquiatría como una disciplina híbrida. Es decir, una disciplina que se da en esa intersección de lo natural y cultural. Esta apreciación no es menor, ya que las dificultades epistemológicas de la disciplina surgen justamente debido al carácter híbrido de la misma. Lanteri Laura (2000) sugiere que la psiquiatría sólo puede estudiarse distinguiendo epistemologías regionales, es decir 'sin que ningún metalenguaje pueda ser capaz de unificarlas (p. 303)' (2018-2019, p. 260).

La imposibilidad de metalenguaje que plantean los autores no entra en consonancia con el criterio unificador de los manuales de psiquiatría actuales. Eso redundante en la dificultad de establecer prácticas singulares con un enclave local para abordar los problemas de salud mental de nuestra población en particular, desde una mirada integral de los sujetos.

4. Diseño metodológico

4.1. Sobre la metodología cualitativa y la posición epistemológica

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de la presente investigación es aportar conocimiento a la comprensión del fenómeno de reingreso frecuente en pacientes psiquiátricos del Hospital Vilardebó.

Entendí indispensable utilizar una metodología de tipo cualitativo, basada en un diseño estratégico (Vasilachis, 2006), es decir que la misma pudiera ser modificada en el transcurso del proceso de investigación de acuerdo a las adaptaciones que la toma de contacto con los sujetos y con la institución requirieron, lo cual de hecho fue necesario.

Los estudios que anteceden al actual abordan la temática utilizando metodologías cuantitativas de tipo descriptivo y correlacional. La presente propuesta buscó abordar el fenómeno desde otra mirada, para lo cual el enfoque cualitativo se entendió pertinente, dado que la intención era acercarse a lo que los sujetos, catalogados por otros como de “reingreso frecuente”, tenían para decir respecto a sí mismos, y poder discriminar las singularidades dentro de esta denominación de conjunto.

Cuando se habla de que se buscó recabar el decir de los sujetos respecto a sí mismos, esto involucra dos connotaciones epistemológicas que subyacen a la metodología empleada que aquí se presenta, y que dan fundamento al por qué el trabajar sobre este decir tendría relación alguna con el fenómeno de reingreso frecuente.

En primer término, caracterizo al fenómeno de reingreso frecuente como un fenómeno positivo (Ferrater, 1964). Me refiero a positivo en el sentido de que se pretendió encontrar su inteligibilidad en sí mismo y no en otra cosa que verse sobre ello. Busqué evitar un modo de abordaje que apunte a dar explicaciones causales o a extrapolar explicaciones que se aplican de manera descontextuada. Es decir, evitar un tipo de acercamiento al conocimiento desde el cual algo que en un momento dado explica algo puede ser desgarrado de ese fenómeno para explicar otro fenómeno de otra índole. Esto no quiere decir que no se puedan tomar modelos explicativos de otras épocas o de otras áreas que puedan aportar al fenómeno aquí estudiado. Este posicionamiento apunta a evitar redundar en explicaciones ya realizadas, tales como la que desde el discurso de la psiquiatría refiere que sería la patología como una entidad en sí misma la que genera el reingreso, o la que desde el campo de las ciencias sociales remite a la vulnerabilidad socio-económica como explicación última de lo que mueve al sujeto a retornar una y otra vez al hospital.

Lo antedicho se hace solidario con la noción de Agamben respecto al ejemplo como paradigma (2010). Según dicho autor, un ejemplo puede ser enaltecido a la categoría de paradigma, en el sentido de que puede ser estudiado en su lógica singular. Cuando se refiere a esta lógica singular se pretende hacer énfasis en su oposición a una lógica general. Se refiere a un modo de acercarse al objeto a conocer desde el cual es imposible llegar a un saber

general a partir de una sumatoria de ejemplos de los cuales se infiere un patrón comportamental.

La intención, tomando la postura de Agamben, fue partir de un enfoque que no tome al objeto de estudio como metáfora sino como analogía, es decir como ejemplo que genera inteligibilidad en sí mismo y no más allá de él, que puede sí ponerse en serie y puede llegar a decir algo respecto a otra cosa pero no ser explicado por esta otra cosa o explicarla. Al decir del autor (2010):

No se trata aquí de un significante que a menudo viene a designar fenómenos heterogéneos en virtud de una misma estructura semántica. Más parecido a la alegoría que a la metáfora, el paradigma es un caso singular que se aísla del contexto del que forma parte sólo en la medida en que, exhibiendo su propia singularidad, vuelve inteligible un nuevo conjunto, cuya homogeneidad él mismo debe constituir. Dar un ejemplo es, entonces, un acto complejo que supone que el término que oficia de paradigma es desactivado de su uso normal no para ser desplazado a otro ámbito sino, por el contrario, para mostrar el canon de aquel uso, que no es posible exhibir de otro modo. (S/d).

Esta proposición metodológica, pretende ir de lo particular a lo particular, y no de lo particular a lo general o viceversa. A partir de esta idea, no es posible explicar el fenómeno del reingreso frecuente desde la psicopatología o desde las carencias en la gestión de los servicios de salud, como refieren los estudios que se presentan como antecedentes. Es el caso mismo, de aquel que gira sobre la puerta del hospital y se sostiene en el par entrar/salir, en su singularidad, sobre el cual se entendió pertinente trabajar. “El fenómeno, expuesto en el medio de su cognoscibilidad, muestra la totalidad de la cual es paradigma.” (Agamben, 2010, s/d).

4.2. Sujetos participantes

En primer lugar decidí trabajar en ésta investigación con tres personas con quienes ya había realizado un abordaje clínico en mi inserción previa en el hospital como Residente de Psicología. Dos hombres y una mujer, los tres en el rango entre 20 y 35 años, que tuvieron múltiples ingresos en el lapso de un año y medio (2015 y mediados de 2016, período en que me desempeñé como Residente de Psicología y realizo el trabajo clínico con ellos). Elegí a éstos sujetos ya que a partir de lo trabajado previamente a la investigación, entendí que la cuestión del reingreso les implicaba plantearse preguntas y mostraban mucha disposición a hablar sobre el tema.

Uno de ellos era Daniel, un muchacho de aproximadamente veinte años, que expresaba en una entrevista de recepción en una de sus múltiples internaciones: “*a muchos*

internos nos pasa lo mismo, que cuando estamos afuera del hospital, queremos estar adentro, pero cuando estamos adentro, queremos estar afuera.”

Por otra parte Fredy, de aproximadamente treinta años, asociaba su permanencia intermitente en el hospital y su costumbre de permanecer en las puertas a que ingresaba y egresaba con mucha frecuencia de un hogar de amparo estatal, producto de la inestabilidad económica de su madre, que debía dejarlo allí cuando no tenía con qué alimentarlo.

En el proceso de trabajo clínico previo a la investigación que aquí se presenta recordó que la primera vez que atravesó una puerta (a patadas), fue en una de las incontables ocasiones en que su madre asiste a retirarlo del hogar. Cabe destacar que era habitual que en sus estadias en el hospital, o en la puerta del mismo, rompiera ventanas y puertas a patadas y puños.

Por último, Adriana, quien tenía alrededor de treinta y cinco años y vivía casi permanentemente dentro del hospital, donde lograba según el equipo que la atendía estar compensada rápidamente, pero cuando egresaba no permanecía más de tres días afuera, debido a que ella misma solicitaba en general volver a ingresar o era llevada por su pareja. Era muy conocida en el hospital, tenía un apodo allí forjado que marcaba su identidad²¹ y su pareja era también un ex paciente de allí.

El hospital tiene la práctica de realizar cada setiembre un concurso de belleza, en donde las mujeres internadas desfilan para ser elegidas como “reinas de la primavera”. En uno de dichos desfiles observé cómo Adriana era vestida y maquillada por el equipo de enfermería, ya que apostaban que podría ganar el desfile. Era por todos remarcado la belleza que seguramente caracterizaba a Adriana en otro tiempo (aludían a un tiempo previo al debut de su patología y por tanto el inicio de su vida ligada a las internaciones y el vivir en una situación de precariedad socio económica); las apuestas sobre ella no sólo eran respecto a si podría devenir reina; también se apostaba cuando era dada de alta acerca de cuántos días lograría permanecer afuera.

Los aires de nobleza de Adriana resultaban, según ella misma, su mayor condena. En una entrevista en el contexto del trabajo clínico previo a la investigación expresó que no lograba permanecer fuera del hospital ya que había sido criada “*como una princesita*”, debido a que sus padres adoptivos eran adultos mayores y de mucho dinero, y le daban todo “*en bandeja de plata*”. Es así que asociaba el estar habituada a que no le falte nada a la permanencia en el hospital, dado que allí también lo tenía todo.

Elegí a estas personas para participar de las entrevistas de investigación porque ya existía un vínculo entre ellos y yo, y porque se los notaba disponibles a dar cuenta de algo respecto a la repetición de sus ingresos más allá de la búsqueda de comida y abrigo.

²¹ El nombre de una estrella televisiva infantil de los 90 venida a menos que era conocida por su belleza física y su promiscuidad

Visualizaba que tenían momentos de adueñarse del recuerdo y no ser el recuerdo, es decir, de poder hablar sobre sus vidas ligadas al hospital.

Debido a los tiempos institucionales de aprobación de avales tanto del Comité de Ética del hospital como de Facultad de Psicología el inicio del trabajo de campo se vio demorado. En el lapso que no se tuvo contacto con el hospital, es decir durante el segundo semestre de 2016 y el 2017, se dieron varios cambios a nivel nacional que impactaron en el hospital; se destaca el cambio en el código del proceso penal a través de la promulgación de la Ley 19653 y la creación de la nueva Ley de Salud Mental que sustituyó a la anterior Ley del Psicópata del año 1936. Ambas leyes se promulgaron a fines del 2017. El trabajo de campo se inició a principios de 2018. El principal cambio que trajo la nueva Ley de Salud Mental es la promesa de cierre de las instituciones que funcionan bajo el modelo asilar de tratamiento de la patología mental, o de las que, como el Vilardebó son de tipo monovalente.

Estos hitos a nivel legal se dieron muy poco tiempo antes de que se iniciara el trabajo de campo. Es decir que cuando éste comenzó no había una implementación efectiva de dispositivos en relación a dichos cambios legales, pero sin embargo se vislumbraron cambios en la modalidad asistencial que redundaron en un cambio de mi estrategia de investigación.

Una vez obtenidos los avales éticos intenté sin éxito retomar contacto con los sujetos anteriormente mencionados. Como describí anteriormente, los sujetos elegidos eran Daniel, quien refería que a muchos “internos” les ocurría lo mismo que a él respecto a que cuando se encontraban internados querían salir y cuando se encontraban fuera del hospital querían entrar; Fredy, que refería que siempre vivió entrando y saliendo de instituciones, y Adriana, que expresaba volver al hospital por estar habituada a que le den todo.

En relación a Daniel, no lo vuelvo a encontrar en el hospital y ningún funcionario refería haberlo visto ingresar en el último tiempo.

Respecto a Fredy, en entrevistas con profesionales de la emergencia del hospital expresaban que lo veían cada tanto pero que: *“ya no los ingresan. Un plato de comida sí eso no les pueden negar.”* Manifestaban respecto a Fredy que él y otros de los que antes ingresaban a menudo y que solían ser muy disruptivos y vivir en situación de calle ya no estaban siendo ingresados a sala, que se les daba medicación “de depósito”²² y tranquilizantes cuando asistían a consultas en emergencia pero no ingresaban siquiera a sala de observación. La sala de observación es en donde se valora si el paciente puede ser compensado y dado de alta con sólo permanecer un lapso de tiempo acotado allí o si requerirá pasar a una sala de internación. Como explicación a dicho cambio en la práctica asistencial aludían a las nuevas legalidades; algunos técnicos decían que al haberse modificado el código penal había mayor número de situaciones judicializadas que debían ser ingresadas sí o sí²³,

²² Es decir, medicación por vía inyectable que no debe ser suministrada diariamente ya que su efecto dura por más tiempo que la medicación vía oral.

²³ En una entrevista brindada al diario “El Observador” en enero del 2019, la directora técnica del Vilardebó de ese momento, Dra. Paula Sarkissian, refiere que el cambio en el código del proceso penal implica que los sujetos

con lo cual había menos plazas disponibles para éste tipo de pacientes. Por otra parte referían a que era parte del cambio de modelo, de cara al cierre próximo del hospital, en donde la internación debía ser utilizada como medida extraordinaria y no como medida terapéutica ordinaria.

Las causas relatadas por los equipos técnicos parecen aludir a las explicaciones que ellos dan al cambio de dinámica y de prácticas institucionales y no necesariamente a un cambio de reglamentación respecto a los criterios que definen la internación. No pudo recabarse información respecto a que hubiera una resolución expresa por parte de la institución al respecto. Sin embargo, los cambios en la legalidad instalan nuevas prácticas, que quizás antes ya se realizaban pero que ahora se legitiman, como el rechazar el ingreso a determinadas personas.

El caso más destacado fue el de Adriana. Como es habitual al tiempo del alta comenzó a ser llevada a emergencia por su pareja. Tras múltiples consultas en emergencia, en las cuales no se la ingresó, se suicida. Al respecto comentaba un miembro de un equipo de la sala a la que habitualmente ingresaba: *“(...) es como una boca gigante, bah, era, pobre, de demanda, de insatisfacción (...) él (su pareja) sentía cierta responsabilidad”*. Expresaba por otra parte que el psiquiatra tratante *“tenía razón”* al enunciar que el hospital era lo único que podía poner un límite a Adriana, límite que no tenía en el mundo exterior y que por eso se dio rienda suelta al exceso que terminó con su vida. Cabe destacar que el exceso que terminó con su vida fue una sobredosis de psicofármacos provistos por la misma institución que luego no la ingresó por los excesos que cometía en el interior del hospital.

Es así que de los tres elegidos no logré concretar las entrevistas con ninguno. De ello se desprende un necesario cambio de criterio para la elección de entrevistados.

Retomé el contacto con los equipos de emergencia y de sala para reencuadrar la investigación y solicitar pudieran contactarme con sujetos que reingresaran frecuentemente al hospital en cortos períodos de tiempo. Dichos contactos llegaron en casi todos los casos de parte de los Psicólogos y Trabajadores Sociales, y en muy pocos casos de los psiquiatras o de los enfermeros. Se entiende que esta diferencia entre las disciplinas que se mostraban más dispuestas a referirme posibles entrevistados se relacionó a que desde las especialidades que provienen del campo de la medicina se visualiza un determinismo social del reingreso (reingresan porque están expuestos al consumo de sustancias psicoactivas y porque no tienen un lugar estable donde vivir) que, al exceder su campo de abordaje, los deja sin posibilidad de realizarse preguntas o esbozar posibles estrategias de intervención con el problema. Se destaca de todos modos que en todas las salas hubo apertura por parte de los profesionales de estas disciplinas a que yo pudiera realizar las entrevistas.

pueden ser derivados al Vilardebó desde dos juzgados (Juzgado especializado de Familia y Juzgado Penal), lo cual incrementó el número de jueces que pueden derivar, y por tanto el número de derivaciones. Esto redundó en un aumento de hecho de pacientes.

Se propuso como nuevo criterio de inclusión trabajar con sujetos que cuenten con más de una internación en el Hospital Vilardebó en el lapso de un año. Como criterio de exclusión se definió que no se trabajaría con quienes no estén en condiciones de mantener entrevistas por razones diversas, como ser:

- que no pudieran comprender las preguntas realizadas o expresarse en una modalidad que pudiera ser entendida y fielmente transmitida por su interlocutor

- que el tratamiento que estuviera recibiendo le impidiera llevar a cabo un diálogo, por ejemplo por haber recibido anestesia general ese mismo día para la aplicación de la ECT, o por estar bajo efecto de psicofármacos inductores del sueño que no le posibilitaran mantenerse en un estado de vigilia.

- Se excluyeron por la vía de los hechos a quienes ya no eran ingresados por el cambio de práctica que se observó al momento de iniciar el trabajo de campo.

En principio logré entablar contacto con dos mujeres internadas en sala de observación de emergencia, con las que continué trabajando porque no fueron ingresadas a sala. En un segundo momento entablé contacto con seis sujetos que sí estaban internados en salas, dos mujeres y cuatro hombres, a los que se siguió entrevistando a lo largo de sus internaciones durante la duración del trabajo de campo.

Si bien al inicio se pretendió contemplar la dimensión de género, especialmente por el dato arrojado por Pezzani, respecto a que la mayoría de los reingresos son de pacientes mujeres, (65% en el bienio 2014/2015), el trabajo preliminar determinó que era más viable entrevistar a pacientes hombres. A partir de las entrevistas preliminares sostenidas con reingresadoras frecuentes, se observó que generalmente afianzaban algún vínculo a la hora del egreso, con un familiar o en muchos casos con una pareja, y durante el tiempo en que no estaban internadas vivían en una casa, relegándose a tareas domésticas. Por otra parte, se destaca de las entrevistas preliminares realizadas a los hombres, que era frecuente que ingresen por situaciones judicializadas, lo que generaba que sus internaciones fueran más largas, y no contaban con un lugar al cual egresar, lo cual dilataba sus altas. Es decir, era más viable entrevistarlos porque permanecían internados durante lapsos más largos de tiempo. Se desconoce si hay datos cuantitativos que vayan en consonancia con ésta apreciación. Además, los hombres se mostraban más dispuestos a mantener las entrevistas ya que no mantenían redes vinculares ni fuera del hospital (recibían menos visitas) ni dentro del mismo (generaban menos vínculos de confianza entre ellos). Algo de la soledad que se percibió en los hombres dio pie al vínculo entre entrevistadora y entrevistados.

El vínculo con los sujetos se estableció a partir de la relación existente por lo general con los psicólogos de sala, y en el caso de la emergencia con los trabajadores sociales de dicho espacio, ya que allí no existe una figura de psicólogo fijo. Los psicólogos de sala oficiaron de “porteros” (Taylor & Bodgan, 1982), es decir, fueron quienes autorizaron la circulación de la investigadora por las salas y quienes además dieron legitimidad a la tarea

que se estaba llevando a cabo frente a la institución y frente a aquellos a quienes se pretendía entrevistar.

4.3. Características sociales y demográficas de los entrevistados

Los entrevistados tenían un rango de edad de entre veinte y treinta y cinco años, excepto en el caso de una entrevistada que tenía más de cincuenta años.

Los cuatro pacientes hombres con los que se tomó contacto, vivían en situación de calle y en refugios nocturnos del estado. Tres de ellos mantenían contacto esporádico con algún familiar, y en su totalidad habían sido expulsados de sus hogares familiares en múltiples oportunidades.

De las cuatro mujeres entrevistadas, dos permanecían en contacto con su familia de origen y cuando eran dadas de alta vivían en casa de algún familiar. Una de ellas vivía en situación de calle y sin mantener contacto con ningún familiar o red de contención y una vivía en situación de calle pero mantenía contacto con su familia.

El total de los entrevistados había culminado la primaria y accedido a estudios secundarios, aunque en casi todos los casos no habían podido culminar el ciclo básico (generalmente coincidía con el período de inicio de las internaciones). En el caso de uno de los entrevistados había culminado el bachillerato y accedido a estudios universitarios que no había podido culminar.

Ninguno de ellos tenía ningún tipo de inserción laboral al momento de realizarse las entrevistas. En el caso de dos de las mujeres cuando se encontraban en situación de calle ejercían la prostitución. En el caso de los hombres, algunos robaban o pedían dinero en la calle. Excepto un hombre, todos los demás entrevistados consumían Cocaína y/o Pasta Base de Cocaína diariamente cuando estaban en la calle, y habían estado internados en centros de rehabilitación para adicciones, tanto los hombres como las mujeres.

Excepto en tres casos, dos hombres y una mujer, el resto habían pasado algún período de su infancia en hogares de amparo estatales, en donde habían iniciado su tránsito por instituciones. Los tres restantes habían comenzado su vida de institucionalización durante la adolescencia, en el Vilardebó directamente.

No se recabó información respecto a su situación legal (si tenían declaraciones de discapacidad o de incapacidad y en tanto lo segundo, si tenían curadores). Se sabe que algunos de ellos habían accedido en momentos de su vida a pensiones estatales, pero por ser esta situación cambiante²⁴ y por no tenerla clara ellos mismos no se pudo acceder a los datos certeros.

²⁴ En Uruguay las pensiones que otorga el estado deben ser renovadas, lo cual requiere una realización de trámites que en general éstos sujetos no se ven en condiciones de realizar por sí mismos, por lo cual las pierden, y una vez que están internados la institución se encarga de restituirles éste derecho.

La totalidad de los entrevistados habían sido internados en algunas oportunidades por vía judicial, por cometer delitos (robos) o por realizar conductas auto o heteroagresivas que implicaban una internación forzada (intentos de auto eliminación, autolesiones, gestos suicidas o violencia física hacia terceros).

Tabla 1

Datos de entrevistados

Nombre	Edad	Cantidad de entrevistas	Fechas de las entrevistas	Lugares donde se entrevistó
Noelia	25	1	17/04/18	Consultorio de trabajo social de emergencia
Flavia	20	1	17/04/18	Cama de sala de observación
Omar	30	4	03/05/18; 9/05/18; 28/09/18; 30/11/18	Espacio común de su sala, patio
José	27	2	03/05/18; 05/06/18	Pasillos
Fernando	35	5	3/05/18; 02/08/18;09/08/18; 28/09/18; 01/12/18	Espacio común de su sala, patio
Gloria	55	2	31/05/18; 02/08/18	Su cama, patio
Natalia	25	5	07/06/18; 02/08/18; 29/08/18; 05/09/18	Su cama, consultorio de psicóloga de sala
Gerardo	30	3	13/06/18;15/07/18; 28/09/18	Su cama, patio

4.4. Las técnicas utilizadas

Se utilizaron las técnicas de revisión de historias clínicas, observación y entrevistas.

4.4.1. Respecto a la revisión de historias clínicas

La revisión de historias clínicas no fue parte de la metodología del proyecto a priori, pero se realizó cuando eran compartidas por los equipos técnicos para mostrar a la investigadora algún aspecto que consideraban relevante sobre el entrevistado, tales como el motivo de ingreso, la cantidad de internaciones o los distintos diagnósticos de ingreso y egreso

en cada internación. Observé que la historia clínica funcionaba como registro y memoria de sus propias intervenciones en el contexto del volumen de pacientes que asistían, y funcionaba además como vía de comunicación entre los técnicos que en distintos momentos del día o en distintas internaciones asistían al mismo sujeto. Era un elemento en el cual buscaban los puntos ciegos a la biografía o a la situación clínica del paciente. Como lo veían como un elemento que completaba vacíos en la información sobre un sujeto, al presentarme yo con preguntas, atinaban muy naturalmente a buscar allí las respuestas. Por esto entendí pertinente aceptar, en los casos que así se dio, la oferta de mirar junto al psiquiatra, psicólogo o trabajador social de sala las historias clínicas, en el entendido de que afianzar el vínculo con los equipos de sala facilitaría llegar a los posibles sujetos a entrevistar. Estos funcionarios obraron en su calidad de arcontes, en la acepción derridiana del término, que Rodríguez (2015) toma para dar cuenta del rol de los funcionarios de instituciones públicas que acogen sujetos bajo amparo estatal. Dirá que los arcontes son “quienes tienen la autoridad pública de archivar” (p. 59). Es así, que fue frecuente que los profesionales propusieran mirar “la historia” de aquel a quien me proponía entrevistar. En su función de guardianes y protectores de dicha historia, decidían compartirla conmigo, en el entendido de que podría encontrarse allí información relevante que permitiera descubrir algo.

Rodríguez, tomando a Foucault respecto a su metodología arqueológica, dirá que “Un archivo tiene (...) lo que se ve y se habla en una época” (Rodríguez, 2015, p. 52). Referirá que contiene “lo que Foucault llama las estratificaciones de una determinada formación histórica. Es decir, una formación histórica es un estrato sedimentado y el archivo muestra, precisamente, lo que es visible y es enunciable de una determinada formación histórica”. (p. 53).

En este sentido, se entiende que el acceso a las historias clínicas y a los diálogos que de dicho acceso se desprendían con los profesionales del hospital, pudo mostrar más respecto a la institución y los movimientos que en ella se estaban dando que respecto a los internados en sí mismos. Se recoge en este sentido un punto relevante. A través de la observación de historias visibilicé la ausencia de un criterio claro, (o al menos transparente a quien observa, ajeno a la institución) respecto a lo que determina o no el ingreso a salas tras la consulta en emergencia. El mismo sujeto en una situación aparentemente similar de reagudización de su patología, en consultas a emergencia que difieren en días, puede ser ingresado a sala de observación, ingresado a sala de internación o simplemente transitar por la consulta de emergencia sin que de ello se desprenda la posibilidad de quedar bajo el resguardo institucional.

4.4.2. Dejarse mirar

Las observaciones fueron realizadas entre abril y diciembre de 2018, es decir, que se extendieron durante todo el período de duración del trabajo de campo. Habitualmente eran

realizadas con frecuencia semanal, alternando visitas en la mañana con visitas en la tarde. En general coincidían con los días en que se realizaban entrevistas, tomándome un tiempo extra de la entrevista previo o posteriormente a la misma para observar. Las observaciones duraban entre una y dos horas. Fueron realizadas en distintos días de la semana, pero casi siempre en días hábiles. Se realizó una observación en día sábado.

Se evitó realizar observaciones en los horarios en que mi presencia podría entorpecer la labor de los funcionarios. Por ejemplo, en la mañana, el hospital tiene una hora de comienzo de las actividades (a las 9), hora en que se realiza la primer toma de medicación del día y se sirve del desayuno. Coincide con la hora en la que la mayor parte de los internados se despiertan y realizan su aseo personal, así como con el horario en que muchos miembros de los equipos profesionales ingresan a trabajar. Entendí que asistir a observar más temprano o durante este horario podría entorpecer la tarea de los enfermeros, debido a que los sujetos internados solían distraerse con mi presencia, y para los enfermeros resulta de por sí dificultoso convocar la atención de todos para lograr darles la medicación. A su vez, mi contacto para ingresar a las salas habitualmente era con los psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales, quienes ya me conocían y accedían a tal ingreso. Si estas figuras no estaban presentes algunos enfermeros mostraban reticencia con mi presencia, debido a que no me conocían. Por este mismo motivo, las visitas realizadas en la tarde generalmente no excedieron el horario de las 17 horas, dado que luego de ese horario generalmente ya no hay psicólogos, psiquiatras o trabajadores sociales en las salas.

En cuanto a la técnica de observación se tomaron los aportes de Guber (2001) quien opone la posición positivista del investigador que, como mero espectador, observa el campo que pretende investigar, sin incidir sobre él, de la observación participante. La segunda es, según la autora, aquella observación que carece de sistematicidad debido a que se alterna con la participación del investigador en el campo, y, según la autora, cuanto más se participa menos se observa y viceversa (p. 57). La autora refiere que dicha participación consiste en poder involucrarse y no mantenerse por fuera del campo, pudiendo participar de actividades de la comunidad que se pretende investigar. Destaca a su vez que la falta de sistematicidad que conlleva este tipo de participación, no constituye un déficit, sino que tiene como resultado un saldo positivo, en el entendido de que el involucramiento, si bien impide el registro fehaciente que la observación a distancia posibilita, permite otros modos de acceso a lo que se pretende investigar.

Haciendo eco de esto busqué permanecer más tiempo en los espacios de encuentro de los sujetos que en los consultorios de los equipos técnicos (patios de hombres y mujeres, espacios comunes dentro de cada sala, habitaciones en el caso de algunas salas que cuentan con tal división y pasillos). A pesar de esto también realicé observaciones dentro de los consultorios: se observaron entrevistas realizadas por psiquiatras dentro de una sala de

internación de hombres, por parte de una psicóloga dentro de una sala de mujeres y por parte de una trabajadora social en la emergencia del hospital.

Como mencioné, yo ya era conocida por mi previo desempeño en la institución. Por esto, mis visitas, luego de un año y medio de ausencia mi retorno fue visto como tal por algunas personas y no como la llegada de alguien totalmente ajeno a la institución. Los comentarios más frecuentes fueron referidos a si seguía estudiando, si me había recibido, y en qué institución trabajaba ahora.

Las preguntas por parte de los sujetos de investigación fueron vitales a la hora de iniciar las conversaciones que en algunos casos redundaron en entrevistas. La idea de “seguir estudiando” fue tomada como puntapié para compartir con ellos el problema de investigación. Es así que les respondí que sí seguía estudiando, aún ya siendo psicóloga, pero que ahora me encontraba estudiando por qué había muchas personas que no permanecían fuera del hospital por mucho tiempo y que siempre terminaban retornando.

En tanto esto la observación se tornó vital como método para la presente investigación, pero mayormente en su vertiente de dejarse observar. No sólo es el sujeto investigador quien debe familiarizarse con el campo, sino también el campo con el sujeto, es decir, para investigar, tuve que primero ser investigada.

4.4.3. Acerca de las entrevistas

Se realizaron entrevistas de tipo psicoanalítico a ocho sujetos.

Las entrevistas fueron realizadas en su totalidad por mí, en ocasiones antecedidas por una entrevista preliminar con alguien del equipo de sala que presentaba la investigación y a la investigadora a los posibles entrevistados. Generalmente se coordinaban previamente con el miembro del equipo de sala que me había referido al entrevistado. Sin embargo, una vez establecido el vínculo con la persona, en ocasiones asistía a entrevistarlos sin coordinación previa. Esto último ocurría porque además los entrevistados no siempre ingresaban a la misma sala, por lo cual, mi manera de saber si estaban internados y poder entrevistarlos consistía en asistir al hospital a ver si estaban allí. Al estar en distintas salas no siempre su equipo tratante estaba al tanto de que formaban parte de una investigación. Se intentó siempre poner al tanto a cada nuevo equipo de que con algún paciente de su sala se estaba llevando a cabo una investigación. Sin embargo, no siempre se podía coordinar previamente dado que al asistir y confirmar que los usuarios habían retornado, ellos mismos pedían para ser entrevistados, estuvieran sus equipos de sala al tanto o no.

Se nombra a las entrevistas realizadas como “psicoanalíticas”, no en el entendido de que hayan formado parte de un tratamiento analítico, sino en cuanto a la técnica utilizada para llevarlas a cabo. No se buscó que el entrevistado respondiera a preguntas, sino que, se pretendió que el sujeto hable de lo que le surja a partir del tema de la investigación que sí fue encuadrado por mí.

En cuanto al método Freud refiere que: “el médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez” (1980, p. 149). Dicha renuncia implica la contraparte de entablar un modo particular de escucha, que Freud llamará “atención flotante”, término con el cual alude a que el analista no se centrará en la narrativa que el paciente intenta conscientemente transmitir, sino que buscará en el silencio, en el olvido, el equívoco y todas las demás “formaciones del inconsciente” (como Lacan las denominará a posteriori) que emerjan.

En cuanto a las entrevistas aquí realizadas, dado que el trabajo fue llevado a cabo dentro de una institución y que el objetivo era investigativo y no que los sujetos entren en un análisis, la técnica de entrevista psicoanalítica fue utilizada en el entendido de que, al decir de Real (2014) “hay algo que leer allí” (p. 45). Dicho autor hará énfasis en la entrevista psicoanalítica como técnica de investigación en tanto que su potencial de hacer hablar al sujeto con los significantes a los que necesita apelar, que por alguna razón serán unos y no otros. Fundamenta la pertinencia de dicha herramienta en que: “Del material asociativo, muchas veces elementos aparentemente irrelevantes, se han extraído algunos elementos significativos pasibles de análisis” (Real, 2014, p. 45).

Destaca por otra parte, que la entrevista psicoanalítica permite tomar como relevantes aquellas expresiones que son desestimadas por la institucionalidad de la que éstos sujetos forman parte así como por el discurso médico. En tanto esto, el delirio suele ser una de esas expresiones desestimadas. Esto fue observado en la institución en que se realiza la presente investigación, en donde visualizo que desde las disciplinas médicas lo que el sujeto dice es poco escuchado debido a que es catalogado como delirante y por ende no pasible de ser abordado, ya que excede el campo de dichas disciplinas. Ejemplo de esto es el caso de Fernando, que se muestra al inicio de las entrevistas conmigo muy reticente, y que se destaca en su presentación por su inhibición y poco contacto con el equipo de sala (no suele, a diferencia de otros, solicitar espacios para hablar o solicitar cosas materiales). Luego de transcurridas varias entrevistas con él, en donde comienza a mostrarse más dispuesto a hablar e inclusive solicita siempre que la fecha de la siguiente entrevista no se extienda demasiado, se acerca a su equipo de sala a solicitar de modo muy insistente hablar con Sigmund Freud. Esto es tomado por el equipo de sala como una idea delirante, frente a la cual aparecen reacciones como la risa, por la particular ocurrencia y rápidamente me es referido a mí, por entender el equipo de sala que algo de eso tenía que ver conmigo y no con ellos como equipo tratante.

En tanto esto, la utilización de entrevistas psicoanalíticas se entendió pertinente debido a que posibilitó que el sujeto pudiera hablar sobre su verdad, sin que fuera la figura del profesional quien seleccionara qué de eso era válido y sobre todo sin que se excluyera al delirio como parte del decir del sujeto.

Las entrevistas fueron abiertas, es decir, que no se realizaban preguntas elaboradas previamente, sino que se consignaba el tema de la investigación sobre el que se pretendía dialogar, y se iban elaborando preguntas a partir de lo que los sujetos traían espontáneamente con el fin de buscar que el sujeto se expone en algún punto que resultaba de interés para el investigador.

A pesar de esto sí se formularon preguntas guía, que no fueron realizadas a los entrevistados, pero sí fueron tenidas en cuenta por mí a la hora de escuchar y abrir nuevas interrogantes. Las preguntas guía fueron las siguientes:

- ¿Cómo entienden los sujetos sus entradas y salidas del hospital?
- ¿Cómo se relacionan los sucesos de reingreso entre sí y con su biografía?
- ¿Qué dicen sobre la relación que establecen con el hospital?
- ¿De qué manera incide en el reingreso el reconocimiento que reciben de parte de la institución?
- ¿Han estado internados en otras instituciones además de en el hospital?
- ¿En qué momento de sus vidas comienzan las internaciones?
- ¿Dónde viven cuando no están internados?
- ¿Mantienen relación con sus familias?
- ¿Tienen o han tenido inserción laboral?

De los ocho entrevistados, se pudieron sostener entrevistas asiduas con seis de ellos. Se realizaron dos entrevistas con Gloria y José, tres entrevistas con Gerardo, cuatro con Omar y Natalia y cinco con Fernando, en un lapso de nueve meses, entre abril y diciembre de 2018. Con éstos sujetos las entrevistas fueron realizadas cuando se encontraban internados en salas del hospital. Además se realizaron dos entrevistas puntuales a dos pacientes mujeres en sala de emergencia.

Se mantuvieron también algunas conversaciones informales, resultado de las observaciones realizadas en los consultorios o en las salas y patios de la emergencia y del hospital, o por el hecho de que al estar entrevistando en espacios públicos otros sujetos internados se acercaban también con la intención de conversar.

Con Gloria no se lograron mantener entrevistas asiduas debido a que solía negarse a las mismas o se angustiaba cuando comenzaba a hablar sobre su vida, por lo cual se entendió que no era adecuado insistir en las entrevistas con ella. La segunda entrevista que se le realizó de hecho es porque ella la solicita en el patio, pero resulta muy breve ya que al poco de iniciar se muestra enojada y se va.

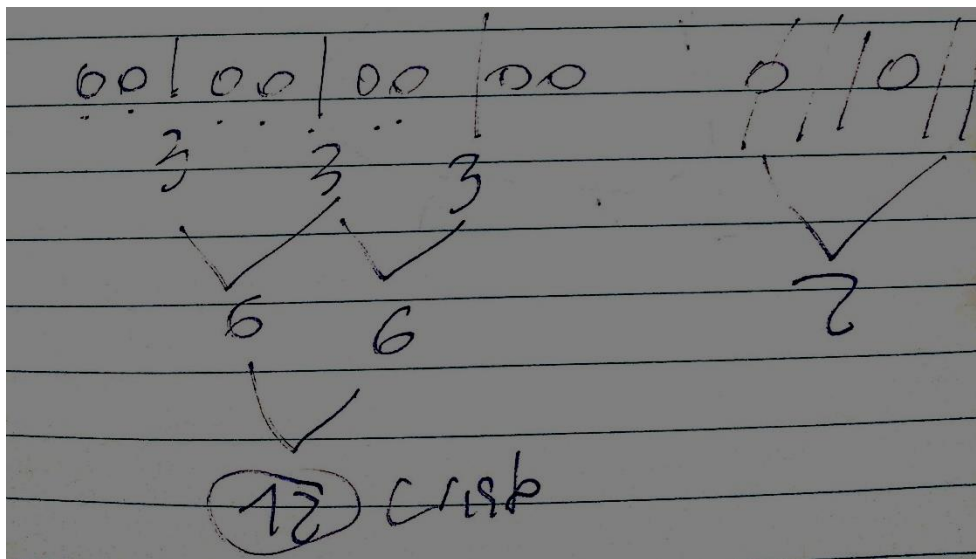
4.4.4. Registro de entrevistas

Las entrevistas fueron registradas por medio de notas. Se optó por no grabarlas por entender que el elemento del grabador podía presentarse como un elemento intrusivo,

desconocido para el sujeto y que podría obturar la fluidez de la entrevista. Sin embargo, en ocasiones el cuaderno de notas generó un efecto de intrusión también. Dependía del sujeto entrevistado si era posible tomar apuntes durante la entrevista o no, ya que algunos planteaban no querer que se tomaran apuntes o mostrarse muy nerviosos si lo hacía. La estrategia que algunos encontraron para incluir dicho elemento fue intervenir ellos mismos el cuaderno, principalmente en el caso de Omar y Gerardo quienes lo utilizaron para realizar gráficos que buscaban dar cuenta de aquello sobre lo que se encontraban testimoniando.

Figura 1

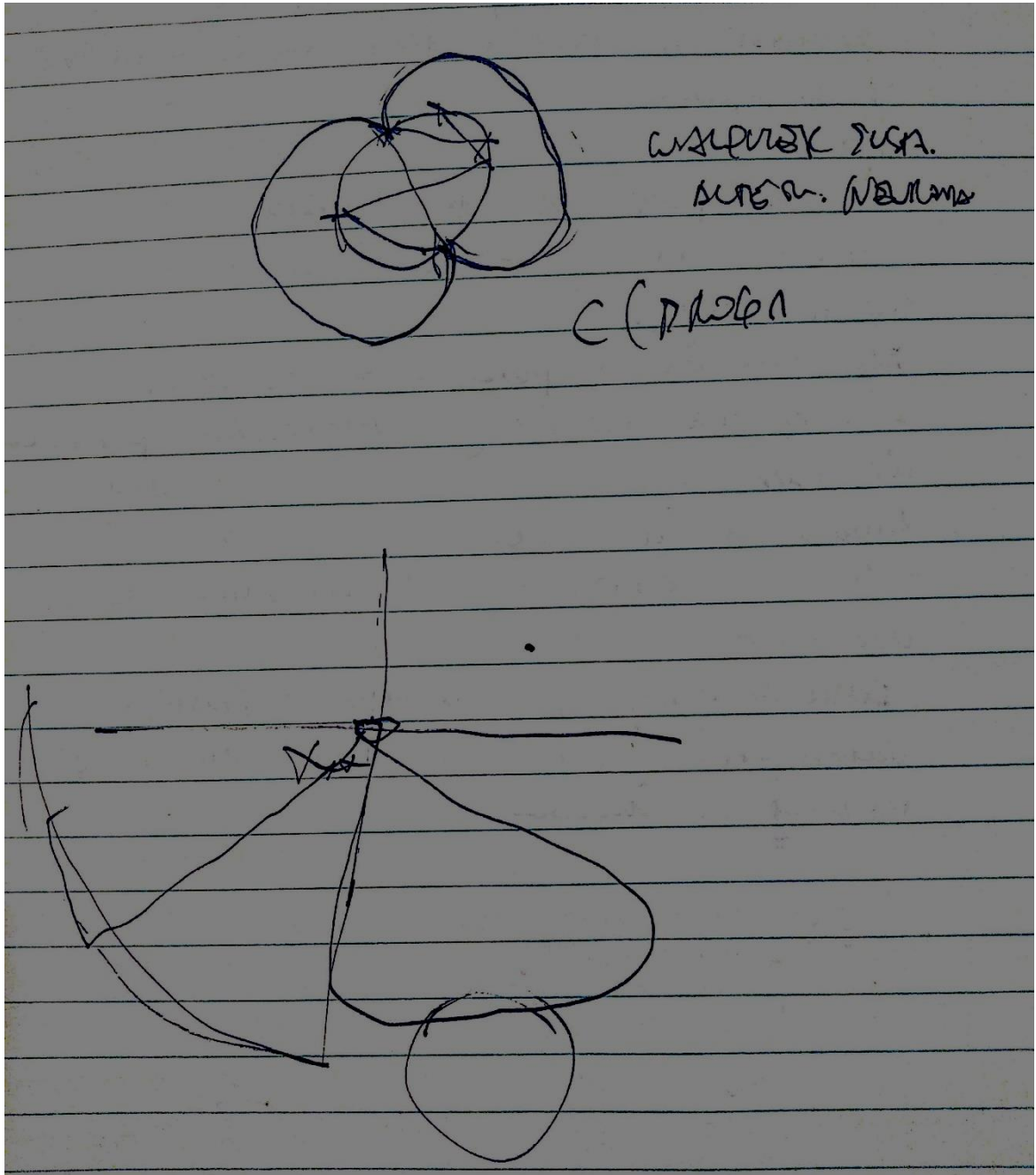
Esquema realizado por Gerardo. 15/07



Nota: Busca mostrarme el razonamiento a través del cual llega a la conclusión de que tiene la capacidad de hacer milagros como Cristo, dado que su número es el doce, igual que el de Cristo (dicho número se desprende de contabilizar a sus familiares y a sí mismo). Busca explicarme por qué a veces intenta hacer milagros como Cristo, pero lo que le ocurre frente a esto es que “cuando uno actúa como Cristo te reducen” (se refiere a que la policía lo detiene).

Figura 2

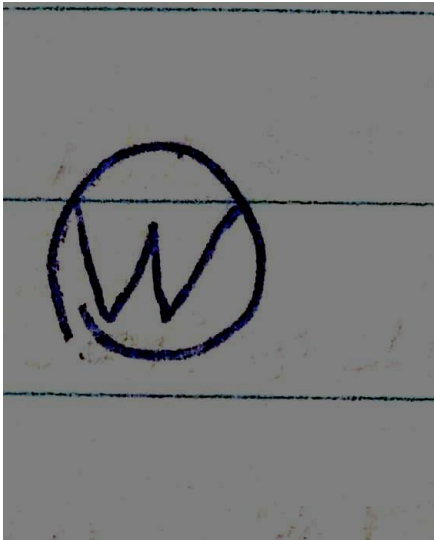
Esquema realizado por Gerardo. 15/07



Nota: lo descrito anteriormente da paso a que realice el segundo dibujo, en donde muestra los efectos en sus neuronas de las prohibiciones de la sociedad y del exceso de estímulos (para Gerardo será particularmente difícil lidiar con los sonidos de la calle, afuera del hospital). La inscripción a un lado de los dibujos dice "cualquier cosa altera neuronas."

Figura 3

Dibujo realizado por Omar. 28/09



Nota: dibuja la letra "W" encerrada en un círculo para mostrarme el logo de una marca de autos que lo persigue en su vigilia y en sus sueños, cuyo nombre no podía evocar en ese momento.²⁵

En todos los casos, los dibujos que realizaron en el cuaderno de campo servían para que den cuenta de cuestiones que no podían expresar por medio de palabras. Como ya mencioné, entiendo que dicha intervención sirvió asimismo para apropiarse del cuaderno y que éste dejara de ser un elemento intrusivo que dificultaba la fluidez de la entrevista.

4.5. Marco ético

Para llevar a cabo la investigación que aquí se presenta se contó, como ya se mencionó, con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Psicología, así como con el aval del Comité de Ética del Hospital Vilardebó.

La investigación se desarrolló en conformidad con el Decreto CM/515/08 del Poder Ejecutivo por involucrar a seres humanos en la investigación. Esto implica que se establecieron procedimientos para asegurar los principios éticos en éste decreto establecidos: principio de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y justicia. Se realizó un balance de riesgos y beneficios, y se hizo especial énfasis en la participación libre de los sujetos. Añado que en éste último punto se hizo énfasis, debido a que, por ser población cautiva, se entendía que podía ser para ellos dificultoso negarse a ser entrevistados. Entiendo que se pudo consensuar la participación libre; ejemplo de ello fue que en múltiples oportunidades los sujetos se negaron a ser entrevistados, y habitualmente eran ellos quienes decidían cuándo terminaba la entrevista. Su voluntad en éste sentido siempre fue respetada, así como sus solicitudes en ocasiones de que no se tomaran apuntes, o que lo que me confiaban no fuera dicho a sus psiquiatras o psicólogos tratantes en la internación.

²⁵ Presumo que Volkswagen debido a que en otra entrevista nombra esa marca de autos.

Por otra parte, se destaca que en pos de proteger las identidades de los entrevistados en todos los casos los nombres fueron cambiados. Los fragmentos de las entrevistas que se transcriben toman palabras textuales de los sujetos, debido a que se entendía sumamente importante a los fines de la investigación respetar el decir del sujeto tal cual éste lo traía, y no realizando una traducción. Para que ello no redundara en brindar información que, a pesar de la modificación del nombre pudiera dar pistas sobre la identidad de éstos sujetos, se modificaron los nombres de las instituciones o lugares a los que aludían.

Para la realización de las entrevistas se presentó en todos los casos una hoja de información, así como un consentimiento informado que debía ser firmado por el entrevistado como muestra de su aceptación voluntaria a participar, de acuerdo a lo dispuesto por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología, así como por el Comité de Ética del propio hospital.

La utilización del consentimiento informado y de hojas de información dificultaron en algunas oportunidades el acercamiento a los sujetos a entrevistar, por presentarse al igual que el cuaderno como elementos intrusivos.

Desde por ejemplo el planteo de Gerardo que expresó que no leería ni quería que se les leyera la hoja de información, (y se negó a quedarse con una copia) a planteos como el de José que en el momento en el que se le solicita la firma exclamó: “*vos no serás de la interpol, ¿no?*”. Fue necesario realizar una estrategia en la entrevista para lograr que no se rompa el vínculo con él. La estrategia realizada constó en responder a su pregunta: “*yo de eso no sé nada, ¿vos sabés?*”. José, ubicado nuevamente en el lugar de ser el que sabe sobre esos temas (los de la interpol) dejó de sentirse amenazado por los papeles y el pedido de firma, y manifestó que sí sabía pero que no me iba a contar. A continuación me explicó que para despedirnos “*en son de paz*” y poder volver a tener otra entrevista necesitaba que yo aprendiera un saludo especial, que consistía en realizar un gesto con las manos con los puños cerrados y hacer un movimiento con mi lapicera. La lapicera, que hasta ese entonces era mirada con recelo por la solicitud de la firma, quedó integrada a nuestra entrevista desde otro lugar. Al igual que con el cuaderno de campo en el caso de los entrevistados que lo dibujaban, pudo apropiarse de éste elemento, a partir de tener que enseñarme el saludo que incluía al elemento. Así, la lapicera dejó de ser un elemento externo que venía a buscar su firma en un papel que yo me llevaría conmigo, quién sabe a dónde, quién sabe para qué.

En relación a esto, se destaca el antecedente de, Fidacaro (2014) que refiere una necesaria modificación en el desarrollo de una investigación llevada a cabo también en el Hospital Vilardebó, debido a la presencia del documento de Consentimiento informado. Al respecto, el investigador refiere que la pretendida garantía que busca el documento puede generar un efecto contrario, debido a que para algunos sujetos, cuyo discurso se caracteriza por una particular relación al saber desde la posición subjetiva de la certeza, el mismo no es visto como garante sino como algo que pone en duda su certeza. Refiere al respecto:

: Así, lo que pretendía ser un recurso que aportase cristalinidad, legalidad y garantía al sujeto en cuestión, devino en una razón para la suspicacia, cuanto no un documento con el cual querellar a un semejante, a un conjunto de médicos, a una institución gubernamental o una entidad universitaria. (p. 15).

La presencia de elementos tales como la hoja de información, o el requerimiento de la firma, pusieron en jaque la relación del sujeto a su saber que se sabe certero, y que no necesita otros garantes, como los documentos legales, ya que, como refiere Soler, “el sujeto mismo es el que se postula como garante del orden” (1991, p.50). Se añade a esto que, por el lugar que en lo social ocupan éstos sujetos, no suelen estar habituados a dar su firma o tomar un papel como muestra de las garantías de un acuerdo. Estos documentos que sí se hacen una y otra vez necesarios para quienes tienen un rol social distinto, para quienes tienen cosas para dar y cosas para recibir, pasan a no tener importancia, o a tener una importancia distinta a la esperada, en éste intercambio. Aquí la actitud de recelo o de indiferencia frente a los papeles puede ser útil para pensar cómo los marcos éticos de las investigaciones son formulados a partir de lo que se entiende que oficia de garantía para todos los involucrados, sin tomar en cuenta que no existe una homogeneidad entre los sujetos investigados.

Esta postura entra en consonancia por las propuestas de Spink (2000) quien contrapone a la postura ética hegemónica en el mundo de la investigación (ética que llama *prescriptiva*, que se elabora de modo generalista en base a la legislación y reglamentos institucionales) a una ética que da en llamar dialógica. Esta última surgiría del intercambio con los sujetos de investigación y no en un *a priori* que no toma en cuenta las singularidades de aquellos con los que se trabaja o de tal o cual proceso investigativo en particular. Esta postura lleva a problematizar la cuestión de ¿qué sería lo ético? ¿El documento de consentimiento informado es una garantía para quién? ¿Para el sujeto investigado, o principalmente para el investigador?

A lo anterior se añade que la firma y los documentos legales para la población con la que aquí se trabajó tienen una significación particular. La población del Hospital Vilardebó está conformada en su mayoría por personas que han visto vulnerados sus derechos en múltiples oportunidades. Por ejemplo, es una práctica frecuente que a éstos sujetos se les solicite su firma para pedir préstamos a su nombre, de un dinero del que luego no hacen usufructo, por lo cual ven empeñadas sus pensiones por discapacidad otorgadas por el estado. En el caso de aquellos que han sido declarados *incapaces*, sus beneficios sociales son otorgados a un *curador*, que es la figura que legalmente es responsable por ellos; también es una práctica frecuente que dichos curadores hagan uso de sus bienes para beneficio personal. Fernando, uno de los entrevistados, refiere que no puede pagar un lugar donde vivir debido a que su padre cobra su pensión por discapacidad y se queda con el dinero.

A su vez, el consentimiento informado con el cual usualmente toman contacto es el que habilita a los psiquiatras a realizar una terapia de ECT (electroconvulsivo terapia, conocido como “electro shock”). Es frecuente que se nieguen a firmarlo y que sea firmado por familiares o tutores legales. Es así que, lo que conocen como consentimiento informado es aquello que hace tambalear doblemente su lugar de quien porta el saber, dado que es firmado e impuesto por otros, y que redundando en un sofocamiento de la certeza delirante (resultado del ECT) lo cual conlleva en algunos casos la angustia que deviene cuando la suplencia del delirio se apaga.

4.6. Mi potlatch: dos pilas AAA y un alfajor de nieve.

¿Por qué quienes no forman parte del mundo académico aceptarían participar en investigaciones? Parece ingenuo pensar que el altruismo es lo que lleva al sujeto a aceptar compartir su intimidad (en ocasiones la intimidad del cuerpo, en ocasiones la intimidad subjetiva) con un extraño sin recibir algo a cambio.

Mauss, antropólogo francés de inicios de siglo XX refiere al dar, el recibir y el devolver como obligaciones en las que se fundan las relaciones no mercantiles. Es así que, en el contexto del estudio sobre cómo se dan los intercambios en sociedades que denomina arcaicas, pretende universalizar cómo se dan las lógicas del intercambio no mercantil. Lo paradójico es que aunque no estén encuadrados en un intercambio mercantil, el resto de las modalidades de relacionamiento también implican un costo, de acuerdo a este autor. Es así que Mauss (2009) dirá entonces que aquel que tiene algo para dar (algún tipo de riqueza) no puede libremente elegir si darlo o no, está obligado a dar lo que se tiene, ya que es la única manera de mostrar que efectivamente se tiene algo. Por otra parte, al que se le da está obligado a recibir aquello que se le da, ya que el no aceptar tiene sus consecuencias; y está obligado a su vez a dar algo a cambio de aquello que se recibió, es decir, un contradon.

Dirá que “El don se recibe ‘sobre la espalda’. Implica más que beneficiarse de una cosa y de una fiesta, se ha aceptado un desafío; y se lo ha podido aceptar porque se tiene la certeza de devolverlo, de demostrar que no se es desigual”. (Mauss, 2009, p.163). Es decir que aquel que recibe algo debe a su vez retribuir, queda comprometido a ello en tanto que tiene que estar a la altura y poder probar que también tiene algo para compartir con los otros.

La antropología contemporánea que sigue a Mauss refiere que es posible “explorar lo social en ‘clave de don’” (Bey, 2000, p. 201). Es decir que aquellas declaraciones que Mauss realiza respecto a las sociedades que llama arcaicas pueden ser tomadas para pensar algunos intercambios en la actualidad, por ejemplo, como refiere Bey (2000), en lo que se relaciona al estudio de la caridad de la burguesía a la pobreza, justamente en la particularidad de la tensión que implica esta lógica que se supone no es de intercambio mercantil pero sí está plagada de ello, aunque lo que se dé y se reciba no sean bienes materiales a cambio de dinero pero sí regalos a cambio de reconocimiento, como en los ejemplos que pone el autor.

En lo que hace a la presente investigación, se partió de la posición de que lo que los sujetos tenían para aportar a la misma podría ser leído en clave de don. Dicha clave operó como dirección que fue utilitaria a la hora de manejar las vicisitudes del trabajo de campo.

Es por eso que, cuando se refiere a las historias clínicas, que son compartidas por los profesionales de sala, guardianes (arcontes) de las mismas, es que se entiende que ellos comparten con la investigadora lo que tienen para dar, su don. No suena extraño que la presencia de alguien ajeno pero a la vez familiar a la institución que viene a investigar sobre aquello que no funciona, es decir, sobre los pacientes que involucran cierto fracaso terapéutico, genere una alerta en quienes están a cargo de dichos pacientes. Es así que se ven obligados a mostrar las historias clínicas, su riqueza, su Potlatch al decir de Mauss, que muestra todo lo que hicieron respecto a esos pacientes. Una historia clínica no sólo muestra una historia (parcial, como toda historia) del paciente, sino también una historia de los profesionales tratantes.

Es por eso que ellos se vieron obligados a dar/mostrar su don, y que se entendió necesario que era una obligación recibir tal don (aceptar la lectura conjunta de historias clínicas a pesar de no configurar un objetivo de la investigación). En cuanto al contradon, interpreto que se esperaba una devolución respecto a la dirección en la cual se debería seguir trabajando con los pacientes entrevistados, en el entendido de que eran pacientes con los cuales todo intento terapéutico fracasaba (entendiendo como éxito que no retornaran al hospital).

En relación al intercambio con los entrevistados, la idea de dar un don cobró otra particularidad. Los sujetos entrevistados portaban un saber al que yo quería acceder.

Soler refiere que "(...) un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar. Y presentar por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio". (1991, p. 10). Partiendo de ésta perspectiva busqué asumir la posición de testigo, para habilitar que los entrevistados pudieran compartir conmigo su ineludible verdad.

En tanto esto, en algunas entrevistas era necesaria una muy breve introducción para que los sujetos quisieran compartir su don, es decir, que quisieran dar todo el saber que tenían a aquel que en posición de ignorancia les interrogaba. La particularidad aquí fue que, a diferencia del intercambio con los equipos de sala, en donde lo que se esperaba como contradon era el saber por parte de la investigadora, aquí lo que solicitaban era aquello que por estar en el confinamiento hospitalario les estaba vedado. Es así que Fernando se muestra muy reticente al inicio de una entrevista y refiere:

Preguntame lo que quieras. Si no me hacés preguntas no te puedo responder -acto seguido él es quien realiza la pregunta-. ¿Qué gano yo con esto? Vos ganás algo, y ¿qué me das a mí? -Saca una radio del bolsillo, me muestra que no tiene pilas-. Son

dos, de las chiquitas. Me comprometo a llevarlas en la entrevista de la semana próxima.

A partir del compromiso asumido es que la entrevista empieza a fluir.

Natalia por otra parte, me pedirá un alfajor de nieve, ya que refiere que extraña comer alfajores y que allí no los puede conseguir.

Es así como mi contradon se transformó en hacer uso de lo que desde su punto de vista era mi principal virtud, la de que yo también retornaba con frecuencia al hospital pero, a diferencia de ellos, elegía cuándo entraba y cuándo salía (si bien ellos, fugas y demandas de auxilio mediante también lograban marcar sus propios ritmos de entrada y salida, como se profundizará luego).

Álvarez (2009) refiere que en los hospitales como ejemplos de instituciones totales los pacientes quedan vinculados al afuera por medio de la figura del “allegado”, que es aquel que los visita y que, a diferencia de ellos mantiene un vínculo con el afuera y por tanto vincula al paciente con dicho afuera. Según el autor:

El allegado, en todas sus variantes, desde el casi ausente hasta el insistente sin cansancio, representa y es efectivamente un nexo que el paciente internado posee — además de los existentes sobre sí-mismo o interiorizados— con lo externo a la condición central de su realidad presente, con todo aquello que integra la vida y que puede deslindarse de las condiciones a las que se enfrenta en el momento de la internación (apartado III: “Metodológicas”)

Álvarez (2009) relata cómo desde su lugar de investigador fue convirtiéndose en un allegado.

Entiendo que en el caso de la presente investigación el vínculo con los entrevistados se afianzó en tanto que pasé de ser una extraña a una allegada. La manera de habitar este otro lugar, fue precisamente a través de mostrarles mi riqueza, mi Potlatch, que en primer término fue la capacidad que yo tenía, por el hecho de estar vinculada al afuera, de conseguir cosas, riquezas del mundo exterior, y que estaba dispuesta a darlas a cambio. Luego y con el transcurso de las entrevistas, lo que se me empieza a solicitar a cambio es el hecho de seguir asistiendo al hospital a mantener entrevistas.

Natalia refiere al respecto: *“le conté a mi madre que estaba hablando contigo y que me hacía bien.”* Y pedirá que se sostengan los encuentros mientras espera para ingresar a un centro de tratamiento para adicciones. Fernando se mostrará angustiado si refiero que la semana siguiente no podré asistir y que tendremos que esperar hasta dos semanas más tarde para volver a vernos.

El contradon del objeto que se consigue afuera del hospital parece ser menos importante que mi compromiso y mi palabra. De hecho, en el caso de Fernando soy yo la que le refiero que traje las pilas, y él me dice que no importa, mientras busca un lugar tranquilo y alejado para hablar. En cuanto a Natalia, olvidé sistemáticamente comprar el alfajor, pero también me responderá que no importa y limpiará su cama de yerba para que nos sentemos a conversar, echando hostilmente a sus compañeras de sala para que nos den privacidad.

Parece entonces que el don de la palabra (la de ellos) es retribuida con mi disposición a la escucha, que deja entrever que su palabra vale, es entonces que la palabra en su materialidad pasa a ser nuestra moneda de cambio, lo que regulará toda la puesta en marcha de las entrevistas.

4.7. Análisis cualitativo

Como se mencionó al inicio de este capítulo, el discurso de los entrevistados fue tomado como texto, en el sentido planteado por Real, de que se presuponía algo a leer allí.

Al ser una investigación de carácter cualitativo no se buscó extraer una sumatoria de datos respecto a factores como número de internaciones, edades de inicio, diagnóstico psiquiátrico de los entrevistados, etc. Esto supone una diferencia con los estudios que se han tomado como referencia en los antecedentes. Tampoco se buscó el sentido o la comprensión de lo expresado por cada entrevistado en particular, es decir que no se intentó reconstruir la historia de vida cronológica de cada entrevistado sino que se pretendió, al decir de Real, “destacar (...) las singularidades que centellean en las expresiones de quienes he entrevistado.” (2014, p. 53). Es decir que más allá de las individualidades, se buscó tomar aquellas expresiones en las que había algo a destacar respecto a lo que se pretendía estudiar.

El discurso de los entrevistados desde este punto de vista, fue desglosado y relanzado, buscando no el sentido sino el vacío de sentido, partiendo de la postura que Lacan (2015) pregonará respecto a la posición de escucha a la cual atenerse respecto al discurso en la psicosis y que pudo ser puesta al servicio de la presente investigación:

Si comprendo paso, no me detengo en eso, ya comprendí. Esto les pone de manifiesto qué es entrar en el juego del paciente: es colaborar con su resistencia. La resistencia del paciente es siempre la de uno, y cuando una resistencia tiene éxito, es porque están metidos en ella hasta el cuello, porque comprenden. Comprenden, hacen mal. El asunto es precisamente comprender por qué se da algo a comprender. (pp 75-76)

Debido a que los sujetos entrevistados han transitado y transitan largos períodos de sus vidas en instituciones, mayormente en el hospital psiquiátrico o instituciones que comparten con éste ciertas características, fue frecuente que sus respuestas en una primer instancia

fueran similares a las que los equipos técnicos responden respecto a lo que les ocurre. Destacaban así sus diagnósticos psiquiátricos o su consumo problemático de sustancias psicoactivas ilegales como etiología de sus reingresos. En tanto esto se entendió pertinente analizar las entrevistas desde un enfoque que pudiera al menos dar la posibilidad de buscar en el texto oral algo que se destacara como diferente respecto a lo que motiva a éstos sujetos a retornar al hospital. Esto pretendía evitar el riesgo de quedar atada al primer sentido que se me presentara, sin poder dar otra torsión sobre esos mismos significantes para ver a dónde podían llevar, ya que, como refiere Freud, que, en sus aseveraciones sobre la constitución de la teoría psicoanalítica da pistas sobre lo que hace a la constitución del método clínico “(...) todo descubrimiento se hace más de una vez, ninguno de una vez sola (...)” (1980, p. 235). Esta dirección fue fundamental a la hora de abordar significantes que se reiteraban en el discurso tales como “hogar”, “casa” o “libertad”.

4.8. El valor de la palabra de los sujetos participantes

Lacan refiere que “el pensar de la comunidad científica está basado en la posibilidad de una comunicación cuyo término se zanja en una experiencia respecto a la cual todo el mundo puede estar de acuerdo” (2015, p. 60). Aludirá a que la comunicación científica se basa en el ideal de la comprensión, característico del discurso neurótico, y referirá a que cuando hay comunicación hay “testimonio fallido”, es decir que no hay posibilidad de que emerjan las significaciones propias de otro tipo de discurso, que dará en llamar psicótico. Más allá de que no interesa a los efectos de ésta tesis las categorías de “neurosis” y “psicosis” principalmente porque se asocian con frecuencia a un diagnóstico, sí interesa la visión de Lacan respecto al discurso científico. Al tiempo que busca mostrar con transparencia y elucidar algo, oculta otro tanto, en tanto que se basa en una pretensión de comunicación compartible y universal, algo sobre lo que se puede consensuar. Esta universalización se contrapone necesariamente a la posibilidad de que emerja la alteridad, que Lacan ejemplifica a través del testimonio (entendido como la verdad ineludible del sujeto) que queda opaco frente al discurso científico, que siempre versa sobre más de un sujeto, sobre todos y a la vez sobre ninguno.

Esto queda ejemplificado cuando Fernando explica lo que le ocurre diciendo: “soy *bipolar*” frase que toma del discurso psiquiátrico, y que invisibiliza todo lo que se le juega a la hora de volver al hospital, por ejemplo, el reencontrar allí a figuras fundamentales de su crianza, cuestión sobre la que podrá hablar con el transcurrir de las entrevistas.

Biehl (2005), en su etnografía sobre una sola persona, refiere que lo que da valor a su investigación es el hecho de que tiene valor para su investigada, y porque considera que a través de su palabra se puede decir algo más sobre otras cosas, como ser las prácticas habituales que se realizan sobre la población pobre con patología mental en Brasil. Es así que basará los criterios de validez en lo que para su sujeto de investigación tiene tal validez.

Por otra parte, realizará el camino inverso al método tradicional científico, dado que en lugar de ir del caso individual al general, buscará individualizar la generalidad, rescatar las singularidades del conjunto que en su caso se delimita como los internos de un asilo para enfermos mentales en Brasil. Es así que el presente estudio se configura tomando el antecedente mencionado y la teoría lacaniana respecto a la comunicación. Tiene validez en tanto que no generalizable, dado que se logró que emerjan las significaciones que los sujetos dan a sus reingresos y en tanto que se pudieron visualizar prácticas sanitarias en relación a ellos, como el no ingresar a aquellos más disruptivos; es “verdadero” en tanto que buscó que emerja la verdad que para el sujeto es ineludible.

5. Entre entradas y salidas

5.1. Acá la comida está calentita

Como fue descrito anteriormente, en las investigaciones encontradas respecto al tema quedan puntos ciegos en relación a los motivos que llevan a los sujetos a retornar al servicio de salud con alta frecuencia. Como se mencionó, en la bibliografía uruguaya aparece la categoría “paciente social” (Baroni, 2016, párrafo 8) para dar cuenta de que lo que motiva el reingreso frecuente no sería una descompensación de la patología del sujeto sino la situación de vulnerabilidad socioeconómica en la que se ve inmerso el mismo. Ricardo Acuña, miembro de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay refiere sin embargo que la “problemática social” (2004, p. 199) no es motivo de internación. La contradicción existente entre las distintas fuentes se relaciona a que, a pesar de los criterios explícitos como los que expresa Acuña, existen otro tipo de prácticas implícitas, en las cuales la dimensión de la vulnerabilidad socioeconómica sí es un factor que incide en la decisión de los técnicos a la hora de efectivizar el ingreso o no. Así, se recuerda lo dicho por un miembro del equipo técnico de la emergencia del hospital que expresa que ya no está permitido el ingreso a sala a determinado tipo de sujetos, aparentemente los que mantienen conductas disruptivas y que además no tienen un motivo psiquiátrico para ingresar sino “motivos sociales”, como el encontrarse en situación de calle. No refiere si esto es por una nueva reglamentación explícita o simplemente un lineamiento de las autoridades internas del hospital, con lo cual deja entrever que antes sí se les permitía el ingreso, y de hecho se sabe que antes lo hacían con harta frecuencia. Comenta que sin embargo continúan desarrollando algunas prácticas asistencialistas como brindarles comida a quienes lo necesitan.

En la bibliografía estudiada, tanto desde el campo de la psiquiatría como desde el campo de la psicología, no se explicita qué se entiende por “social”. En ambos discursos pareciera que social es lo que no es la enfermedad, con lo cual cabe preguntarse si subyace una concepción de enfermedad en la cual ésta es un fenómeno entendido como “individual”. Cuando aluden a problemáticas de índole social o a que el paciente mismo “es social” se deja entrever que refieren a que los sujetos no cuentan fuera del hospital con una solución habitacional, con un medio de subsistencia ni con una red de vínculos. Por ello, el sujeto, más allá de si se encuentra compensado o no de su patología, no podría sostenerse en el alta por mucho tiempo y debería retornar al servicio de salud para poder subsistir y esto determina en ocasiones las decisiones clínicas que se toman, ya sea aceptar el ingreso como un ingreso “social”, ya sea rechazar el ingreso por el mismo motivo, dado que no sería la finalidad de un hospital de agudos albergar personas en situación de calle, o dilatar el alta.

Bielli, Bacci, Bruno, Calisto y Navarro (2015) refieren en relación a este tema, que los profesionales de la salud realizan una suerte de categorización de los usuarios, en base a estereotipos, lo cual impacta en las decisiones clínicas que toman. Los autores definen que:

Los estereotipos implican creencias acerca de características, atributos y comportamiento de un grupo en particular, así como las teorías de cómo y por qué ciertos atributos están relacionados (Hilton & Hippel, 1996) y la atribución de las causas al comportamiento observado (Michener, Delamater & Myers, 2005). (p. 168)

Y agregan: “La contrapartida moral de estos estereotipos de los pacientes, en los profesionales, (...) toma la forma de un dilema moral, pues estos deben decidir a “conciencia” cada prescripción”. (Bielli et al. 2015).

Entiendo que algo similar se observa en la presente investigación, en relación a los pacientes catalogados como “sociales”. Frente a los supuestos que manejan los profesionales, deben sopesar y tomar decisiones que no siempre se ajustan a lo que refiere la letra respecto a los criterios de internación. Visualizo que es por esto que se observa que distintas personas frente a similares condiciones o inclusive el mismo sujeto en un momento dado es ingresado a sala y en otro sólo se lo asiste en la emergencia. En lo expresado por el funcionario que refiere que *“ya no los ingresan. Un plato de comida sí eso no les pueden negar.”* se expresa el dilema moral y una solución que busca disminuir el efecto que el no ser ingresado tiene para ese usuario. Esto implica partir del supuesto de que una de las cosas que el sujeto va a buscar al hospital es ese plato de comida. Como se mencionó en el apartado metodológico, los técnicos ensayan explicaciones vinculadas al nuevo marco legal (cambio del proceso del código penal e implementación de la nueva ley de salud mental). Sin embargo no queda claro que éstos sean los motivos para el cambio de prácticas, y aunque así fuera, no queda claro bajo qué criterios algunos sujetos son ingresados y otros no. ¿Nadie es ingresado por un motivo “social”, o sólo aquel que además por sus características comportamientos disruptivos genera dificultades a la institución?

Bielli, Bacci, Bruno, Calisto y Navarro (2019) distinguen entre las decisiones clínicas de los médicos que se toman a partir de supuestos que los autores, tomando a Geertz (1994), denominan “cercanos a la experiencia”, en oposición a los conceptos que se basan en el conocimiento estrictamente médico, que serían “distantes de la experiencia” (p. 12).

En el ejemplo anteriormente citado, así como en otros, por ejemplo respecto a si un usuario puede ser referido a un centro de rehabilitación a su egreso, pues logrará aprovechar la posibilidad o no, los profesionales utilizan para tomar esas decisiones supuestos cercanos a la experiencia, es decir, que no parten de la base de lo que la teoría de sus disciplinas les indica, sino de lo que han vivido previamente en sus trayectorias con esta población. Esto puede llevar a decidir en base a estereotipos. Por ejemplo, en el caso de reingresadores frecuentes, quienes son visualizados como aquellos sobre quienes todos los intentos terapéuticos han fracasado, se toman decisiones como prohibir el ingreso, en el entendido de que hay un mal uso de la prestación por parte de éstos y que no la van a aprovechar. En el capítulo metodológico se refirió el ejemplo de la “reina de la primavera”, Adriana, a quien tras

ser internada con frecuencia durante muchos años en el hospital, se le comienza a negar el ingreso y termina suicidándose. En este ejemplo, se describieron anteriormente los sentidos que el equipo de sala intentaba darle a este episodio, en donde oscilaban entre responsabilizar a la propia Adriana por lo sucedido (*Adriana (...) es como una boca gigante, bah, era, pobre, de demanda, de insatisfacción (...)*) y responsabilizarse a ellos mismos por haberle dado el alta. Así, se observa lo trabajado por Bielli et al. (2019), respecto a que los profesionales del servicio toman decisiones en base a su experiencia, lo que los posiciona en un dilema moral que enfrentan cada vez con cada usuario, asumiendo las consecuencias si los resultados no son acorde a lo esperado. Esto además, deja visibles las contradicciones de un servicio de salud que se aboca a una población que supuestamente es la que a la vez no puede admitir, dado que, la mayor parte de sus afiliados tienen una “problemática social”.

Por otra parte, en lo que refiere a los entrevistados, asocian a la internación en el hospital algunas cuestiones que tienen que ver con cubrir cuestiones necesarias para la vida (techo, comida, abrigo, es decir, lo que hace a su “problemática social”), pero no queda claro que no puedan conseguir dichos bienes de otro modo. Así, Omar refiere que asiste al hospital porque allí la comida “*está calentita*”. José dirá en relación al hospital que: “*la comida avanzó, es más rica*.” No mencionan que asisten al hospital porque tienen hambre o frío. Sí porque se sienten cómodos en los baños de allí o porque las camas de la sala de emergencia resultan confortables para descansar. Es decir, no cualquier comida, sino una calentita y rica, no cualquier colchón, sino el de la emergencia, no cualquier baño, sino uno que permita a un entrevistado tener un espacio confortable donde hacer sus necesidades; en palabras de Omar respecto al uso de los baños como uno de los motivos para retornar al hospital: “*yo voy de cuerpo, me cuido*”.

El punto es que la práctica clínica en estos casos corre el riesgo de quedar ligada al supuesto de que el sujeto asiste a buscar lo que no tiene (siendo que lo que no tiene es entendido como bienes materiales), y en tanto esta oferta le es brindada, queda satisfecho. Si la cuestión fuera así de sencilla, no se observaría como parte del fenómeno de reingreso frecuente la cuestión de que los sujetos así como solicitan el ingreso solicitan el egreso, de que si bien buscan ser internados en ocasiones, en otras son llevados compulsivamente y se fugan en cuanto tienen la posibilidad, a pesar de que su único destino alternativo sea permanecer en situación de calle.

El psicoanálisis, con la noción central de pulsión, noción que implica el deslinde de lo corporal y lo anímico se vuelve incompatible con la idea de que el sujeto retorna por pura necesidad, dado que, desde ésta propuesta teórica, no es posible satisfacer dicha necesidad a cabalidad. La pulsión, entendida por Freud (1980) como el representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del sujeto, involucra renunciar a la idea de que la satisfacción a la necesidad se daría en el plano de lo biológico. En palabras de Freud: “Vemos ahora cuánta complicación ha traído la introducción de las pulsiones para el simple esquema

fisiológico del reflejo.” (1980, p.116). El autor refiere que lo que satisface a la pulsión, es decir, el objeto de la misma, es contingente, es decir que no hay un enlace original, una linealidad entre ese empuje endógeno, ese estímulo interior y lo que vendría a calmar a dicho estímulo. Se agrega además, que las experiencias fundantes de satisfacción de las necesidades biológicas, fundan otro tipo de necesidad, que será el deseo, que nunca podrá ser enteramente satisfecho, ya que buscará retornar a un estado de plenitud mítico.

Al decir de Vegh (2013): “hay una fuerza, un empuje que no funciona acorde con las reglas de una biología pura, que sólo estuviera comandada por el orden de la vida” (párrafo 1). Según el autor, en lo que respecta por ejemplo a la necesidad de satisfacer el hambre, refiere que es imposible para el ser humano abastecerse sólo con los nutrientes necesarios (Vegh, 2013). Es así que en la experiencia del comer se condensan cuestiones que trascienden a la necesidad de alimentarse.

Entiendo entonces que las nominaciones como “problemática social” aparecen para dar cuenta de un fenómeno que atraviesa las prácticas de los profesionales de la salud pero que en ocasiones excede las conceptualizaciones inherentes a ellas. Visualizo que ésta nominación aparece en voz de las distintas disciplinas insertas en el hospital (psicología, psiquiatría, trabajo social y enfermería) que buscan darle un sentido a un fenómeno que se escapa de la comprensión o de los apriorismos de los marcos teóricos y de referencia.

La intención de dejar por fuera, de no internar a aquellos con “problemática social” como se refiere en el texto de Acuña la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, tiene al menos dos implicaciones subyacentes. En primer lugar, y como se mencionó, la ficción de que se puede disociar lo que es la patología de lo que es el entorno social de un sujeto. En tanto esto la psiquiatría y las demás disciplinas de la salud mental se encargarían solamente de asistir a la patología del individuo.

Germán Berríos, médico psiquiatra que ha procurado reflexionar en torno al marco epistemológico de la psiquiatría contemporánea, refiere que la psiquiatría clínica se encuentra en un punto de tensión, debido a que las cuestiones que observa no condicen con el marco en el que se referencia (la psiquiatría biológica), ya que se parte de la idea de la enfermedad como “cambios anormales en el cerebro” (Berríos, 2011, p. 12). En tanto esto refiere que la psiquiatría actual debería preguntarse “¿Qué clases de objetos de estudio son (o deberían ser) las enfermedades mentales?” (Berríos, 2011, p 13). Siguiendo los planteos de este autor entiendo que cuando se pretende dejar por fuera a los que tienen una “problemática social” se está haciendo un intento de circunscribir el campo de acción de la psiquiatría, a pesar de que, de lo observado se desprende que al menos en el servicio estudiado, (un hospital público) la “cuestión social”, es decir, de la pobreza asociada a la locura, se observa en un gran número de personas. Los equipos de salud mental no cuentan con las herramientas para abordar esta problemática, y ensayan prácticas que se basan en cuestiones que no refieren a la dimensión técnica de sus disciplinas (por ejemplo prácticas de caridad o prácticas de exclusión).

En concordancia con esto, otra dimensión que subyace a la idea de que se puede excluir del ingreso a los sujetos con “problemática social” es la cuestión de ¿quiénes son caracterizados como tales? ¿En base a qué criterios se delimita quién sí y quién no? En la bibliografía encontrada no existen criterios específicos delimitados. Se entiende que la práctica de no internar a determinado tipo de personas, así como de sí darles algunos beneficios como comida o boletos, no se basa en un estudio de indicadores o en un criterio transparente de la institución sino en una cuestión de cómo se reconoce al otro.

Hago acuerdo con Velho (1989) quien refiere que toda representación del otro social es ideológica. Según el autor, los sujetos que habitan una comunidad realizan un mapeo social, en donde de modo implícito saben identificar de manera consensuada quién es pobre, quién es rico, entre otras dimensiones (Velho, 1989, p. 81). Refiere que dicha representación social se puede observar a través de palabras o frases que denomina “unidades mínimas ideológicas” que condensan cómo se está significando a ese otro. En relación a lo anteriormente mencionado, entiendo que en la frase “problemática social” se condensa esa visión del otro como pobre, sin posibilidad de aprovechar los recursos que el sistema de salud le brinda, y que por otro lado debe conformarse con lo que se le da y no pedir más.

En palabras de Velho, los sujetos establecen:

(...) um modelo consciente de uma imagem da sociedade comum ao universo pesquisado. Essa sociedade é, para esas pessoas, constituída por estratos que têm como uma de suas definições essenciais a sua distribuição espacial que vai ser fundamental para definir os status dos individuos atribuindo-lhes mais ou menos vantagens ou privilégios que são, básicamente, as oportunidades de acceso a determinados padrões materiais e não materiais. (1989, p. 81).

Lo que no es habitualmente tomado en cuenta por parte de los equipos técnicos, es que los sujetos internados, que también forman parte de la comunidad, cuentan con las mismas herramientas para realizar ese mapeo social e intentan moverse dentro de la misma.

Ejemplo de esto es el relato de José, quien suele alternar sus estadías en el hospital con paradas en puertas de discotecas de clase media y alta y centros comerciales y que refiere “*si me cambio de ropa con esta cara paso por cheto*” (destaco que tiene tez muy blanca y ojos verdes). Es así que José compara su aspecto actual, de paciente del hospital (muestra sus championes rotos y su ropa que no es “*de marca*”) con lo que utiliza cuando se mueve en esos ámbitos. Los espacios público-privados como las discotecas o los centros comerciales son conocidos por reservarse el derecho de admisión. José tiene claro que no podría entrar a esos espacios con el atuendo que viste dentro del hospital, pero por contraparte tiene también claro que “*las pilchas*” que viste en esos lugares no son las adecuadas para cuando se encuentra dentro del hospital. Es frecuente que en nuestras conversaciones también dé

cuenta no sólo de que tiene claro cómo es mirado (como “paciente”, como “pastero”, como “cheto”) sino que muestre el mapeo que él hace de su interlocutor: suele comentar sobre mi aspecto haciendo reflexiones acertadas respecto a que, aunque por mi estatus socio económico podría acceder a ropa “de marca” (prendas que tienen un valor extra por el hecho de pertenecer a determinada marca de diseño) elijo prendas que no muestran a simple vista si son costosas o no y que usualmente son poco llamativas.

Por otra parte, en conocimiento de sus derechos, Noelia, entrevistada en la sala de emergencia a pocas horas de ingresar, elabora una lista de cosas que necesita para hacer llegar a su madre. Dicha lista, que se transcribe a continuación, es escrita en mi cuaderno de campo:

“Preguntar si puede venir o mandar a alguien.

Presiso

Shampo crema y una maquinita de afeitarse

Un jabón y azúcar

Sigarros

Que le pregunte a mi hermana x si puede venir

Sino que venga mi hermano

Yo Después le pago”.

Cuaderno de campo, 16 de abril de 2018.

Noelia ha transitado una vida de institucionalización, comenzando por centros de amparo en su infancia, centros de internación psiquiátrica para menores en su adolescencia y hospitales generales y psiquiátricos en su vida adulta. Cuando se le pregunta acerca de esas otras instituciones responde en reiteradas ocasiones que “*es como acá*”. Con esto refiere que también conoce de qué se trata el ser paciente y qué es lo que estas instituciones tienen para ofrecer. Hace referencia a que todas las instituciones por las que ha transitado tienen en común las prácticas de dar medicación por vía inyectable, de ponerle medidas de contención y que si bien no le gusta: “*si estoy mal me tengo que recuperar*”. Lo que se destaca de la entrevista es que tiene un mapeo realizado sobre las instituciones que comparten ciertas características, y en tanto eso sabe qué esperar. Es por eso que lo que solicita en su lista recién llegada a la institución son cuestiones tales como “*maquinita de afeitarse*”. Su trayecto por las instituciones estatales en su vida adulta involucran generalmente a hospitales, de hecho relata cómo realiza un recorrido que parte de alguna emergencia de un hospital general y finaliza inequívocamente en la emergencia del Hospital Vilardebó.

Su ingreso a hospitales generales en ocasiones es porque realiza IAEs (intentos de autoeliminación) o en otras ocasiones porque debe ingresar por una patología crónica que

padece, y al ser ingresada realiza conductas disruptivas que derivan en que la trasladen luego de la compensación de su cuadro orgánico al Vilardebó. Noelia dispone de medicación por su patología orgánica, que en ocasiones utiliza para realizar IAEs. Además, esto le brinda un particular conocimiento respecto a lo que los equipos de salud y de salud mental pueden y no pueden hacer con ella en relación a su patología psiquiátrica por su patología orgánica.

“Me inyecté insulina, vine desde el M. Una vez vine desde P, otra desde C²⁶”. Luego relata que en el Vilardebó suelen inyectar a los pacientes para calmarlos pero que ella sabe que a ella no la pueden inyectar ya que sufre de trombosis (*“estoy anticoagulada”*).

Lo anteriormente descrito lleva a pensar que la práctica de parte de los equipos técnicos de incluir (o excluir) a una parte de los sujetos que reingresan con frecuencia al hospital, tiene que ver con la visión que sobre ellos pesa, que podría asociarse a la “unidad mínima ideológica”, (en palabras de Velho), “problemática social”.

Es decir, aquellos que son vistos más como pobres que como pacientes, y que se entiende que el motivo que los lleva a reingresar es el contar con necesidades básicas insatisfechas y no una descompensación de su patología, son tratados de un modo particular, sea desde una perspectiva asistencialista, como queda ejemplificado en ciertas prácticas de los equipos sociales del servicio, como desde una perspectiva de exclusión, como se enuncia en los criterios de internación establecidos por la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.

Por otra parte los propios sujetos realizan sus propios mapeos de sí mismos y de los otros, y utilizan las herramientas que tienen a su alcance en este sentido. Es así que, si bien toman en cuenta como un motivo de reingreso al hospital que cuentan con la satisfacción de algunas necesidades, parece importar en todos los casos otras cuestiones que el servicio tiene para ofrecer, y en ningún caso se mencionan cuestiones tales como el hambre o el frío como motivos que llevan a pedir asilo en el hospital. En tanto esto, se adaptan al mapeo que sobre ellos se hace, y saben cómo debe vestir un paciente psiquiátrico (uno pobre), saben qué color de piel habitualmente tienen quienes hacen usufructo de ese servicio y qué no deben pedir porque ya está dado por la institución. La cuestión de la representación social del otro y la carga ideológica que dicha representación conlleva, hace parte indisoluble del vínculo que se establece entre los usuarios y los equipos técnicos que con ellos trabajan.

Parto del supuesto de que además, no es “la cuestión social” (como eufemismo de la pobreza) a secas, ni la agudeza de la patología en sí misma (como un ente que pudiera ser falsamente aislado) lo que lleva a algunos a retornar al hospital con insistencia. Como se esbozó en los ejemplos citados, el hospital es un punto de paso en un recorrido, como en el caso de la entrevistada que elabora su lista, o como en el caso de José que logra moverse entre estratos sociales y habita otros espacios destinados a otras clases sociales. La idea de

²⁶ “M”, “P” y “C” son las iniciales de tres hospitales generales que nombra

que los reingresadores frecuentes delinear un recorrido se desarrollará en el capítulo siguiente.

5.2. Mi pago es donde yo ando

Juan José Morosoli, escritor uruguayo de inicios de siglo XX, relata en sus cuentos la vida de la población rural de ese entonces. En uno de sus cuentos, publicado póstumamente, cuenta una historia sobre la vida y muerte de un gaucho. El título de dicho cuento que es justamente, *Un gaucho*, (y no El gaucho) habla de la manera de Morosoli de decir a través de la narrativa sobre un sólo sujeto, algo sobre otros con los que este comparte características. Es así que en su relato, Montes, su protagonista, es Un gaucho y es Los gauchos, ya que hecha luz sobre algunas prácticas típicas de este colectivo, como ser su vida nómada.

Se transcribe el cuento a continuación. Se destaca que los resaltados en negrita son míos.

Un gaucho

Juan José Morosoli

(1982)

Montes llegó a la pulpería de Anchorena en su propia carreta.

Tendría poco más de veinte años. Era fuerte, buen mozo, callado y guapo.

Se acercó a la reja y le dijo al pulpero:

-Sé que murió su carrero viejo y vengo por si me precisa.

Anchorena, con su gran franqueza de vasco, le preguntó:

-¿De dónde sos?

-De Puntas de Pan de Azúcar.

-¿Y en tu pago no tenían trabajo?

-Mi pago es donde yo ando -le contestó Montes.

El vasco le dio trabajo pero se quedó pensando: "¿Por qué un viaje tan largo, de vacío, para solicitar trabajo? Cambiaban de pago los contrabandistas. Los domadores. ¡Pero los carreros"!... Al fin dejó que el tiempo le contestara las preguntas.

Después se convenció que Montes había cambiado de pago porque sí. Y que cualquier día levantaba el poncho otra vez. Era un buen carrero, pero no tenía alma de carrero.

Estuvo allí poco más de un año. Hasta el día en que Martina dio a luz una niña. Martina era la peona de la casa. Cocinaba, lavaba y ordenaba la pieza del dueño, que era cincuentón y soltero. Atendía, además, la mesa del almacén cuando llegaba algún viajero. Allí solían parar "corredores" de comercio o "cuarteadores" de contrabandistas, que venían a vender parte de la carga de sus compañeros. Una mujer así puede tener un hijo y el hijo ser de ella nada más.

Al irse, Montes, le dio paternidad a la hija de Martina.

Mucho tiempo después se supo que estaba en el Chuy, allí cerca del almacén del turco Gómez. Morales encontró la carreta. Llegó al negocio y preguntó por Montes.

-Trabajaba aquí -contestó el turco-. Un día dejó la carreta, cruzó la frontera y no vino más.

-¿No será muerto?, -interrogó Morales.

-Tal vez esté de contrabandista... Pero no aquí... Mucho más arriba...

Estaba en Piedras Negras, diez o doce leguas más arriba del desagüe del Chuy, tras la frontera. Con rancho y mujer.

Allí tuvo querencia tres o cuatro años. Rico un mes, pobre dos. Hacía vida con la Bayana Paula, que no le aflojaba en nada. Era una vida brutalmente linda o extremadamente peligrosa, sin término medio.

Cuando Montes realizaba tres o cuatro "pasadas" de contrabando, por cuenta de otros que no querían exponer la vida, volvía al rancho, platudo y ansioso de caricias. La Bayana lo acechaba más que lo esperaba. Ardían los dos como dos brasas. Eran amores como fiebres con pausas de caña, buena mesa y siestas que terminaban a boca de noche.

Cuando él empezaba a faltar del rancho buscando "pasadas", la mujer, que era celosa, barullenta y boca sucia, comenzaba a exasperarse.

Montes le contestaba con el silencio hasta que la mujer se hacía insoportable. Entonces le daba una buena "untada de lomo" y partía.

Ella soportaba la soledad tremenda del lugar hasta que él volvía.

Era entonces una fruta de piel tirante y ardiente que se deshacía en mieles.

Una noche apareció el caballo de Montes ensillado frente al rancho.

Ella no supo más de él.

Ocho o diez años después, el negro Beracochea, que subió hasta Aceguá con una tropa, trajo noticias suyas. Lo había encontrado de mercachifle de frontera, en un carro de cuatro ruedas.

-¡Güé! -lo paró el negro-. ¡Contesta si sos Montes!

-El mismo -dijo él.

El negro recostó el caballo al carro.

-¿Me conoces? -preguntó.

-De Los Tapes. ¿Beracochea?

-¡Pues! ¿Y qué es de ni vida?

-Bien. ¿Y la gente? ¿Don Anchorena?

Preguntaba como si fuera ayer que hubiera dejado el pago.

-Bien. Todos bien. ¡Grande la muchacha!... Se anda por casar.

Pareció recordar Montes.

-¿La de Martina?

-¡Claro!

-¡Mira!

La tropa se iba lentamente camino adelante. Montes y el negro se habían quedado sin tema. El negro no se atrevía a preguntar más y Montes no necesitaba hacer preguntas nuevas. Nunca necesitaba hacer preguntas. Montes.

-Los guampudos no esperan -dijo Beracochea terminando-. ¿Nos veremos después? -agregó.

-En el camino estamos -contestó Montes.

Y cada cual siguió su rumbo.

Tal vez hubieran pasado seis u ocho años del encuentro con Beracochea, cuando Anchorena fue a Melo con unos lanares finos para una exposición.

Bajó frente a la enramada de una pulpería, a fresquear un rato, cuando llegó Montes.

Manejaba un carricoche con un cajón atrás. A su lado venía otro hombre. Era un gallego que vendía vírgenes y santos, oraciones para curar las picaduras de víboras y libros de versos criollos.

Anchorena le saludó con alegría ruidosa.

-¿Anda bien? -le preguntó.

-¿Bien? -señaló al gallego y agregó:

-¿No ve que ando llevando este hombre vendiendo santos?

Era una respuesta con espinas y fastidio. Anchorena lo invitó a tomar algo y se acercaron a la reja.

Después el vasco sacó unos pesos y se los ofreció.

-Tome Montes... A mí me sobran y usted los precisa.

-Gracias -rechazó-. No lo voy a ver más pa devolvérselos.

El vasco insistió un poco pero comprendió que era inútil.

-¿Dónde vive. Montes?

-En todos lados. . . ¡Qué v'hacer!...

El vasco se despidió y partió.

Montes ni se movió de la reja donde estaba como preso del camino, empujado hasta allí por el camino, mirando hacia adentro del negocio, como si mirara una tierra tendida hacia el horizonte.

En la pulpería de Bentos en la franja fronteriza, se realizaban unas carreras. Hasta el otro día en que enfrenaran, la gente hacía tiempo jugando al monte. Casi a oscuras, en un galponcito de guardar peleros y cajones, ocho o diez viejos despuntaban el vicio en jugadas de a real. Entre ellos estaba Montes.

Un negro viejo medio borracho negó una jugada.

Montes se levantó, se acercó al hombre y lo tomó del pañuelo del cuello.

-¡Si no tenes plata anda pa afuera!

El negro sacó un cuchillo y se lo sepultó en el vientre.

Ahora que estaba frío se veía la vejez y la pobreza de Montes.

Calzaba alpargatas, con la lona cosida con tientos en la suela deshecha. Vestía una bombacha brasilera mal zurcida y llena de remiendos. Una camisa vieja y sucia le mal cubría el pecho donde tiritaba la pelambre gris, como hilos de ceniza. La barba subía hasta las sienes hundidas de golpe. La boca chupada hacia adentro, hacía saltar la nariz de filo helado.

Mientras la gente gritaba sus apuestas en la pista de Borges, cuatro o cinco viejos conducían el cajón hacia el camposanto.

Contra camino galopaba un hombre.

Alcanzó el cortejo. Era buen mozo. Venía bien montado. Tenía buena ropa.

-¿Montes? -preguntó.

-Sí. Él.

Uno de los viejos se agachó, tomó un terrón y lo arrojó sobre el cajón de madera limpia. El mozo lo imitó.

El que había arrojado el primer terrón se incorporó y preguntó:

-¿Usted lo conocía?

-No -dijo el mozo- pero no está lejos que fuera mi padre...

En el cuento Morosoli relata la trayectoria de Montes, un gaucho que se presenta como un viejo conocido y a la vez un desconocido. Aquellos que lo encuentran en los distintos puntos de su recorrido se preguntan sobre los motivos que lo llevan a permanecer siempre en movimiento y a nunca instalarse en ningún lado. Es así que las voces de los personajes secundarios de este cuento van describiendo el recorrido de Montes, cuestión que él parece no poder hacer por sí mismo, ya que cuando es interpelado por los otros responde de modo críptico, cuestiones tales como "mi pago es donde yo ando", o que refiere vivir "en todos lados". Parece así que la práctica de Montes (común en los relatos de los gauchos de la época) se torna un problema para su entorno pero no queda claro que configure una pregunta o un conflicto para sí mismo. Sí lo es para la mujer que abandona una y otra vez o para aquel que le da trabajo y se queda sin su empleado de un día para el otro. Por otra parte llama la

atención la aparente contradicción de Montes, quien logra realizar un acto respecto a su filiación (reconocer a una niña como suya) en el momento en que va a partir nuevamente.

Esto muestra que la trayectoria de Montes no es sin dejar marcas. Es un recorrido que marca una trilla, para seguir con el lenguaje campestre. La trilla es por un lado un camino seguro, y es por otro lado lo que separa, (el grano de la paja). Marca un recorrido pero es a la vez un lugar en sí mismo (se distingue de la masa homogénea de la llanura).

La pregunta por aquellos sujetos que no logran establecerse en un lugar se reitera en distintas épocas y lugares. Los gauchos de Morosoli, *les alienés voyageurs* de Tyssié, o los *revolving door* o *heavy users* de las últimas décadas llaman la atención y generan preguntas. ¿Por qué éstos sujetos no se asientan aunque tengan la oportunidad de hacerlo? ¿Qué motiva sus recorridos, si es que hay un objetivo en ellos?, ¿se puede pensar en un recorrido, en el sentido de una trayectoria lineal que comienza y termina, cuando suele observarse que retornan a los mismos lugares una y otra vez y que dicho recorrido parece no tener fin?

El poeta francés Arthur Rimbaud, conocido como el “poeta errante” da sentido a su propia itinerancia refiriendo que se siente condenado a errar²⁷. Una errancia que sin embargo no es del todo inercial, ya que lo lleva por ejemplo a retornar a su país para morir.

Asimismo, Montes retorna a aquel lugar del que partió, o al menos del que parte el relato, para encontrar la muerte. A continuación se narran las entrevistas realizadas a Omar, uno de los entrevistados, en donde se podrán observar cuestiones vinculadas al recorrido que caracteriza a éstos sujetos.

5.3. Omar, del no ha lugar al no lugar

En el primer encuentro Omar muestra características que se reiterarán a lo largo de los siguientes: es intempestivo, espontáneo e interesante. El psicólogo de su sala le había hablado de mí y la investigación que me encontraba llevando a cabo. Es por eso que me busca, y cuando me encuentra comienza a hablar sin que medie palabra de mi parte. Algo que caracteriza a Omar es su capacidad de responder a la altura de lo que se espera de él. Es así que, sin que medien preguntas de mi parte, lo primero que me dice parece responder a la pregunta de mi investigación:

“Cuando estoy en el Vilar me quiero ir, cuando estoy en v^{28} me quiero ir”. A través de ésta frase da cuenta de que es frecuente que quiera irse de los lugares que lo albergan.

Refiere que hace tres semanas que está internado, y que lo ha estado más de diez veces. Marca el comienzo de sus internaciones a los 18 años tras el fallecimiento de su abuelo.

“Me quedé sólo con mi madre que es una hija de puta. Me echa, me llama a la policía”.

²⁷ “*Je suis condamné à errer, attaché à une entreprise lointaine*” (La Pléiade, p.364/365). “Estoy condenado a errar, atado a una empresa lejana” (la traducción es mía). Cabe resaltar la doble connotación en francés del “Je suis” que es a la vez “yo estoy” y “yo soy”.

²⁸ Organización no gubernamental que trabaja con usuarios con consumo problemático de sustancias.

En cuanto a lo ocurrido, cuando fallece su abuelo refiere que fue internado y recibió ECT porque *“no paraba de querer matarme”*. *“Me encontraron colgado del ventilador, por la muerte de mi abuelo.”*

En la actualidad, dice que realiza un recorrido que implica estar en la calle durante el día y en refugios nocturnos del estado durante la noche, alternando con períodos en los que se queda en casa de su madre, aunque dice que no *“aguanta”* más de una semana con ella.

Respecto a la estadía en los refugios, tiene un circuito predilecto. Se presenta en *“puerta de entrada”* (el primer punto del recorrido para ingresar a refugios nocturnos), y generalmente luego va al refugio que ya conoce en el centro de la ciudad. Por otra parte refiere que cuando tiene dinero para comprar Pasta Base se queda en la calle durante las noches y no se presenta en puerta de entrada.

Dichos puntos del recorrido se alternan con las internaciones en el hospital. *“Tengo pase libre, vengo a la emergencia.”* Omar refiere al carné que lo habilita a viajar gratuitamente en los ómnibus por tener una discapacidad certificada por el estado, pero habla también de una manera de ingresar al hospital. Libre en este caso parece ser un eufemismo de obligatorio, dado que habitualmente es internado por orden de un juez. Las internaciones compulsivas se dan en ocasiones por eventos disruptivos en espacios públicos o por fugarse del servicio de salud, ya que, cuando se fuga, se presenta en la comisaría, a denunciar la pérdida de su cédula, que queda retenida en el servicio de salud para poder realizar trámites con el papel de denuncia, como solicitar préstamos o cobrar su pensión por discapacidad.

“La primera vez gilée, fui a denunciar para cobrar en x²⁹.” Al ser habitualmente las internaciones de Omar judiciales, como se mencionó, debe permanecer en el hospital hasta que el juez autorice su egreso. Como es frecuente que se fugue, queda en una situación de ilegalidad y, al ir a denunciar su cédula de identidad se activa un sistema de alerta que lo devuelve al hospital, ya que, como refiere está *“requerido”*. Vale aclarar que Omar comprende perfectamente la paradoja entre querer fugarse y presentarse en la comisaría, lo cual tendrá como indefectible consecuencia que lo devuelvan al hospital. Comenta al respecto *“no me conviene fugarme porque me agarra la policía”*. Pero añade en seguida: *“para cobrar necesito la cédula.”* La frase anteriormente descrita se presenta *a priori* como contradictoria. Entiendo que hablan en Omar dos voces cuando la enuncia.

Por un lado, Omar, quien se siente al igual que Rimbaud, condenado a errar, a estar en constante movimiento, de Brasil a Uruguay (ya que se dice originario de una región de Brasil a la que constantemente intenta retornar en busca de sus padres), del hospital al centro de la ciudad, del centro a un barrio de la periferia montevideana, etc. Hasta en sus sueños necesita desplazarse: *“sueño que me persigue un Volkswagen y corro, corro, corro”*.

²⁹ Nombra una conocida empresa que otorga préstamos.

Por otro lado, el Omar que es captado por el aparato médico-legal, aparato que interrumpe y a la vez circunscribe sus recorridos, haciendo que pendule entre el hospital psiquiátrico y la comisaría una y otra vez, y que refiere que no le conviene fugarse. En este segundo registro es que aparece una voz de Omar que se presenta como contradictoria en relación al primero, que buscaba fascinar a su interlocutor con las historias de sus recorridos y travesías.

Foucault ha desarrollado extensamente la unión entre el discurso médico y el discurso penal. Según refiere dicho enlace empieza a gestarse en el siglo XIX (1996, p. 104) cuando la psiquiatría comienza a intentar explicar crímenes que no podían ser explicados por el marco legal. El motivo de tal intromisión es, según el autor, que con el desarrollo industrial se visualiza a los sujetos como un solo cuerpo social que debe ser rehabilitado afín de mantener su productividad. Esto incluye prevenir los futuros exabruptos de los sujetos, indicando su nivel de peligrosidad potencial y estableciendo medidas como el encierro preventivo. Este enroque de disciplinas deja a los sujetos con patología psiquiátrica bajo una doble tutela; según el autor la cuestión de la locura no tenía respuesta porque, debido a que el sujeto asumía fácilmente su responsabilidad pero no mediaba la culpa, el castigo carecía su sentido. Es así que el autor señala la paradoja entre la necesidad de condenar y la pérdida de la función del castigo:

Habiéndose convertido entonces la razón del crimen en la razón de castigar ¿cómo castigar un crimen sin razón? Para castigar se necesita saber cuál es la naturaleza del culpable, su dureza de corazón, su maldad, sus intereses o sus inclinaciones. Pero si no se cuenta más que con el crimen por una parte, y con el autor por otra, la responsabilidad jurídica, seca y desnuda, autoriza formalmente el castigo, pero no puede darle un sentido (1996, p. 109).

Frente a esto aparece la idea de la “punición legal como técnica de transformación individual” (1996, p. 110), y en función de esto el encierro como medida preventiva, de acuerdo al grado de peligrosidad del sujeto, y como medida de “defensa de la sociedad” (1996, p. 113).

Percovich (2015), analizando las memorias del Presidente Schreber, retoma lo que señala Foucault (1974/75) cuando recuerda que la pericia psiquiátrica transcurrió históricamente por dos etapas. Una, en la cual, quien comete un acto ilícito estando fuera de sus cabales no es responsable de tal acto, mientras que quien lo hace siendo dueño de sí mismo, puede definirse autor de un crimen y le corresponde por lo tanto un castigo. Refiere Foucault que: “la prueba pericial contemporánea sustituyó esa división (...) se ve a los jurados de la justicia penal declarar que alguien es culpable y además, al mismo tiempo, solicitar que, pese a su culpabilidad afirmada por la sentencia, se lo interne en el hospital psiquiátrico por ser un enfermo. (...) Poco a poco se urde entonces esta especie de continuum médico judicial.”

(Foucault, 1974/1975, p. 38). Esta urdimbre va dando lugar, según el autor, a la idea de peligrosidad asociada al loco.

Omar, quien, haciendo eco de lo planteado por Velho (1989) logra tener un mapeo claro de qué lugar ocupa él para la sociedad, interrumpe los momentos en que da un testimonio sobre sus andanzas con frases que aparecen como señales en el camino, como la cuestión de la “no conveniencia” de la fuga. ¿Para quién resulta inconveniente que Omar se fugue? ¿Es para sí mismo o para los otros?

Es frecuente observar en las entrevistas la aparición de frases que parecen dirigidas no al otro-interlocutor que en lugar de testigo se dispone a escucharlos, sino más bien a aquel otro que en lugar de juez pretende que ellos den cuenta de su discurso de arrepentimiento.

Como ya se señaló, una mujer internada refiere en la puerta de emergencia: “*Acá en realidad no me gusta pero si estoy mal me tengo que recuperar*”.

“*Voy a hacer las cosas bien, todo lo que me digan que tengo que hacer en y*³⁰” refiere Fernando, otro entrevistado, quien agrega: “*como que los demás me ven como que soy malo.*”

Los reingresadores frecuentes, habitantes intermitentes y perseverantes de los servicios de salud, conocen la asociación entre la psiquiatría y el sistema penal. Saben bien que su egreso no depende exclusivamente de la decisión médica, sino que se pone en juego un sistema que busca comprobar si están aptos para vivir en sociedad. En tanto ello, buscan dar explicaciones a sus conductas por fuera de la norma, como Omar, que en una de las entrevistas, cuando me explica por qué ingresó en esa ocasión, refiere: “*me inyectaron ganas de robar. Si robabas te convertías en zombie*”; “*yo no robé, tremendas ganas de robar impresionante*”.

Según Omar fue su psiquiatra tratante, con quien tiene un vínculo de familiaridad quien se encargó de las personas que querían hacer el mundo zombie, y por lo tanto ya no tiene ese problema. Una psiquiatra que es a la vez quien lo sanciona por sus robos o intentos de robo, y es a la vez quien pone a los malos en vereda (o a lo malo de él mismo bajo control). En el ejemplo citado Omar transmite claramente cómo el hacer efectiva la ley y poner orden es una tarea que queda en manos del aparato médico. Pone de manifiesto a su vez cómo por momentos él discute con ese discurso (se fuga, no respeta la sanción que sobre él recae) así como en otros lo asume y se implica: “*fumo bazoco*³¹ *y armo problema*”.

Jacques Lacan (2008) definió que los sujetos estamos atravesados por cuatro discursos que se relacionan entre sí: el discurso del amo, el discurso universitario, el discurso histórico y el discurso del analista. Clavreul (1983) por su parte, al analizar el discurso médico, dirá que puede ubicarse dentro de lo que Lacan refirió como discurso del amo (tomando la dialéctica del amo y el esclavo propuesta por Hegel). Tal afirmación se basa en la idea de que

³⁰ Nombra un centro de rehabilitación para consumo problemático de sustancias.

³¹ Mezcla de Pasta Base de Cocaína con marihuana

el discurso del amo es aquel que pretende poner orden con una intención de dominación, y que pretende una totalización imposible.

Así, el autor señala que el discurso médico toma los signos y señales de lo que observa en el sujeto, y a partir de ello realiza una lectura que pretende explicar lo que al otro le ocurre, desde una postura de certeza y sentido; según Clavreul, en este sentido “la etapa del diagnóstico es un acto de dominio, de maestría” (1983, p. 194). Y añadirá: “(...) el producto del discurso del amo es la constitución de un objeto; hemos visto que en el caso del discurso médico ese objeto es la enfermedad.” (1983, p. 196). Es así que entiendo que en ocasiones, los entrevistados, al haber transitado incontables veces por internaciones psiquiátricas, son voces que encarnan ese discurso del amo, maestro, médico, y desde ese lugar encuentran explicaciones acerca de lo que les pasa, tales como las que se ejemplificaron anteriormente y otras que se añaden a éstas. Gloria refiere: “(...) *entré por una depresión posparto*”; Juan relata que se internaba porque “*fumaba pasta base y no tomaba la medicación*”; y Natalia que “*por la medicación vuelvo (...) una medicina para sentir alivio*”; otros entrevistados apelan a sus diagnósticos: “*trastorno bipolar, del humor*”. Natalia por otra parte manifiesta sus deseos de egresar desde el Hospital Vilardebó a un centro de rehabilitación en adicciones ya que allí “*dibujan mandalas, te dan la medicación, te ayudan más*”.

En Omar, como ya se refirió, estas explicaciones que dan sentido, desde el discurso médico, a lo que le ocurre, como la cuestión de la no conveniencia de fugarse o de que son las drogas lo que lo lleva a cometer actos ilegales, se contradicen con otro tipo de explicaciones sobre lo que le ocurre.

Clavreul (1983) contraponen al discurso del amo el discurso de la histérica, como aquel que no se amolda al diagnóstico y al tratamiento que para sí es predispuesto. El discurso de la histérica es aquel que teoriza, que produce su propio saber, y que en su veta camaleónica es todas las enfermedades y ninguna a la vez (p. 199). Según el autor es el que de este modo desconcierta al saber médico.

Añade, por otra parte, que es un discurso que testimonia pero sobre su enigma. Recordemos que Lacan (2015), en su *Seminario Tres* titulado “*Las Psicosis*” refiere al discurso de la psicosis como aquel que testimonia, en el sentido etimológico del término que alude a declarar sobre sus *testis* (testículos en latín) es decir, como aquel que declara su ineludible verdad en base a algo que le es valioso y visible (los testículos que representan su hombría). Clavreul (1983) por su parte, refiere que el discurso histérico, desde el cual se posicionan en ocasiones los enfermos, también testimonia, pero alude a un testimonio que se diferencia del origen del término que establece Lacan, ya que referirá que los enfermos dan testimonio sobre algo que resulta invisible y enigmático para la figura del médico, y que por tanto genera desconcierto (p. 200).

En relación a Omar, entiendo que mucho de su discurso se posiciona en este punto de cuestionamiento del saber médico, por ejemplo, sus fugas constantes o sus explicaciones

sobre los conflictos que tiene en la calle. Respecto a estos últimos, el sentido que Omar les da a dichos conflictos es que: *“si tenés el cuero cabelludo duro es porque fuiste a la guerra”*, mientras muestra las cicatrices en su cabeza resultado de peleas en la calle, que configuran algunas de las batallas libradas en el marco de esta guerra entre sicarios, asesinos y zombies en la que vive. Es decir, las explicaciones que da a sus conductas disruptivas no están del lado de los sentidos que el saber médico da a estos actos (en general aluden al consumo de sustancias psicoactivas o a la descompensación de la patología o a una combinación de ambas), sino que van por otro camino.

Gerardo, otro entrevistado, referirá que *“(…) la locura está mal interpretada, a los grandes genios los catalogaron como locos. La única respuesta es el hospital psiquiátrico, (somos) personas muy sensibles frente a los estímulos, que se sienten aplastados, por la contaminación sonora”*.

Es así, que en el seno de las internaciones constantes, se visualiza que los sujetos de reingreso frecuente hacen eco del discurso médico, un discurso que los pone en un lugar determinado del mapa social, desde el cual sus conductas disruptivas son explicadas a cabalidad por la descompensación de su patología o las cuestiones comórbidas como la adicción. Aparecen como contrapunto los enunciados que testimonian y desconciertan al aparato médico-legal, que responde con la terapéutica farmacológica y el encierro como medida preventiva, de acuerdo al grado de peligrosidad que se evalúa en el sujeto.

De este modo, el usuario queda siendo un engranaje del aparato médico-legal. Cabe preguntarse ahora qué sucede con la sanción, con la pena que éstos sujetos, en su carácter legal de inimputabilidad, cumplen.

Según Foucault, y como ya se mencionó, las penas en el caso de los sujetos inimputables no refieren a un modo de castigo sino a un modo de proteger a la sociedad del potencial peligro que ellos representan (1996, p. 113). En tanto esto, cabe preguntarse, ¿hasta cuándo es el sujeto peligroso? ¿Cuánto dura una pena? Un reingresador frecuente, que tiene un diagnóstico de retardo mental y que ha ingresado en varias oportunidades al hospital por realizar rapiñas en espacios públicos, refiere: *“psicóloga, me quiero ir p'al COMCAR porque mi hermano está ahí, y de ahí salís antes.”* El planteo que puede parecer *a priori* irracional (¿cómo alguien podría preferir la cárcel a la comodidad del hospital psiquiátrico?) tiene mucho de cierto. Es factible que su hermano egrese antes de la cárcel debido a que tiene una pena estipulada de antemano para cumplir. Esta persona fue internada por más de cinco años por dos delitos: uno de ellos fue robar un par de zapatos a un transeúnte, ponérselos y quedarse en el sitio en el que cometió el robo hasta que llegó la policía, y el otro consistió en intentar robar una campera a otro sujeto a quien finalmente no le robó y le regaló la comida que llevaba consigo. En el peritaje se refiere que el sujeto a quien intentó robar le dice que no le puede dar su campera porque va a tener frío, tras lo cual el entrevistado le pide que le muestre qué ropa lleva debajo de la campera, y, como efectivamente corrobora que sólo tiene una prenda

liviana, no le roba. Tras más de cinco años en el Hospital Vilardebó es trasladado a un asilo, es decir, que su hermano cumple su pena y sale en libertad, y él es recluido a permanencia ya que no tiene pena. ¿No tiene pena? Los reingresadores frecuentes, son habitualmente internados bajo orden de un juez, y son inimputables. Esto quiere decir, que no tienen una pena estipulada a cumplir, sino que el egreso depende de múltiples factores, como ser el alta médica y la orden del juez, así como de las posibilidades reales de egreso a un lugar distinto a la calle.

Agamben (2002) refiere que el proceso jurídico se mueve por la “*res judicata*”, es decir, por la “fuerza de cosa juzgada” (p. 18). El autor utiliza el término legal para explicar que en el ámbito jurídico pesa más cómo determinado acto fue juzgado anteriormente que si la sanción que sobre él recae es justa, injusta, verdadera o errada. Según el autor, en un proceso jurídico lo que importa no es la sentencia, la culpabilidad o la inocencia, sino que lo que importa es que se celebre el proceso judicial. Refiere que: “el derecho no tiende en última instancia al establecimiento de la justicia, tampoco al de la verdad. Tiende exclusivamente a la celebración del juicio, con independencia de la verdad o de la justicia. (p. 18) y añade que el juicio “es en sí mismo el fin” y que “es él mismo la pena” (p. 19).

En relación a aquellos que son declarados inimputables, pesa un estado de juicio permanente debido a que su egreso dependerá de una constante evaluación médico-jurídica a la que son sometidos, y de ello nunca se desprenderá una pena a cumplir, sino que parece ser el “debido proceso” (proceso que nunca se sabe cuándo finalizará) la pena en sí misma.

Althusser, es un autor que cuenta con un doble reconocimiento. Además de ser conocido por sus aportes teóricos lo ha sido por haber estado internado en un hospital psiquiátrico tras asesinar a su esposa y ser declarado inimputable. Entre sus más famosos escritos se destaca “*El porvenir es largo. Los hechos.*” (1992), una autobiografía en donde da cuenta de su punto de vista respecto al crimen que cometió y a la posterior declaración de inimputabilidad. Al respecto refiere: “Privado de toda elección, en realidad me encontraba metido en un procedimiento oficial que no podía eludir, al que sólo podía someterme” (1992, p. 31). Y agrega: “Tal procedimiento. posee evidentes ventajas: protege al acusado a quien se juzga como no responsable de sus actos. Pero esconde también terribles inconvenientes, que son menos conocidos. El destino del no ha lugar es, en realidad, la losa sepulcral del silencio” (p. 32). El autor, en su autobiografía, reivindica la culpabilidad, la posibilidad de dar testimonio para ser sancionado, y se lamenta respecto a su situación de inimputabilidad, ya que esto lo condena a una pena que no cesa. El “no ha lugar” refiere a que le es denegado su derecho a rendir cuentas, es decir, su derecho a la palabra.

En el caso de Omar y los demás entrevistados, la inimputabilidad detiene el proceso jurídico, o mejor dicho, lo hace continuar celebrándose indefinidamente. Omar, al estar al tanto de que siempre está recayendo sobre él el “debido proceso”, refiere que no le conviene fugarse, dado que entiende que una y otra vez es evaluado y una y otra vez fracasa en el

intento de mostrar su cordura para poder egresar o cambiar de ruta. Se entiende que la encerrona en la que queda Omar, saltando el muro de la farmacia del hospital, para ir a la comisaría, para volver al hospital, muestra que está él en situación de “no ha lugar”, porque no existe un lugar en el que pueda quedarse.

En una sociedad en la que ser sujeto de derecho y sujeto de castigo hace a nuestra identidad, aquel que no le caben tales privilegios queda en un no-lugar, en permanente fuga, y, haciendo nuevamente alusión a Agamben (2005), en permanente “estado de excepción”.

Según el autor, el estado de excepción es una instancia de suspensión de la ley. Debido a una situación determinada, se hace necesario que en tal circunstancia se suspenda la ley. Aquí necesario se opone a contingente, pero existe en este punto una contradicción lógica, dado que se hace necesario que se suspenda una ley de acuerdo a una coyuntura, es decir de acuerdo a la contingencia. Por ejemplo, frente a un golpe de estado, el gobierno *de facto* puede poner en suspenso determinadas leyes, por el hecho de que entiende necesario que así se haga. El autor concluye que en esta contradicción reside la posibilidad de quien detenta el poder de hacer uso de la ley a su favor.

Mercedes Minnicelli (2013), psicoanalista argentina que ha estudiado los efectos de la vida institucionalizada de niños y adolescentes, refiere que el paradigma de derechos que existe hoy por hoy, funda un permanente estado de excepción, en el sentido descrito por Agamben. Con paradigma de derechos me refiero a que subyace un modelo a partir del cual todos somos sujetos de derechos. Sin embargo, según Minicelli, si “hecha la ley, hecha la trampa” todo se pretende regular a través del discurso de derechos, es probable que poco se logre regular. La autora refiere que los sujetos que viven institucionalizados circulan en un permanente estado de excepción, es decir, tienen derecho a muchas cosas, pero se hace necesario que se les suspendan sus derechos una y otra vez, dado que la vida bajo el amparo estatal viola los derechos de los sujetos *per se*. Tomando a la autora se puede decir entonces que los reingresadores frecuentes, cuyos derechos se violentan tanto cuando están fuera del hospital como cuando están dentro, circulan en un permanente estado de excepción. Estos sujetos, que circulan entre el hospital psiquiátrico, las comisarías, los refugios nocturnos y otras instituciones en convenio con el estado, quedan por un lado bajo la protección de la ley, pero también quedan a merced de la misma. En una relación que se establece como de dos términos, la institución se propone como un Otro que goza libremente de dar y sacar derechos.

Por otra parte, Goffman (1961) plantea que una institución total es “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.” (p. 13). Como tal tiene “tendencias absorbentes” (Goffman, 1961, p. 17) entendiendo esto como los “obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros (...). (p. 18). El hospital psiquiátrico desde este punto de

vista es una institución total, cuyo fin es el albergar a personas que cumplen una doble condición, la de no poder cuidarse por sí mismas y la de ser una amenaza para la comunidad.

Las instituciones totales generan una ruptura con el orden preestablecido y sectorizado de la vida que compone la sociedad moderna, es decir que lo que el sujeto en su cotideaneidad realiza en ámbitos separados y con compañías separadas pasa a ser realizado en el mismo ámbito y con los mismos otros, incluyendo a las mismas autoridades de un modo programado y bajo un plan que es el que la institución tiene para el sujeto, y no el que él tiene para sí mismo.

Presentan un carácter binario, es decir que se componen por un grupo de internos que residen en dicha institución y un grupo de funcionarios que sí mantiene contacto con el exterior. Entre ambos grupos existe un vínculo de autoridad del personal sobre los internos y en donde se encuentra restringida la interacción sobre todo en lo que refiere al pasaje de información; así, el interno se mantiene habitualmente en la ignorancia sobre su propia situación. El carácter binario configura “dos mundos social y culturalmente distintos que tienen ciertos puntos formales de tangencia pero muy escasa penetración mutua (...)” (Goffman, 1961, p. 23).

Plantea, por otra parte, que en los casos de larga estadía las instituciones totales generan fenómenos de desculturación en los internos, en el sentido de una pérdida de entrenamiento del estar en la vida cotidiana que los incapacita (p. 26). Denomina a esto un proceso de “despojo del rol” (p. 27) que ese sujeto ocupaba, dado que se genera un corte con el pasado y con el exterior. Estos procesos pueden acabar hasta en la pérdida del propio nombre, lo que hace a uno de los aspectos de lo que el autor denomina como la “mutilación del yo”, que es causado por tales instituciones (p. 31).

En el caso de Omar, así como de los demás entrevistados, se entiende que se alinean parcialmente a lo planteado por Goffman. El Hospital Vilardebó cumple con las pautas que describe el autor, y las prácticas que allí se realizan tienden a lo que el autor define como “desculturación”. Por ejemplo el hecho de que quienes están internados comen la misma comida todas las semanas en los mismos horarios, utilizan cubiertos de plástico, no manejan dinero y ni siquiera gestionan sus bienes como la yerba o el tabaco. Sin embargo, éste encuadre institucional no garantiza que los sujetos se adapten por completo al mismo. Los entrevistados dan cuenta de ésta no adaptación al rol que la institución total pretende darles. Por ejemplo, según Goffman, son los funcionarios quienes gozan de tener contacto con el mundo exterior, pero las fugas de Omar le permiten romper este esquema, ya que como bien dice tiene “*pase libre*”, es decir que puede moverse por la ciudad y entrar y salir del hospital no necesariamente de acuerdo a lo que la institucionalidad dispone para él.

Los sujetos de reingreso frecuente, sujetos del no ha lugar jurídico, no se adaptan a la norma en el lugar para ellos establecidos (el hospital psiquiátrico), y se vuelven habitantes permanentes de no-lugares, en el sentido que trabaja Marc Augé (1992). Los no lugares,

según el autor, son los lugares de paso, que sirven para conectar dos puntos pero que no tiene un fin de ser habitados en sí mismos. Augé plantea que “si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad, ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar” (1992, p 83). El autor con esta afirmación refiere a que una comunidad establece cuáles son los lugares, los que tienen un sentido y una identidad ya delimitada (gran ejemplo de esto sería el hospital psiquiátrico) y aquellos puntos que quedan por fuera como simples conectores o lugares de paso. Entiendo que los no lugares, los muritos, las esquinas, los rincones, pasan a ser lugares para aquel que se sabe sometido constantemente al no ha lugar, como los reingresadores frecuentes.

¿Por qué la alternancia entre el hospital psiquiátrico y la calle? Entre lo que Augé definiría como un lugar el hospital ocupa un lugar central en una comunidad. ¿Qué lleva a los sujetos entonces a alternar entre habitar un lugar cargado de sentido para su comunidad, y necesitar refugiarse en los no lugares, los cuales según sus relatos ellos mismos transforman en lugares? Una entrevistada contará cómo en la calle es cuidada por amigos hombres; Gerardo y Gloria refieren a la “*libertad*” que encuentran cuando paran en plazas y terminales de ómnibus.

Propongo que los reingresadores frecuentes, al ser sujetos del no ha lugar, y tener por lo tanto predeterminado en su comunidad el lugar de internos del hospital psiquiátrico o de las demás instituciones de amparo del estado, buscan hacer de los no lugares sus lugares, afín de poder ocupar otros roles distintos a los propuestos por el aparato médico-legal.

En la calle, Omar es un guerrero de la lucha zombie, y las heridas que porta son heridas de guerra; en el hospital es un paciente psiquiátrico adicto al bazoco que deja caer su ropa y sus fluidos corporales, lo cual genera el rechazo de sus pares. Es aquel que refiere que no me puede ayudar porque le hicieron ECT y no se acuerda de nada. Sin embargo, también el lugar que el hospital les da tiene algo que hace que por momentos lo elija por sobre la calle.

Fernando refiere “*todo el mundo me conoce en la calle y paso mal*”, y Omar por otra parte dice que “*en la calle la gente se burla*”. El anonimato que la institución total propone con su efecto de desculturación también ofrece algo de interesante: “*alivio*”; “*cuatro paredes*”; “*bajar las revoluciones*”; “*me hace bien, el trato de los médicos, los enfermeros*”; “*lugar que encuentro paz en el corazón*”.

En este habitar lugares y no lugares, éstos sujetos van delineando un recorrido.

5.4. El recorrido es un lugar posible de existencia

Respecto a las fugas del hospital, Omar tiene un recorrido armado: “*Por farmacia subo al techo y subo para el otro lado.*” Relata que se ha fugado de este modo alrededor de quince veces. Una vez estuvo atado porque se intentó fugar “*por la puerta grande*”.

La itinerancia de Omar no se inicia con sus internaciones en el hospital psiquiátrico, o en centros de rehabilitación para adicciones, que alterna con sus internaciones en el hospital. Refiere que de chico se mudaba mucho. Además, asocia las fugas del hospital a cuando lo internaban en una “*cárcel de menores*” (centro de privación de libertad para menores de edad que cometen delitos), y a que se fugó (“*salté el murito*”) cuando tenía doce años por “*miedo a que me violen*”.

En una ocasión refiere que se fue del lugar donde estaba porque “*no aguantaba en el refugio*”. Mejor estar en la calle “*porque soy libre*” y con ser libre se refiere a “*fumar marihuana, bazoco, ir al barrio P, a L³², a ver a mi madre, a mi padre*”. A pesar de que dice optar por la calle por la libertad que ésta le brinda se contradice a menudo diciendo que en la calle “*no tengo tranquilidad*” y que por eso en ocasiones retorna al hospital. Por otro lado también aspira a “*Que me den el alta y no volver nunca más*”. En una de las entrevistas realizadas conversamos respecto al por qué no logra cumplir con este objetivo. Refiere que no sabe cómo hacer para no repetir siempre lo mismo.

Sus dificultades para “aguantar” en un solo lugar son la explicación que encuentra a menudo; lo de su madre es un lugar difícil de aguantar, pero también el refugio, también las pensiones en las pocas ocasiones en que ha podido costear alguna, también el hospital, y también las calles. Uno de los motivos a los cuales atribuye sus dificultades para “aguantar” es la “fisura”, es decir las ganas de consumir bazoco. Cuando menciona la fisura su cuerpo tiembla.

Marcelo Real (2014) refiere que “La fisura por la pasta base viene a darle espesor a los bordes de una herida que ya estaba producida y que de nuevo se producirá.” (p. 90). Nuevamente aparece la cuestión de la repetición; según el autor la polisemia del término fisura habilita a pensar cuáles son las fisuras del sujeto que consume, y refiere a la fisura que encuentra entre éstos sujetos y su identidad previa al inicio del consumo, pero también, y que interesa a los efectos de la presente investigación, en que la fisura por la sustancia evoca a la fisura entre generaciones que se observa en las historias de vida de sujetos con consumo problemático.

Cabe destacar que excepto uno, el resto de los entrevistados consumían frecuentemente sustancias psicoactivas ilegales, generalmente Pasta Base de Cocaína.

Excede a los efectos de esta investigación analizar qué sentido (o sin sentido al decir de Real) emerge en relación al consumo de esta sustancia. Tomando a dicho autor se entiende igualmente que la fisura, significativa que es traído a menudo por Omar y por los demás entrevistados, y que cuando se nombra aparecen gestos que acompañan al significativo, remite en ellos también al lugar que habitan, siempre en los quiebres de las instituciones (rincones y muritos como Omar), o en las pequeñas fracturas interinstitucionales.

³² “P” y L” son las iniciales de barrios periféricos de Montevideo

Natalia siempre dice que quiere “*salir adelante*”. El equipo que trabaja con ella relata que sin embargo desperdició la oportunidad de hacerlo, dado que cuando encontraron un lugar para ella en un centro de tratamiento para adicciones en el cual es muy difícil obtener una plaza, se fugó en el traslado entre el hospital y dicho lugar. Aprovechando un descuido de la custodia policial, sale corriendo esposada. Es retornada al hospital por la policía un tiempo después, ya que una vez que se fuga va a sus lugares habituales (la casa de su pareja que funciona además como “boca³³”), ya sin la oportunidad de ingresar al centro para el cual tenía un lugar esperándola. Aquí el equívoco reside en partir de la idea de que para Natalia salir de un lugar de internación para ingresar a otro es sinónimo de “salir adelante”. En la literalidad de la frase, Natalia sale adelante: delante de todo el aparato de custodia montado a su alrededor logra salir y por un rato no estar internada, valiéndose para ello de la fisura interinstitucional, de la distracción de los policías que tenían como cometido vigilarla.

Es habitual que éstos sujetos sepan leer las fisuras de la o las instituciones y habiten esos espacios, estando en permanente movimiento y recorrido. De lo trabajado en las múltiples entrevistas realizadas se desprende que dicho recorrido se inicia en la infancia. La mayor parte de los entrevistados relatan haber iniciado su trayectoria a edades muy tempranas, cuando, por distintas circunstancias quedan a cargo de instituciones de amparo.

La trayectoria que se visualiza en común en los entrevistados inicia en las instituciones anteriormente mencionadas, en donde los relatos sugieren que el entrar y salir con frecuencia formaba parte de su manera de habitarlas. Omar refiere que se fugaba saltando el murito de la “*cárcel de menores*”, ahora que salta el murito del hospital.

Florencia se niega a hablar conmigo en primera instancia, dando respuestas monosilábicas. Me dice que tuvo una mala experiencia con una psicóloga cuando era chica. Le digo que me puedo imaginar lo que le debe haber pasado, que seguramente esa psicóloga contó a otros lo que ella le confió y que terminó todo mal, y que después quedó internada en INAU³⁴. Florencia asiente. Le pregunto cómo es estar en INAU y su respuesta es: “*Es como acá. Te atan, te inyectan*”. Como me habla de medicación y de inyectables mientras estuvo en INAU le pregunto si la internaban en z³⁵ Me responde: ¿*cómo conocés z*? Le explico que porque estoy estudiando este tema de que a muchas personas les ocurre lo mismo que a ella, que con frecuencia están internados en un lugar y que en su infancia estuvieron internados en otros lugares también.

Mi conocimiento respecto a la situación atravesada por Florencia se debe a que es frecuente escuchar en los relatos de éstos sujetos que su trayectoria se inicia en instituciones de amparo en la infancia, continúa en la adolescencia con internaciones en centros de

³³ Puesto de venta ilegal de sustancias psicoactivas

³⁴ Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay. Institución estatal rectora en materia de derechos de la infancia y la adolescencia en nuestro país. Entre sus funciones, se aboca a albergar a niños, niñas y adolescentes que no se encuentran en situación de desamparo.

³⁵ Sanatorio privado que mantiene convenio con el estado para internación psiquiátrica de niños, niñas y adolescentes.

internación psiquiátrica para menores de edad a partir de un episodio de descompensación inaugural y finaliza en la vida adulta con el inicio de las internaciones en el Hospital Vilardebó, que se alterna con internaciones en otro tipo de centros como centros de rehabilitación en adicciones e instituciones de amparo estatales cuando están de alta. Lo llamativo es que se reitera en los distintos relatos el hecho de que han estado internados en múltiples instituciones, con cortos lapsos de alta entre una y otra.

Omar refiere: *“Mi madre verdadera tenía un diamante, como le querían robar el diamante (valía mucha plata) me tuvo que dejar en INAME³⁶”*. Luego es adoptado por una familia con la que permanece hasta la adolescencia. A los trece años comienza a consumir cocaína y recuerda que es internado en algún lugar en donde le daban inyectables para la ansiedad. Cuando comienza a consumir roba una bicicleta a su abuelo para venderla y es internado en un centro de privación de libertad para menores. Al fallecer su abuelo, queda sin amparo de familiares y comienza a alternar sus internaciones con la calle o los refugios. Agrega a esto sus viajes a Brasil, a una región que denomina *Jaguarao* (Yaguarón en portugués, ciudad ubicada en Rio Grande del Sur), en busca de sus padres *“reales”*.

José por otra parte refiere que tuvo *“una vida muy rebelde”*. *“Tengo veintisiete, vengo desde los dieciocho”*. Alterna internaciones en el Hospital Vilardebó con internaciones en centros de rehabilitación para adicciones, y también ha estado en ocasiones en la cárcel. Refiere que *“rompo la ley normal, sin robar.”* Hace tres años que vive en la calle, desde que perdió contacto con su familia. Roba perfumes de un centro comercial, por lo cual dice que a veces la policía lo detiene y lo lleva a un calabozo: *“¿Sabés cómo es un calabozo? Te parás arriba de la reja y saltás para que vengan los policías”*. José relata sus hazañas, cómo llama la atención de la policía con sus conductas disruptivas, cómo es detenido a menudo por hacer *“como si fuera a robar pero sin robar”*; es decir tiene delimitada una ruta en la cual es interceptado y detenido luego es trasladado al Hospital Vilardebó. En cuanto al hospital refiere *“privación de libertad acá”* pero a la vez dice que en ocasiones necesita estar allí: *“vengo a bajar las revoluciones acá”*.

Gerardo, suele caminar hasta las fronteras con Argentina y Brasil, y es interceptado en medio de sus viajes y termina una y otra vez internado. Respecto a lo que ocurre mientras está viajando refiere: *“Me descompensé. Me desnudé en la ruta”*. Sus rutas son las del arte, *“donde el arte corre”*; nombra los barrios de Montevideo en donde se mueve y se junta con artistas callejeros, dado que toca la guitarra y compone canciones. Dice estar realizando el

³⁶ “INAME” es el actual INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay). La sigla anterior refiere a “Instituto Nacional del Menor”. El cambio de nominación data del año 2005, tras la aprobación del nuevo Código de la Niñez y la Adolescencia. En la época en que algunos de los entrevistados estuvieron internados allí (cuando eran menores de edad) aún se llamaba INAME, por lo cual lo nombran de esta manera. Además, la nominación INAME continúa siendo utilizada popularmente, e implica una connotación en relación a la manera de ver a los niños y adolescentes que dependen de dicha institución de amparo: el llamarlos “menores” alude a la asociación que popularmente se hace de los jóvenes de entornos socio-económicos vulnerables con el ámbito delictivo. El cambio de INAME a INAU pretende hacer énfasis en el paradigma de derechos, pero que se siga utilizando INAME muestra cómo los cambios en la manera de ver a los sujetos no se realizan solamente a través de una cuestión nominativa. En el caso de Omar, además tiene la connotación de que habla de sí mismo como un “menor”.

“camino del peregrino”.

Los relatos tienen en común el necesario movimiento. Comienzan su tránsito por instituciones siendo niños o adolescentes, en donde son llevados por otros, y luego parecen continuar en su vida adulta en esa manera de moverse en la ciudad y en las instituciones, en un desplazamiento constante y con pocas posibilidades de permanecer en los lugares que les son asignados. Es por ello que, como se describió cuando se caracterizó el fenómeno, generan molestias en los equipos técnicos dado que es habitual que no permanezcan en un lugar por mucho tiempo, no pudiendo, desde el punto de vista institucional “aprovechar” las escasas plazas disponibles en los dispositivos de egreso que son pensados para ello.

¿Por qué el movimiento?

Como se mencionó anteriormente, los estudios existentes hacen foco en los reingresos (cantidad, duración, etc.) sin tomar en cuenta el recorrido que realizan en sus entradas-salidas de la internación. Los reingresos son vistos como eventos aislados y aislables, y en general se atribuye la etiología a cuestiones exógenas al sujeto (en éstos casos falta de apoyo familiar, falta de un lugar donde vivir, la “enfermedad” como un ente autónomo que empuja al sujeto a su descompensación). Se entiende que estos puntos de vista dejan poco margen a abrir nuevas preguntas respecto a fenómenos que, más allá de las coyunturas, permanecen.

Benslama (2005) propone, al hablar del desplazamiento de los sujetos que migran, que dicho desplazamiento no se realiza por la subsistencia sino por un movimiento en relación a otro lugar para la existencia. Con esto alude a que no es pura y exclusivamente la cuestión de la necesidad (como fue trabajado en el primer punto de éste apartado) lo que lleva a un tipo de sujetos a mantenerse en movimiento, sino que dicho movimiento se relaciona también con un movimiento subjetivo, con la posibilidad de existir de un modo distinto al existir actual. Entiendo que algo de esto se pone en juego cuando Omar refiere “Cuando estoy en el Vilar me quiero ir, cuando estoy en v me quiero ir”. Lo que lleva a Omar a siempre estar yéndose sería según Benslama su movimiento por la existencia.

Si bien éstos sujetos encarnan por momentos el discurso médico legal, como Natalia al referir que quiere ingresar a un centro de rehabilitación en adicciones para pintar mandalas, cuando tiene la chance se escapa y deja ir esa posibilidad. Emergen entonces maneras diversas de existir al estar siempre internada, no siendo aquella que solamente puede estar sentada pintando mandalas o cuidando que no le roben la ropa sus compañeras, sino también una Natalia que se vale económicamente por sí misma, que tiene amigos y familia. Ese otro lugar de existencia también resulta efímero, tanto para Natalia como para Omar.

La primera referirá que le es difícil estar con su pareja aunque esté enamorada de él debido a que consume y a que, como se mencionó, su casa funciona como “boca”, lo cual les trae problemas con otros consumidores así como problemas con la ley. Omar, por su parte, tampoco permanece mucho tiempo en la posición del Omar de la calle, que visita a sus

familiares y amigos, dado que, según refiere: *“mi madre no me quiere, es una hija de puta, me hecha, me llama a la policía”* y en cuanto a sus amigos *“la calle es brava, la gente se burla”*.

La idea de lugar, desde este planteo, trasciende la locación física del sujeto. Benslama (2004) plantea que no cualquier sitio es un lugar, sino aquel en el cual el ser pueda advenir. Tomando a Platón, define el lugar como aquello que da forma a lo que existe pero sin tomar forma propia, y que no existe más allá de lo que lo habita.

El autor diferencia entre *endroit* y *lieu*, dos maneras posibles de referirse a “lugar” en el idioma francés, pero que comportan diferencias. La noción de *lieu* referiría sí al espacio físico, al lugar, y la noción de *endroit* podría traducirse como un sitio, es decir, como un lugar en el cual quedarse a habitar. También puede pensarse la vinculación a lo jurídico de éste último término. *Droit* alude al Derecho, entonces *endroit* sería un lugar en el que se tiene derecho.

Este punto de vista tiene connotaciones para pensar los fenómenos que aquí se refieren. El reingresador frecuente realiza un desplazamiento constante en busca de otro lugar, pero no de cualquier lugar, sino de uno que le permita advenir como sujeto, y que le permita, parafraseando a Benslama (2005), un morar estable. A partir de esta visión, se puede establecer, que lo que es un lugar para alguien, puede dejar de serlo si no cumple las condiciones para que pueda devenir como sujeto, condiciones que le permitan un derecho de estar allí. Desde este punto de partida, entiendo que lo que le ocurre a Omar, a Natalia y a otros, tiene que ver con que lo que en un momento dado puede ser para ellos un lugar (una plaza disponible en un centro de rehabilitación, una cama en el Hospital Vilardebó, un muro, una esquina, una plaza), puede dejar de serlo en tanto no es un *endroit*, un lugar de derecho en el que puedan advenir sujetos.

Como se mencionó en el apartado metodológico, en el contexto del trabajo clínico preliminar a la investigación que aquí se presenta se trabajó con Daniel, que suele internarse tras tirar piedras al Palacio Legislativo (Palacio de las Leyes) y que, como se describió, refiere: *“(...) a muchos internos nos pasa que cuando estamos afuera queremos estar adentro, y cuando estamos adentro queremos estar afuera”*. ¿Qué sitio puede advenir lugar con derecho a ser habitado para un joven que creció en la calle y hogares de amparo? ¿Qué medida de justicia por mano propia está tomando al romper los vidrios de la casa de las leyes? ¿Es una manera de que alguien lo mire y lo interne, que alguien le ofrezca un lugar en el mundo, aunque sea en una de las instituciones menos valoradas en el imaginario popular como ser el manicomio? Quizás es mejor tener al menos ese lugar al cual entrar (y entrarse), del cual fugarse y al cual reingresarse, que no tener lugar alguno en el mundo.

Según el mismo autor el existir psíquico tiene que ver con poder tomar cierta distancia del sí mismo, con un desear el afuera de sí. Desde este punto de vista, el desplazamiento es estructurante, y todo sujeto pasa por una toma de distancia constitutiva, que es el exilio hacia el lenguaje. Este es el primer acto de toma de distancia y de deseo del afuera que todo ser

entabla. En algunos sujetos hay algo de este exilio constitutivo que se reactiva, o que permanece en constante proceso, sin nunca concretarse del todo, en ese salir a buscar constante de algo que pretenden hallar fuera de sí mismos. Los sujetos de reingreso frecuente, en su permanente búsqueda de un lugar, buscan tomar una distancia de sí y sus identidades previas, y permanecen en una búsqueda constante.

Benslama (2005) propone entonces que este desplazamiento constitutivo es en primer lugar un acto de lenguaje, un punto de corte al que llama dis-locución y que insta una dislocación (desplazamiento). En los casos anteriormente descritos, hay algo de esta dislocación/locación que no logra un punto de enclave. Es decir, desplazarse, entendido como tomar distancia de uno mismo para poder tomar otra posición desde la cual hablar sobre la propia historia, es algo que por momentos en éstos sujetos se visualiza como impedido, y que puede ligarse a la repetición constante de aquello que hicieron con ellos. Quedan sin embargo en una situación de desplazamiento constante, en un intento perseverante de buscar otro lugar, que es también otra posición subjetiva desde la cual mirarse afín de no repetir su historia. Como señala Omar, hay una intención de no realizar siempre el mismo recorrido, pero no sabe por qué no lo logra.

Como se mencionó, se puede rastrear en los entrevistados, una biografía ligada al abandono de la familia de origen y a un inicio muy temprano por un recorrido en instituciones de amparo o de privación de libertad. En tanto esto, podría pensarse que hay algo del orden de lo traumático que pesa sobre éstos sujetos y a partir de lo cual sus reingresos operan a modo de repetición al infinito de aquello que se intenta elaborar (repiten el hacerse echar, repiten el hacerse internar).

Desde la perspectiva de Benslama se entiende que se pueda aportar a esa lectura la dimensión de la espacialidad en el lenguaje. ¿Qué tipo de deseo del afuera puede establecer este sujeto cuando parece ser poco prometedor lo que lo espera allí? ¿Cuál es ese afuera, si lo único que se le ofrece es la vida en la calle o la vida de la institucionalización? Se entiende que establecer este exilio fundante y esta búsqueda del afuera puede quedar sumamente comprometido en sujetos con trayectorias como las que refieren los reingresadores frecuentes. Quizás es por esta razón que adentro y afuera no son compartimientos delimitados, y sus trayectorias se mueven en línea recta sin que se establezcan mojones o puntos de corte. Si no hay mojones, no hay adentro y afuera y no hay posibilidad de entrar, o salir, sólo de continuar en movimiento.

Por otra parte, tomo el aporte de Costa (2010) quien, a partir del neologismo “amuro” (amor-muro) desarrollado por Lacan, refiere:

O que é inserido no corpo pode ser tomado como um signo do Outro. É o estranho, que faz parte de nosso familiar e que, ao ser manipulado, é pacificado. Podemos

aproximar da tentativa de fazer algo que se aproxime de um quadro: a produção de um contorno para o olhar constitui uma pacificação do olhar. (p. 315)

Se entiende pertinente el aporte de Costa, en tanto que se relaciona a lo planteado por Benslama (2004) al tomar a Platón. El espacio, entendido no como espacio físico sino como *endroit*, como lugar a habitar, nos forma, en el sentido de que lo libidinal, el amor, construye el borde (muro) a partir del cual se contornea un psiquismo, y por lo tanto, a partir del cual se contornea un cuerpo. Costa refiere que siempre hay una mezcla de violencia y erotismo en la producción de los bordes corporales. Así, traerá como ejemplo los tatuajes y cortes que muchas personas se realizan como manera de escriturar el cuerpo.

Los reingresadores frecuentes suelen, como ya se mencionó, generar mucho malestar a las instituciones que los acogen. Su discurso querellante y reivindicativo se acompaña de una manera singular de estar en el espacio. El pedir el reingreso, o el pedir el egreso, frecuentemente es acompañado de sendas actuaciones corporales para lograr el objetivo propuesto (que siempre está en el par entrar/salir). Así, la intervención sobre el cuerpo propio, como herramienta de escucha y lucha, es algo que se da de ordinario. Vemos de esta manera sujetos que se tragan objetos, otros que se realizan cortes, u otros cuyo estado de permanente “exaltación psicomotriz” los lleva a pasar gran parte del día bajo el yugo de las “medidas de contención.” “*Me ataron como una momia*” refiere Fredy mientras saca de abajo de la cama metros y metros de tela de “tnt”³⁷ que la noche anterior envolvían su cuerpo. Si un cuerpo necesita un espacio que lo forme, si un ser necesita un lugar en donde advenir, ¿qué tipo de ser y qué tipo de cuerpo podrán advenir en el hábitat del manicomio? El hospital psiquiátrico, en su dimensión de panóptico, parece presentar muros y límites extremadamente claros. Así como lo son las fronteras nacionales. Sin embargo, Eidelsztein (2016) tomando a Lacan referirá que existe una zona que es el litoral, en donde se borronean los límites.

Los reingresadores frecuentes borran los límites del adentro y el afuera de la institución al pasar de un estado al otro de modo tan reiterado y lineal, sin ningún cambio necesario en su situación clínica ni biográfica. Delinean modos no preestablecidos de relacionarse con la institución, y por lo tanto, delinean bordes corporales distintos. Podría pensarse que el estar corporal de dichos sujetos, inquieto, exaltado, en movimiento incesante, contradice lo que Mary Douglas (1988) llamará *purity rule* (regla de la pureza³⁸). La autora refiere que “(...) along the dimension from weak to strong pressure the social system seeks progressively to disembody or etherealize the forms of expression; this can be called the purity rule” (p. 76). Según la autora, el control corporal está relacionado al control social. Existen parámetros preestablecidos del modo en que debemos manejar al cuerpo físico en las relaciones sociales. Cuanto

³⁷ Una tela sintética de bajo costo utilizada para distintas funciones en el ámbito hospitalario.

³⁸ La traducción es mía.

más formal y público es el trato, más descorporeizado es el mismo. En esto consiste la regla de la pureza, en tanto que seres en relación y en tanto que habitamos el ámbito público, debemos hacer esfuerzo por acallar nuestro lado impuro, el de la carne.

En tanto esto, referirá:

The more complex the system of classification and the stronger the pressure to maintain it, the more social intercourse pretends to take place between disembodied spirits. Socialization teaches the child to bring organic processes under control. Of these, the most irrelevant and unwanted are the casting-off of waste products.

Therefore all such physical events, defecation, urination, vomiting and their products, uniformly carry a pejorative sign for formal discourse. (1988, p. 76)

Entiendo que los reingresadores frecuentes, que acompañan con desplazamientos todo su accionar, y que añaden a su discurso las marcas en el cuerpo, no se adecuan a la regla de la pureza, no logran descorporalizar su espíritu, y es en tanto ello que son rechazados por el colectivo institucional. Omar es buen ejemplo de esto, al teñir todos nuestros encuentros, como se mencionó, de la presencia de los sonidos y fluidos de su cuerpo impuro.

Desde el punto de vista de Costa, también podría pensarse que el recorrido que realizan es una manera de construir ese borde del cuerpo que no está armado *a priori*. El entrar-salir, puede pensarse como un intento de ir dejando y dejándose huella.

Entiendo pertinente en este punto añadir los aportes de Michel De Certeau (1996). El autor reconceptualiza la noción de consumo y de consumidor (de un bien, o de un servicio, como el que brinda el prestador de salud), al proponer que la idea de consumo se relaciona a un hacer activo y además creativo. En los estudios clásicos de consumo, lo que se determina como uso que el ciudadano hace de un objeto o servicio que le es dado no es un factor distinto a lo que el fabricante espera que haga. El autor propone que es imposible predecir qué uso hacen los sujetos que consumen un bien o un servicio, ya que ese uso no tiene por qué relacionarse a la función para la cual está pensado.

Es por ello que De Certeau determina que los sujetos débiles, que se mueven en el espacio por otros preestablecidos, *producen* sus maneras de consumir. Refiere que los estudios estadísticos toman en cuenta “lo que es utilizado, no las *maneras* de utilizarlo” (1996, p.41). Desde este punto de vista, entiendo que los sujetos entrevistados pueden ser pensados como consumidores de los servicios que el Vilardebó ofrece, y que como tales tienen sus maneras singulares de consumir dichos servicios.

Para abonar esta lectura realiza una distinción entre estrategias y tácticas. Las tácticas, son las maneras de hacer y de consumir de los más débiles, son los modos en que los sujetos que hacen uso de los servicios se desenvuelven en el espacio que el sistema predetermina.

Referirá al respecto:

Cada vez más, las tácticas se desorbitan. Apartadas de las comunidades tradicionales que circunscriben su funcionamiento, se ponen a vagar por todas partes en un espacio que se homogeneiza y se extiende. Los consumidores se transforman en inmigrantes. El sistema en el que circulan resulta demasiado vasto para fijarlos en alguna parte, pero demasiado cuadrículado para que pudieran escapársele y exiliarse en otra parte. Ya no hay ninguna otra parte. (De Certeau, 1996, p. 47).

Así, el autor refiere que en un sistema con reglas preestablecidas, en donde no todo es para beneficio de todos, el consumidor elabora constantemente sus tácticas de sobrevivencia, produce sus maneras de hacer las cosas con la materia prima que le es dada. En este sentido De Certeau pone a los consumidores en el lugar de inmigrantes en su propia tierra, en un lugar de permanente exilio que requiere constante inventiva.

Nuevamente se podría pensar a los sujetos de reingreso frecuente a la luz de estas lecturas, como hacedores de sus propios recorridos, dentro del marco instituido del hospital psiquiátrico. El ir y venir de dentro y fuera del hospital, las fugas, el “mal” aprovechamiento de los recursos que le son ofrecidos, la exigencia desmedida, la manera de consumir el alimento y la medicación ponen una y otra vez en jaque a la institución, frente a un sujeto que no se contenta con lo que le corresponde y demanda algo distinto, o que hace con lo dado lo que no se espera que haga, por ejemplo, vender la medicación que se le distribuye o boicotear sus posibilidades de egreso.

Los sujetos que utilizan el hospital psiquiátrico como punto de paso, tienen un itinerario. Según De Certeau (1996), el itinerario es aquella ruta que con el tiempo fue borrada del mapa, opone ambos términos debido a que el mapa es, según el autor, el intento de la descripción totalizadora del espacio y tiene un efecto de mostrar, a diferencia del itinerario, que no es si no se habita, el mapa se muestra, el itinerario se recorre (p. 133). Agrega el mismo autor, que la categoría de delincuente está necesariamente ligada a la de desplazamiento, dado que, según refiere: “el delincuente sólo existe al desplazarse, si tiene como especificidad vivir no al margen sino en los intersticios de los códigos que desbarata y desplaza, si se caracteriza por el privilegio del *recorrido* sobre el *estado*” (p 142). Según este autor, el delincuente es aquel que no se adecua a las reglas del Estado, es decir, a sostenerse en un mismo estado de cosas, y que necesariamente atraviesa fronteras con sus itinerarios peregrinos y su constante quebranto de códigos. Los reingresadores frecuentes, que trasgreden las fronteras inter e intra institucionales, delinquen con su permanente peregrinaje y su mal uso de las prestaciones del sistema. En una ocasión un sujeto muy conocido por todos los funcionarios del hospital, se descompensa porque no le permiten ingresar a la

emergencia y comienza a autoagredirse y romper objetos de la vía pública en la puerta del hospital. Como el sujeto permanece del lado de afuera del portón del hospital, no puede ser reducido por los funcionarios de seguridad del mismo. La paradoja es que termina fugándose, escapando de la policía, cuando su intención era ingresar a solicitar la internación.

El sujeto peregrino, que no es aquel que dibuja el mapa sino el que lo recorre, que hace un uso no acorde a lo prestablecido de los recursos, de las entradas salidas y fronteras, no realiza un movimiento totalmente inercial sino guiado por alguna coordenada particular. Si el desplazamiento de éstos sujetos no tuviera guía alguna no retornarían a los mismos espacios una y otra vez. Ya se trabajó aquí la idea respecto a la cual éstos sujetos se mantienen en constante desplazamiento con el fin de intentar delimitar un recorrido que les sea propio, en donde al menos en las fisuras e intersticios inter e intra institucionales poder existir y donde delimitar bordes a una corporeidad desdibujada. Este recorrido no es sin embargo de cualquier modo ni por cualquier lado. En los casos de todos los entrevistados tiene puntos de paso obligados. Para Omar, el barrio P, y L, la comisaría, y la casa de algunos familiares; para Natalia la casa de su pareja, para Gerardo, una terminal de ómnibus y los departamentos del este del país, para Gloria también una terminal de ómnibus. Todos alternarán dichos puntos obligados de paso con el hospital. ¿Qué delimita que los recorridos tengan éstos puntos? Implicaría una simplificación luego de lo aquí expuesto pensar que los puntos del itinerario de viaje se delimitan únicamente en base a las necesidades de los sujetos. Sí es cierto que los puntos por los que pasan ofrecen determinadas cosas que éstos sujetos pretenden: posibilidades de trabajo para dos de las mujeres entrevistadas, que utilizan determinados espacios públicos para ejercer la prostitución, lugares en los que se les brindan las sustancias psicoactivas ilegales que consumen, instituciones u otros lugares como casas de conocidos o centros comerciales de los cuales se proveen de comida entre otras posibilidades.

Sin embargo, a la luz de la lectura de algunos autores desde el campo del psicoanálisis, se entiende que el desplazamiento de éstos sujetos se delimita también de acuerdo al deseo, o a lo impedido del mismo.

Según el psicoanalista Jacques Lacan (2015) “el deseo del hombre es el deseo del Otro.” (p. 46). La posibilidad de desear remite a la posibilidad de ser deseado y deseado por una alteridad. Lo traumático a su vez, se diferencia de un síntoma construido por no estar inscripto en un orden simbólico. Según el autor en el orden del trauma se podría pensar que hay repetición, la cual se distingue de la rememoración o del síntoma por no estar inscripta en dicho simbólico; el trauma y la repetición remiten a un real, que Lacan sentencia como “inasimilable” (p. 63). Se entiende que la repetición del ingreso al hospital puede ser pensada desde este punto de vista, no como un síntoma, sino como algo que se mueve en el registro de lo real, que no puede ser simbolizado, y que la repetición busca bordear y atrapar, para poder anudar a la red simbólica, pero se le escapa una y otra vez. Esto tiene consecuencias

como se mencionaba anteriormente a nivel del deseo. Estas personas suelen encontrarse en una situación de desamparo social. Se puede pensar que dicho desamparo se pone en serie con el desamparo simbólico, en donde el sujeto no pudo armar su deseo y este queda condenado a una condición que Debieux, Letícia, Toma y Alencar han dado en llamar “condición errante de deseo” (2009). Estos autores asocian la errancia física a la errancia del deseo. Según ellos, algunos sujetos, debido a situaciones vitales comprometedoras por las cuales han transitado, como el desamparo o el exilio, entablan un desplazamiento errático, tal como su deseo, que no se anuda a nada, que no se queda en ninguna parte.

Establecen que dicha errancia tiene el carácter de condena, lo cual alude a una postura ética, en el sentido de que se entiende que no es una elección, que son condiciones que llevan a éstos sujetos excluidos, a errar sin rumbo o con un rumbo circular. Refieren que éstos sujetos han sido sometidos a un “desamparo discursivo” (2009), que se vincula a un desamparo inicial.

La ausencia de metaforización de este trauma de desamparo inicial impide la construcción del síntoma, por lo cual los autores hablan de que se debe trabajar en una clínica de lo traumático (Debieux et al. 2009), en donde no hay *a priori* síntoma ni demanda de análisis. Refieren, tomando a Lacan en su seminario 10 sobre *La Angustia*, que:

O encontro com situações que evocam esse desamparo inicial provoca angústia, não como manifestação sintomática (caso da angústia neurótica em Freud), tampouco como fuga, mas como um tempo no qual o sujeito custa a se localizar e que, por esta razão, é vinculado ao sentimento de estranheza, o unheimlich freudiano. (2009, p. 54)

(...)

Este tempo no qual o sujeito custa a se localizar tem efeitos na sua posição subjetiva e no laço social. Entre a angústia e o desejo, é necessária a elaboração do luto em face do perdido, pois dessa maneira o sujeito reconstitui não somente sua imagem, mas recompõe o lugar a partir do qual se vê amável para o Outro (ideal do eu), reafirmando uma posição que lhe permita localizar-se no mundo.

Para recompor um lugar discursivo, para que faça laço social, é preciso reconstruir a história perdida na memória, reconstrução que já implica uma deformação, permitindo o luto e uma resposta à ficção, uma reinterpretação do passado que modifique o seu lugar. (2009, p.p. 503-504)

Por otra parte, Calligaris (1989) refiere que en algunos sujetos se visualiza un comportamiento particular, caracterizado por la errancia, tanto en cuanto a los

desplazamientos espaciales como en lo intelectual o en las elecciones respecto al proyecto de vida en general. En éste mismo sentido dichos sujetos pueden por el contrario mostrar un sostenimiento que también se presenta como arbitrario de las mismas elecciones, inclusive del espacio terapéutico. El autor refiere que esto se debe a la falta de una significación central en torno a la cual se arma un sistema mental de medida de las demás significaciones. Según Calligaris:

Se trata de un horizonte de significaciones que no se organiza alrededor de una significación central que organizaría todas las otras. Y, como consecuencia de esta posición, el sujeto *tiene* que errar. Pero no errar en procura de algo que podría ser encontrado como significación final, nada de eso. Ese sería más un “errar neurótico” que un “errar psicótico.” Errar porque no existe un lugar a partir del cual podemos medir la significación de lo que estamos haciendo. (1989, p. 13)

De acuerdo a las lecturas aquí expuestas, entiendo que el desplazamiento constante de los entrevistados, mantiene la característica particular de involucrar una errancia no del todo errática, en el sentido de que no es arbitraria, sino que tiene sus puntos de paso obligados. La trayectoria errática es desviada como ya se dijo, de acuerdo a cuestiones que en primera instancia podrían advertirse como puntos en los que se satisfacen necesidades de los sujetos. Como refiere Augé tomando a De Certeau para “(...) el itinerario es desviado por los nombres que le dan sentido” (como se cita en Augé, 1992). Con esto refiere a la imposibilidad de moverse por el espacio urbano de una manera completamente arbitraria. Propone por el contrario que los transeúntes se mueven de acuerdo a lo que un nombre de un lugar significa en su mundo de representaciones. Así, Omar sostiene un recorrido en base a nombres de lugares y personas: *P, L, Vilardebó, Yaguarón*. Se entiende que esta propuesta teórica hace énfasis en lo que el sujeto puede hacer con su “condena de errar” parafraseando a Rimbaud, y no es del todo complementaria a lo planteado por Debieux et al. y Calligaris. Calligaris desde una postura más alineada a la psicopatología con cierto marco psicoanalítico indica que el errar es propio de la psicosis y que tiene que ver con no poder armar un recorrido vital de acuerdo a una significación esencial, por ejemplo, no poder sostener las etapas de un trayecto educativo por no poder significar la importancia de obtener una titulación y un trabajo digno a posteriori. Debieux et al. dirán, por otro lado, que el deseo del sujeto queda no anudado a nada (2009). En los discursos de los entrevistados observo que presentan mucha dificultad en armar un deseo propio, y esto se apoya lo planteado por Lacan (tomado por Debieux et al.) en cuanto a que algunos sujetos quedan tomados por el deseo del Otro que goza de ellos. Este Otro queda encarnado por ejemplo en las instituciones de amparo bajo el formato de instituciones totales. Sin embargo, eso no quiere decir que no haya una manera particular del deseo y que no haya cuestiones que motorizan la errancia del sujeto. Ejemplo

de esto es que Omar, como se mencionó, describe en todas las entrevistas que se le realizan que su finalidad es llegar a *Jaguarao* para encontrarse con sus padres biológicos y poder preguntarles respecto a por qué lo dejaron y si lo quieren o no, pregunta que lo interpela a cada momento. Su madre biológica es quien porta el diamante valioso, y su padre es Daddy Yankee (que podría traducirse como “Papi Yanqui”), conocido cantante de reggaetón puertorriqueño. Omar refiere que la vez que el cantante, su padre, estuvo en Uruguay, no pudo ir a verlo y reencontrarse con él, por eso ahora intenta buscarlo y espera llegar a ubicarlo en Brasil. A diferencia de lo que propone Calligaris, sí existe en Omar un punto a partir del cual se organiza un recorrido.

Este punto puede no estar inscripto como significación, en el sentido que Lacan refiere a la articulación en el registro simbólico de significado y significante, pero no por ello deja de orientar un camino en el sujeto, aunque sea desde aquel real inasimilable que el sujeto intenta fallidamente e incesantemente asimilar, como se describió anteriormente. En las entrevistas a Omar, la insistente pregunta sobre el origen: “*No sé por qué me adoptó esta familia*”; y el querer averiguar el “*secreto*”: “*¿Por qué me dejaron?*” es lo que orienta una búsqueda, la búsqueda de sus padres reales (la mujer del diamante y Daddy Yankee) y el camino para llegar a ellos es a través de un recorrido que termina en *Jaguarao*, Brasil. En el camino deberá enfrentar algunos obstáculos, como el hecho de que por momentos lo contratan para tareas que él no quiere hacer, pero debe hacer, como ser sicario, y por momentos es él quien debe escapar de la muerte cuando los zombies lo persiguen. También le es necesario cada tanto volver a visitar a sus familiares adoptivos, afín de confirmar lo que ya sabe: “*no me quieren*”, lo cual servirá de motor para continuar la búsqueda de los progenitores que sí lo quisieron y quieren.

El hospital será un punto de paso obligado en el recorrido, ya que allí no sólo podrá reponerse de las heridas, las marcas que la batalla deja en la cabeza (en el sentido literal y simbólico de la frase), sino que encontrará a una figura esencial, familiar, (su médico tratante) que con sus mensajes enigmáticos confirmará que está orientado en su ruta. La familiaridad que se encuentra en el hospital no es patrimonio del discurso de Omar, y se desarrollará en el apartado siguiente.

5.5. De la familia a la familiaridad del hospital

Fernando es con quien mantengo más cantidad de entrevistas. Esto se debe a que es internado con harta frecuencia porque intenta una y otra vez quitarse la vida. A esto se suma una última internación (última en el plazo que dura el trabajo de campo) que al ser por vía judicial hace demorar el egreso previsto hacia un centro de rehabilitación en adicciones en el interior del país, dado que, además del diagnóstico psiquiátrico que le corresponde, tiene un diagnóstico de adicción a la Pasta Base de Cocaína.

Fernando tiene aproximadamente treinta años. Se presenta reticente al principio, “se

hace el malo” como le señalo en una ocasión. Dice que sí, que le es necesario hacerse el malo para sobrevivir en la calle, que ha sido su hogar en alternancia con el hospital durante muchos años.

Refiere que sus internaciones inician en la adolescencia, que abandonó el liceo a pesar de su buen rendimiento porque se deprimió. Relata que creció con su madre, porque se separó de su padre y éste se fue a vivir a Argentina. Nunca tuvo un buen vínculo con ella, al respecto refiere: *“no tenía paciencia, (...) no me daba bola”*; *“yo digo que lo que tengo si tengo algo psiquiátrico es por culpa de mi madre”*. Relata que una vez le pegó en el brazo con un palo de amasar y lo fracturó. Su padrastro, padre de sus hermanos pero no de él, fue quien lo crio. Cuando crece y comienza a consumir y a internarse el vínculo con su padrastro se vuelve distante y conflictivo. Sobre esta relación refiere: *“Cuando me estoy por ganar la confianza de alguien la traiciono, no sé por qué.”*

Al distanciarse de su madre y padrastro va a buscar a su padre a Argentina y lo acompaña en un viaje a Estados Unidos, en donde éste a su vez se encontraría con su padre (el abuelo de Fernando), que estaba internado a punto de fallecer. Fernando asocia la distancia con su padre, con quien se reencuentra ya en la vida adulta, con la distancia que mantiene con su hija.

Al respecto, relata que en una de sus primeras internaciones conoce a su única pareja y madre de su hija, en la emergencia del hospital:

“En el 2012 me dejé con la madre de mi hija y me vine barranca abajo. Me deprimí. Cocaína y Pasta Base. Quedó embarazada. Fuimos al control de la policlínica. Me mintió” (le dijo que iban a ir a buscar medicación e iba al control del embarazo).

“Tiene seis años” (su hija). *“Me dijo chau. Yo estaba arrancando con la cocaína y me dijo “no puedo estar con un adicto.”* Quiere volver a ver a su hija, pero no sabe cómo hacer para ubicarla.

En múltiples ocasiones se refiere a la etapa que comenzó cuando se separó de la madre de su hija hasta ahora como *“el declive”*. Refiere querer morir por estar *“harto”* de esta vida.

Además del padrastro, otra figura que aparece como cuidadora es su abuela paterna: *“Mi padre me cobra la pensión. Desterró a mi abuela de su casa y ella tiene que estar trabajando con la edad que tiene”*. Dice que la abuela quiere que él se vaya a vivir con ella; él solamente le quiere pedir que después del alta ella lo *“aguante”* un mes en su casa para que él pueda volver a cobrar su pensión por discapacidad (hoy por hoy se la cobra su padre) y después alquilar una vivienda.

Algo llamativo, es que Fernando dice reencontrarse con su padrastro y su abuela, en el hospital.

Respecto al hospital, refiere: *“Antes era mejor acá, todo tiempo pasado fue mejor. Antes todos juntos en el comedor”* (con las mujeres). Dice que en la época en que hombres y mujeres comían juntos en el comedor, solía ver a su abuela allí, y que ella lo buscaba para

hablar con él. Por otra parte, en una ocasión mientras mantenemos una entrevista en el patio, y un miembro del equipo técnico (un psicólogo) se acerca a saludarnos, me comenta luego: *“vas a pensar que estoy loco”*: me dice que ese funcionario se parece mucho a su padrastro, que piensa que de hecho es su padrastro y que cuando lo mira siente que lo mira como diciendo *“te perdoné”*. Y que él le devuelve la mirada también. Como perdonándolo y como que *“están bien”*. En otra entrevista me dirá que su tía es una de las auxiliares de limpieza del hospital.

Estos reencuentros no son sólo característicos de Fernando. Omar y José refieren que la misma psiquiatra es su tía. Natalia dice que el padre de su hijo es uno de los enfermeros de su sala.

Omar, dice que él sabe que su psiquiatra tratante es su tía, pero no le dice a ella que sabe eso porque: *“Tengo miedo que me mienta, que me diga que no es mi tía.”* (...) *“Nunca me mentí a mí mismo. Sino me dan ganas de matarme. Tengo un cuerpo desarrollo sin mentirme”*.

Como fue descrito anteriormente, a Omar lo angustia la certeza de saber que no fue querido por sus progenitores, y comienza a “querer matarse” (lo cual va de la mano de comenzar el proceso de internaciones frecuentes) luego que fallece su única figura de referencia, su abuelo. En el caso de Fernando, si bien resulta complejo hilar la cronología de su historia parece que el apartarse de su padrastro y de su abuela se relacionan al comienzo de las internaciones, y en un segundo momento, al separarse de su pareja comienza *“el declive”* y sus intentos de autoeliminación. Al estar muy a menudo internado en el hospital, los intentos en ocasiones suceden allí dentro, pero no llega a lastimarse porque *“le cortan la cuerda”* (cuando realiza intentos de ahorcamiento).

En relación a Omar, en el apartado anterior se mencionó que en ocasiones prefería estar internado que estar en la calle, dado que le resultaba difícil lidiar con la gente: *“en la calle la gente se burla”*. Se esbozó entonces que el anonimato del hospital daba a Omar cierta tranquilidad, cierta posibilidad de escapar de la mirada de los otros.

Fernando en primera instancia parece tener una visión solidaria a la de Omar, al referir que en ocasiones necesita internarse en el hospital para *“bajar las revoluciones”* y salir del ambiente de la calle, debido a que *“en la calle todo el mundo me conoce.”* Sin embargo rápidamente refiere algo que aparentemente se contradice, estableciendo en qué sala prefiere ser internado debido a que en esa sala *“me conoce todo el mundo.”*

Entiendo que lo que se pone en juego en Fernando y en Omar no es únicamente la tranquilidad que el anonimato de una institución total como el hospital puede darles, sino también el hecho de que sí encuentran caras y miradas conocidas en el hospital, son miradas a las que eligen volver a acercarse y no de las cuales necesitan alejarse.

Anteriormente mencioné que por momentos parecen querer fugarse de la mirada institucional que sobre ellos recae, desde la cual se los visualiza como sujetos del no ha lugar

jurídico (inimputables), y como permanentes transgresores. De todas maneras, retornan al hospital, y, como se ve en los pasajes citados de las entrevistas a Fernando y a Omar, algo que encuentran allí es la mirada de personas que refieren como importantes para ellos en el relato de su biografía.

Entonces, en contraposición a lo que se planteó anteriormente, entiendo que una dimensión importante del reingreso se relaciona al reconocimiento que encuentran en el hospital, por parte de otros que los conocen, al igual que en la calle, que también los conocen, pero que conocen otros aspectos de ellos y los tratan de una manera diferente.

En los entrevistados existe cierta dificultad de establecer relacionamientos con otros. Es por eso que es habitual que tengan conflictos en la calle, y también en el hospital, tanto con compañeros como con las autoridades. En medio de esos conflictos igualmente aparecen estas figuras de cuidado que los habilitan a poder sentirse mirados de otro modo, por ejemplo sentirse perdonado en el caso de Fernando (y con posibilidad de perdonar).

La cuestión aquí es, si los reingresadores frecuentes retornan a la institución en alguna medida porque allí encuentran personas con las que tienen vínculos importantes, ¿por qué las fugas?, ¿por qué no permanecer internados allí como tantos otros que hacen del hospital su hogar definitivo?

Recordemos que Omar refiere que teme que su psiquiatra le mienta y le diga que no es su tía. También dice que él no se miente a sí mismo, porque si se mintiera a sí mismo le vendrían ganas de matarse, pero a la vez es frecuente que intente quitarse la vida. Entiendo que estos intentos tienen que ver no con el mentirse sino con el no poder mentirse. La dimensión del engaño, y del autoengaño, comprometido en los entrevistados, tiene relación con las dificultades que presentan a la hora de construir vínculos. Lacan (2015) refiere como esencial en la construcción de un sujeto la posibilidad del *fangimiento*. En sus palabras, “Están en presencia de un sujeto en la medida en que lo que dice y hace-es lo mismo- puede suponerse haber sido dicho y hecho para engañarlos, el que diga la verdad para que crean lo contrario”. (Lacan, 2015, p. 58). La posibilidad de devenir un sujeto que pueda sentirse con la capacidad de engañar al otro (cuestión que en Omar se ve comprometida, entendiendo que la posibilidad de engañarse a sí mismo también tiene que ver con engañar a otro, a otra parte de su sí mismo), tiene que ver con que el sujeto pueda realizar ciertas operatorias, y es algo que, desde el punto de vista psicoanalítico, no está dado *a priori*.

Según Davidovich y Finaret (2007), quienes toman los planteos de Lacan respecto a la operación del sujeto de alienación y separación, el niño debe quedar en una primera instancia alienado en el Otro. Con esto refieren a que la única manera en que el niño ingrese al mundo del lenguaje es a través de otro que disponga del lenguaje para él, es decir, que debe en un primer momento (primer momento en una secuencialidad lógica y no cronológica) ocupar el lugar de falo materno, de completar la falta del otro (es decir, es necesario ser todo para alguien) para luego poder separarse y poder tener a su disposición el lenguaje. Cuando

no se completa esta operatoria, el sujeto puede quedar alienado una demanda de amor eterna, es decir, en una relación permanente con otro del que todavía es parte. En palabras de las autoras: “*El inconsciente está asentado en un punto de falta; precisamente porque no todo está escrito, se puede escribir un significante nuevo y sin sentido, que representa al sujeto, el cual podrá emerger al descontarse el sujeto de los significantes del Otro*”. (Davidovich & Finaret, 2007, p. 25). La posibilidad de descontarse del otro materno implica entre otras cosas esta posibilidad de engañar y engañarse. Esto habilita el poder hacer algo con la historia propia más allá de lo que nos es dado, posibilita que no todo lo que tiene que ver con la historia del sujeto esté dicho en un *a priori*, sino que el sujeto pueda deconstruir y reconstruir su historia, y no solo aceptarla.

Es así que Omar lo que no puede es engañarse y hacer de cuenta que su psiquiatra tratante es su tía, o establecer que, si bien no tiene vínculo hoy por hoy con su familia biológica, tiene otras figuras de contención, como su psiquiatra, que es *como si fuera su tía*. Omar, imposibilitado de este “como si”, duda entre la verdad y la mentira, y cuando se ubica en la certeza de que no es querido por nadie, se autoagrede o se expone a ser agredido por otros. Por el contrario, hay momentos en que la certeza de que su psiquiatra es su tía lo tranquiliza, pero esto también es efímero, dado que la misma institución en la que encuentra a su tía es aquella que establece prácticas que por momentos rechaza y por las cuales se fuga (inclusive éstas prácticas son llevadas a cabo por la propia psiquiatra, como el mantener la medida del encierro más allá del tiempo que él lo considera necesario). La opción nuevamente parece ser el movimiento, por momentos en el hospital, por momentos en la calle.

Olivier Douville (2004), autor que trabaja la intersección entre psicoanálisis y antropología, describe que algunos fenómenos que se observan hoy por hoy, como el de la exclusión social y el de la errancia en algunos sujetos, tienen que ver con la dificultad en la construcción del lazo social. Tomando los aportes de Lacan refiere que el lazo social es el modo en que una colectividad enmascara la falta estructural en la relación con el Otro. (p. 181). El Otro, entendido como la primer alteridad con que el sujeto se encuentra, es aquello en lo que el sujeto primero se aliena, como se explicó anteriormente. Al separarse y vérselas consigo mismo, ya no como uno con el mundo, el sujeto queda con una falta estructurante. El lazo social enmascara dicha falta en tanto que habilita la posibilidad de vincularse de otra manera con la alteridad, por ejemplo establecer vínculos sociales. Ya se describió que en los entrevistados algo de esta operación no se logra realizar, quedando a merced de las instituciones que representan para el sujeto, de acuerdo a los aportes de Minicelli (2013), no pudiendo establecer un vínculo pasible de negociación o de reciprocidad, como sí puede darse (o al menos se puede generar la ilusión de que así ocurre) en la relación con pares.

Debido a las situaciones de lo que Douville da en llamar inestabilidad identitaria (2004 p. 183), dentro de las cuales se podrían ubicar las de los entrevistados, se da una melancolización del lazo social, es decir, un empobrecimiento y fragilidad en los vínculos que

establecen los sujetos. Con esto refiere a que aparecen nuevas formas de desubjetivación y una gran dificultad en el momento social actual para entablar algunas cuestiones, como por ejemplo la transmisión cultural entre generaciones o situar dónde se encuentra la ley.

Al inicio de las entrevistas resulta difícil comprender la biografía de Fernando. Con el transcurso de las mismas logro escuchar que asocia su separación de su hija (a partir de su “declive” que inicia con el embarazo de su pareja) con la separación de su padre, que se fue cuando era niño, y a su vez con la separación de su abuelo, que también se había ido a otro país. Fernando, quien se define a sí mismo como “*reflexivo*”, logra visualizar que se repite “*la misma historia*”, pero a su vez no logra comprender a qué se debe dicha repetición. Dice que sabe que su familia le guarda secretos.

Omar también aludirá a un secreto intrafamiliar, que responde a su pregunta existencial: “*¿por qué no me quieren?*”. Omar también tiene hijos que se encuentran institucionalizados en INAU, al igual que él lo estuvo cuando era niño. Excepto uno de los entrevistados, todos y todas tenían hijos a los cuales no han podido criar y que se encuentran a cargo de instituciones de amparo del estado al igual que lo estuvieron ellos en sus infancias.

En relación a lo que plantea Douville (2004), en las historias de vida de los entrevistados se hace muy presente la melancolización del lazo social, en la forma que describe el autor de dificultad de transmisión cultural generacional. En esas fallas de la transmisión habitan lo que Fernando y Omar denominarán secretos, y sus preguntas existenciales respecto al origen, así como la imposibilidad de transmitir ellos una historia a su descendencia. Las figuras que encuentran en el hospital dan la posibilidad a Fernando y Omar llenar algunos de esos vacíos en la historia, aunque también son intentos fallidos o efímeros, ya que, por ejemplo, Fernando ve a su abuela en el comedor que siempre intenta hablar con él pero no habla de hecho, se mira con quien supone que es su padrastro como perdonándose pero sin efectivizar tal acto.

Hassoun, (1996) autor que teoriza sobre la importancia de la transmisión intergeneracional y los efectos subjetivos que las fallas en dicha transmisión conllevan, refiere:

Cuando dos tribus de beduinos se cruzan en un oasis la pregunta que se impone es: “¿De dónde vienes, a dónde vas, quién eres?”. Esta interrogación no concierne obviamente a un recorrido geográfico determinado sino a un itinerario personal, interior, que permite que cada uno sitúe su recorrido individual en función de aquello que le ha sido transmitido. (p. 12)

El autor resalta la importancia de que, para que el sujeto pueda armar su itinerario es necesario que pueda responderse algunas preguntas respecto a lo que antecede y a lo que prosigue a ese recorrido. Con esto, como señala, no refiere a la cuestión geográfica sino a la historia familiar, y concretamente a la transmisión de esa historia entre generaciones. Así,

define Hassoun, que “una transmisión lograda ofrece a quien la recibe un espacio de libertad y una base que le permite (*abandonar el pasado para (mejor) recontrarlo*”. (1996, p. 17). Esta afirmación se relaciona con las operatorias que, según la teoría psicoanalítica lacaniana, es necesario que el sujeto haga para poder apropiarse de su historia, y hacer con ella algo distinto a lo que le es dado.

El autor trabaja respecto a la necesidad de que el sujeto se exilie de sí mismo y de su historia. Plantea que, así el sujeto desconozca cuáles son los puntos ciegos de su historia, irá a buscarlos, aunque sea de modo inconciente, encontrándose con dimensiones de sí mismo que le son a la vez extrañas y familiares (lo que resuena a la idea de lo ominoso trabajada por Freud). Si no hay una transmisión por la vía del lenguaje, si hay silencio, el sujeto no podrá dialectizar la extrañeza (Hassoun, 1996, p. 21), es decir, conocer su herencia y lo que de ella le es familiar, para poder hacer algo distinto con eso, sin caer en la repetición de eso que, no por no ser hablado deja de existir.

En Fernando y Omar, así como en otros entrevistados, no se da ese movimiento de dialectización, y aparece lo extraño- familiar desde afuera, como siendo siempre extraño, y siempre familiar, a la vez. La psiquiatra-tía y el psicólogo-padrastró aparecen como figuras familiares, pero sobre quienes igualmente se instala la duda, respecto a la relación que con ellos entablan: ¿son sus sobrinos o hijastros, o son sus pacientes? Fernando y Omar se sostienen en la pregunta de si pueden habitar estos otros roles, o deben permanecer siendo pacientes. Su singularidad radica justamente en sostener ese lugar de duda, sin habitar enteramente el lugar pasivo de ser pacientes, y si bien repiten una y otra vez actos similares, esos actos, que configuran un recorrido, tienen singularidades, por ejemplo la de retornar al lugar que les es familiar, el hospital, en busca de éstas figuras que los conocen y que pueden compartirles tramos de la historia que sobre sí mismos desconocen.

Esa historia que no queda dialectizada, que continúa siendo extraña, queda condensada en figuras del hospital, institución que, similar a otras que han habitado, hace también a su historia. Entiendo que retornan en una búsqueda constante de conocer *los secretos*, como dirán Omar y Fernando. La paradoja es que una y otra vez se alejarán de ese lugar conocido y familiar, al que en otros momentos querrán volver.

Como ya se mencionó, éstos no comparten características con otros que habitan el hospital como su casa. No hacen amigos, ni hermanos, ni familia; Fernando y Gerardo tomarán distancia de los demás refiriendo que su nivel intelectual dista del de los otros; Natalia verá en sus compañeras de sala enemigas que roban sus pertenencias, y tendrá sin embargo buenos vínculos con el personal de sala, en quienes identifica a su madre, funcionaria también de un servicio de salud. Entiendo que el negarse a hacer lazo con otros en su misma condición, tomando los planteos de Douville, implica que los reingresadores frecuentes no terminen de conformarse con el lugar que les es dado. El Dr. Porciúncula, refiere en la entrevista realizada que el paciente psiquiátrico es la antítesis del paciente orgánico, debido

a que el segundo está más cerca del alta cuanto más lejos de la cama está, a diferencia del primero que está más cerca del egreso cuanto más tiempo puede permanecer en la cama. Los entrevistados nunca hacen ese pasaje, permanecen exaltados, en ocasiones manteniendo conflictos con los demás, llegando al extremo de las fugas. Tomando distancia de la visión que desde la psiquiatría indicaría que estos pacientes se encuentran por este motivo más lejos del alta (es decir, que permanecen “descompensados”), entiendo que el permanente movimiento es lo que logran hacer con lo que les pasa.

Estos sujetos permanecen en un exilio constante, como Gerardo, que dice que Uruguay “*le queda chico*”, razón por la cual vive entre rutas, intentando llegar a Brasil.

Ya he mencionado que estas personas, nombrados en ocasiones como “pacientes conocidos del servicio”, resultan por otra parte desconocidos, dado que no logran terminar de formar parte de la comunidad del hospital, por su estado de permanente movimiento que interpela los modos conocidos de hacer las cosas en dicha institución. Desde ese lugar de exilio malogrado, retornan siempre a pedir para reingresar, demandan hospitalidad en el hospital. Ocupan en la institución un lugar de falsos extranjeros, son de esa comunidad pero a la vez no lo son.

Según Derrida (2008) la hospitalidad se le ofrece o la solicita un extranjero. Pero no a cualquiera ni de cualquier manera, sino que lo primero que debe instalar es la pregunta venida *del* extranjero. El autor propone que el extranjero, o lo extranjero a un territorio que se delimita por sus propias leyes y lógicas, es quien puede instalar una pregunta cuestionadora. “(...) aquel que al plantear la primer pregunta me pone en duda (*me met en question*) (...)”. (Derrida, 2008. p. 11-13). Valiéndose de la ambigüedad de la traducción, el extranjero es el que instala una pregunta, pero una pregunta que interpela. Refiere el autor que en este acto:

El extranjero sacude el dogmatismo amenazante del logos paterno: el ser que es y el noser que no es. Como si el Extranjero debiera comenzar por refutar la autoridad del jefe, del padre, del amo de la familia, del “dueño de casa”, del poder de hospitalidad (...). (Derrida, 2008. p. 13)

Esta manera de entender a lo extranjero puede ser operativa para pensar a la población de reingresadores frecuentes. Quizás el entrar/salir, permite habitar un lugar de permanente extranjería, y permite por lo tanto, cuestionar algo de lo que sucede en el hospital. Es a su vez lo que les hace imposible volverse locatarios y adaptarse a las lógicas instituidas.

La habilitación a poder realizar preguntas cuestionadoras, requiere sin embargo cierto conocimiento de causa. Quien puede instalar una pregunta cuestionadora, conoce al menos algo acerca de lo que cuestiona, y sobre todo conoce la lengua de lo que cuestiona. Si nos apegamos a Derrida, el extranjero deja de serlo en cuanto conoce los códigos y la lengua de la tierra a la que solicita hospitalidad. Hay en esto un punto de tensión. Derrida alude al juicio

que se le hace a Sócrates, y cómo en su defensa este pide ser tratado como extranjero. ¿Por qué? Porque eso le habilita a cuestionar, y le habilita pedir hospitalidad. Habitar el lugar del extranjero es una cuestión de derecho según este autor, y como toda cuestión de ley, implica un pacto. En esto se ampara Sócrates para pedir por su vida: si se lo reconoce como extranjero, al menos se lo está reconociendo, y cuando hay reconocimiento hay ley, y hay derecho. Refiere el autor que el “extranjero (lo es) a la lengua del derecho en la que está formulado el deber de hospitalidad, el derecho de asilo...” (Derrida, 2008, p. 15).

Sócrates ocupa cierta posición que Derrida denomina irónica dado que “juega al extranjero que no es” (2008, p. 21). Pero se juega la vida. En el ejemplo de Daniel, que tira piedras al Palacio de las Leyes, a sabiendas de que posteriormente será remitido al Hospital Psiquiátrico, ¿podría pensarse que demanda derecho de asilo? Ocupar la posición de extranjero que a la vez no lo es, habilita una búsqueda de ser reconocido como un otro, y en tanto tal, tener la posibilidad de pedir dicho asilo. Entonces, frente a este panorama habitan la contradicción constante de jugar al Extranjero para tener derecho a pedir asilo, pero una vez que son recibidos se vuelven un no reconocido, uno más, uno que conoce la lengua, y ahí ya no hay derecho a nada. Se relaciona esto a lo trabajado anteriormente respecto a la posición del no ha lugar jurídico y de la palabra.

Derrida diferencia la ley de la hospitalidad como derecho, de la hospitalidad absoluta. El primer caso, que se liga a lo que se describió anteriormente, implica un reconocimiento del otro como sujeto de derecho, a ser reconocido y refugiado. En tanto esto, el otro es reconocido como diferente y nominado. Según el autor, esta hospitalidad instala desde el vamos la pregunta: “¿Cómo te llamas?”, o también 'Al decirme cómo te llamas, al responder éste pedido, respondes por ti, eres responsable ante la ley y ante tus anfitriones, eres un sujeto de derecho'.” (Derrida, 2008, p. 33).

Diferencia este tipo de hospitalidad de la “(...) hospitalidad absoluta, hiperbólica, incondicional (Derrida, 2008, p.133). Esta segunda hospitalidad sin ley, carece de discriminación, no instala derechos ni prohibiciones, carece por lo tanto de reconocimiento del otro; “consiste en suspender el lenguaje, cierto lenguaje determinado, e incluso el mensaje a otro.” (Derrida, 2008, p. 133). El hospital psiquiátrico, que recibe una y otra vez a los mismos sujetos, en un movimiento pendular que parece extenderse al infinito, establece también este tipo de hospitalidad. Que sean “conocidos del servicio” no implica un reconocimiento, si bien tanto Fernando como Omar encuentran por momentos sí un reconocimiento de alguien que los nombra, que desea verlos o que los perdona. La paradoja es que ese mismo reconocimiento provenga de la institución que les da asilo en tanto jueguen las reglas del juego. Al no adaptarse a ellas, quedan en los bordes, nuevamente, en las fisuras, existiendo en tanto que se desplazan, o, como Fernando, en el declive, es decir, en la pendiente, en la inclinación, en la bajada, en aquellas zonas en donde resulta difícil hacer equilibrio y sostenerse sin caer, cuestión que de todas maneras logran a través de los recorrido que

trazan, y que, si bien a simple vista pueden parecer repetitivos y vacíos, se encuentran en ellos una singularidad de sentidos.

6. Conclusiones

6.1.El Hospital Vilardebó como terreno de y en disputa

El Hospital Vilardebó es el único nosocomio psiquiátrico público en el Uruguay. Si bien ha sufrido cambios en los últimos años, ha sobrevivido al proceso de reforma del sistema de salud y a múltiples intentos de cierre.

Dicho proceso de reforma tiene como una de sus metas el cierre de los hospitales monovalentes. Como se mencionó, el Hospital Musto fue cerrado y las colonias de alienados se transformaron en el centro CEREMOS, que actualmente se encuentra desestimulando el ingreso de nuevos pacientes. El Hospital Vilardebó, sin embargo, continúa en su carácter de centro monovalente recibiendo ingresos, y manteniendo internaciones por largos períodos. A su vez mantiene prácticas propias del manicomio, como la internación en salas de seguridad.

A pesar de que hubo un intento de cerrarlo durante la dictadura cívico-militar (1973-1985), dicho intento fracasó. Actualmente se estima que, de acuerdo al nuevo marco normativo y a partir de la aprobación de la Ley N° 19259 de salud mental, el hospital cerraría sus puertas en el 2025, objetivo que se visualiza como “complejo” por parte de los actores involucrados. ¿Por qué el Hospital Vilardebó, si bien ha tenido transformaciones, es la institución dentro de las de su especie que más resiste los cambios e intentos de cierre?

El Dr. Porciúncula refería que para la psiquiatría de nuestro país dicho establecimiento es un ícono que evoca su origen. Entiendo que, entre otras dimensiones que influyen, y a pesar de que pareciera existir consenso respecto a lo imperioso de gestionar el cierre de dicha institución, lo enunciado por Porciúncula da cuenta de las resistencias que también existen frente al cierre. Resistencias que generalmente se hacen solidarias a la falta de dispositivos efectivos que brinden la respuesta de acogida que hoy por hoy da el hospital para muchas personas.

A esto puede añadirse que el Hospital Vilardebó ha sido desde su origen un terreno de disputa, lo cual ha redundado en el enaltecimiento del lugar que ocupa en el imaginario social.

Como se visualizó, frente al intento de la dictadura de cerrarlo, se alzaron las voces de figuras como Daniel Murguía. El mismo autor había anteriormente denunciado la precariedad de las condiciones en que los pacientes habitaban en ese mismo lugar que poco después defendería. En ese momento los familiares también formaron parte de la resistencia al cierre.

Si nos remontamos más atrás en la historia del nosocomio, en sus inicios fue un terreno de disputa entre la medicina y las autoridades religiosas que regían originalmente el Asilo de Dementes (Duffau, 2015).

Según Duffau, “La disputa sobre quién tenía las potestades para el tratamiento de los enfermos (en el caso del asilo, pero también en otros hospicios) da cuenta de la presencia del poder médico que se iba acrecentando en distintos ámbitos públicos”. (2015, p. 40).

La investigación que realiza este autor corresponde al período de creación del Asilo de Dementes, en 1860, en el espacio físico de la quinta de Miguel Vilardebó (Duffau, 2018), abarcando el 1880, cuando se crea el Manicomio Nacional, hasta el 1911, cuando cambia el nombre a Hospital Vilardebó, resultado de la creación de la Asistencia Pública Nacional.

Destaco los estudios de este autor ya que se visualizan semejanzas con problemáticas actuales. Por ejemplo, describe que uno de los problemas principales que tenía el manicomio era el contar frecuentemente con parte de sus plazas ocupadas con pacientes psiquiátricos que además tenían historial delictivo, lo cual generaba conflictos a la interna del hospital por sus comportamientos disruptivos. Además, refiere que “al igual que en nuestros días, los médicos se resistían a la convivencia de pacientes con enfermedades de naturaleza somática con aquellos con enfermedades de tipo psíquico”. (Duffau, 2015, p. 38 y 39).

Si bien el lugar que el Vilardebó ocupa en el imaginario social, así como las vicisitudes que dificultan que ciertas prácticas instituidas cambien, son cuestiones que exceden a la presente investigación, entiendo que la tensión que existe actualmente respecto al cierre del hospital como centro monovalente no inaugura la conflictividad que recae sobre dicho servicio. Históricamente ha sido un terreno de disputa debido a que representa, más que otros servicios de asistencia en salud mental que existen o han existido, la discusión respecto a qué disciplina tiene la autoridad sobre la locura. Si bien actualmente la religión no tiene autoridad sobre el terreno de la patología mental, a partir de que la psicología se instala y toma lugar dentro de las instituciones de salud se relanza la cuestión, que queda en evidencia en el editorial publicado por el Dr. Pardo en 2009, respecto a quién puede decidir sobre cuál es la respuesta más adecuada en relación al problema de la locura.

La psicología no es la única disciplina “nueva”. También cabe destacar que un área de la psiquiatría ha ido en búsqueda de los “marcadores biológicos” (Berríos, 2011), es decir, de las señales de la patología mental que se pueden detectar a través de estudios como los de imagenología. Este enfoque, que responde al avance, desde la última mitad del Siglo XX, de la Medicina Basada en la Evidencia³⁹ entra en conflicto con la psiquiatría basada en la experiencia. Según Berríos (2010) menoscaba a la clínica médica, debido a que le resta valor y va en detrimento de otros efectos que de ella se desprenden tales como el “efecto placebo generado en el seno de la relación médico-paciente” (Berríos, 2010, párrafo 5).

En tanto esto, la psiquiatría clínica que en nuestro país se forjó en dicho hospital, y que logró conquistarlo como su territorio, entra en disputa con otros discursos como el de la psicología, que hoy por hoy tiene una presencia y legitimidad importante en las instituciones sanitarias, y mantiene a su vez pujas internas entre la psiquiatría clínica y la psiquiatría biológica. También se ha hecho presente el discurso de los funcionarios, el de los usuarios y el de los familiares. Es decir, muchas voces que alzan su opinión respecto a la institución y

³⁹ Rama de la medicina que da un lugar de prioridad a las evidencias científicas con el fin de que éstas sirvan como ordenadores de las medidas terapéuticas a implementar

que, más allá de las consonancias y las disidencias de sus posturas, muestran la enorme investidura que como sociedad le damos.

En tanto esto cabe preguntarse qué lugar ocupa el único hospital psiquiátrico público de nuestro país y por lo tanto qué vacío o huellas dejará tras su cierre. Frente a esta pregunta entiendo que, sin ánimos de dar una respuesta acabada, me interesa al menos enunciar que el Hospital Vilardebó es ejemplo paradigmático de lo que en otro tiempo fue la solución a un problema social y sanitario, y hoy por hoy es, para algunos colectivos que promueven su cierre, ejemplo paradigmático de todo lo moralmente incorrecto en relación a qué hacer con los sujetos que portan un diagnóstico psiquiátrico. Es así que, sea por enaltecerlo o por despreciarlo, sigue siendo un ícono del enigma que despierta la locura, frente al cual la comunidad oscila ensayando diversas respuestas. Estas respuestas parecen nunca ser del todo efectivas, lo cual podría relacionarse, entre otras dimensiones, a que estos sujetos cuentan con poca participación en los espacios de decisión respecto a sí mismos. Son poco efectivas a su vez, en tanto que la locura violenta el ideal de comprensión del discurso neurótico, y deja al mismo en una posición siempre fallida.

Recordemos que Pardo (2009), tomando a Ey, refiere a la locura como una “patología de la libertad”. En tanto que preso de su enfermedad, el sujeto pierde libertades, y es por eso que son otros quienes deben decidir por él. Esta noción, que se observa muy presente en la clínica psiquiátrica y psicológica actual, se replica en los ámbitos políticos en donde se toman las decisiones acerca de lo que estos sujetos necesitan, a pesar del trabajo constante que los colectivos de usuarios y familiares desarrollan desde hace mucho tiempo. Estas posturas dejan poco margen a visualizar qué pueden hacer los sujetos con lo que les ocurre, y por tanto a diseñar dispositivos que contemplen sus maneras singulares de ser y de hacer. Además, las instituciones sanitarias que por un lado los visualizan como incapaces, por otro les demandan un alta exitosa, y que no generen un vínculo permanente con dichas instituciones. Es así, que algunos sujetos, como aquellos que esta tesis puso como ejemplo, mantienen un ser y hacer itinerante, habitando intersticios y haciendo de ellos sus lugares.

6.2.Sobre el recorrido de los sujetos que reingresan al hospital psiquiátrico

Del trabajo realizado se desprende que, al menos en nuestro país, no puede establecerse que el fenómeno de la puerta giratoria o reingreso frecuente comience tras el cierre de los hospitales psiquiátricos. Como hemos visto, el Vilardebó como centro monovalente continúa recibiendo ingresos y manteniendo, además, lógicas de funcionamiento de tipo manicomial como largos períodos de estadía.

Atribuyo los reingresos a una modalidad de vínculo que un conjunto de sujetos establece con la institución, y que no se remite a la relación con el hospital únicamente, sino a la trayectoria vital de estos sujetos por diversas instituciones de amparo.

Las biografías ligadas al amparo institucional dejan visibles la relación entre pobreza y locura, que en la mayoría de los estudios internacionales, provenientes del campo de la psiquiatría, queda invisibilizada debido a que se atribuye a la propia patología o a las carencias del sistema de salud la etiología del fenómeno.

En nuestro país, existen estudios y autores provenientes del campo de la psicología que asocian el fenómeno de puerta giratoria a la vulnerabilidad socio-económica de los sujetos, pero tampoco toman en cuenta la singularidad que los caracteriza, dado que no todos los pacientes del hospital frente a la misma circunstancia y biografía ligada a la vulnerabilidad realizan estos recorridos. Muchos otros, al contrario, se asientan en el hospital a permanencia, y es muy dificultoso para los equipos programar el egreso.

También se ensayan explicaciones vinculadas al consumo problemático de sustancias. Los estudios internacionales y nacionales hacen énfasis en la alta prevalencia de dicho consumo en los reingresadores frecuentes, proponiéndolo como “comorbilidad” y como un factor que predispone al reingreso debido a que empeora los cuadros de descompensación. En las entrevistas realizadas los sujetos hacen alusión a su consumo, pero no como un factor que predispone su reingreso, sino asociándolo a una manera de construir vínculos cuando se encuentran fuera del hospital. Esto hace eco con lo trabajado por Pittman y Gordon (1958) en relación a los sujetos con alcoholismo que reingresaban a la cárcel, en base a quienes se acuña el término de *revolving door* (puerta giratoria). Los autores refieren que estos sujetos, por sus biografías ligadas a pérdidas en edades tempranas, y al hecho de pasar parte de sus vidas institucionalizados, encontraban cierta dificultad en generar algunos vínculos socialmente esperados como el casarse o tener hijos. Sin embargo, encontraban otras maneras de relacionarse, por ejemplo a través del consumo de alcohol, dado que involucraba el compartir con otros, por ejemplo, los puntos de venta o los lugares donde se consumía (bares o la calle en el caso de ese estudio).

Esto relativiza la experiencia de consumo en términos adicción, como se propone desde otros marcos teóricos. En el caso de los entrevistados en el presente estudio, el consumo no es descrito como una enfermedad que los empuja a volver al hospital, sino, haciendo acuerdo a lo planteado por Pittman y Gordon (1958), como una manera de relacionarse cuando se encuentran en situación de calle.

Los entrevistados afirman experimentar ciertas dificultades en el relacionamiento cuando se encuentran en situación de calle, lo cual queda ejemplificado a partir de frases textuales como “*la calle es brava*”. Frente a esta dificultad, el consumo aparece como un aliado, una manera de pertenecer a un grupo de pares, de compartir una actividad en pareja o hasta de conseguir un lugar donde vivir, como en el caso de Natalia. Tanto Fernando, como Omar y como Juan, refieren no sentir necesidad de consumir Pasta Base de Cocaína durante las internaciones en el hospital, situación que pueden llegar a durar varios meses. Así, entiendo que en estos sujetos el consumo está relacionado a una estrategia que les permite

vivir cuando están fuera del hospital, y no puede ser asociado *a priori* a la adicción como patología en sí misma, según se observó en los estudios internacionales. Los enunciados tales como “*la calle es brava*” aparecen también para argumentar su necesidad de ingresar al hospital cada tanto, cuando se presentan situaciones difíciles en la calle.

Por otro lado, entiendo que lo que hace a la particularidad de los sujetos no es el diagnóstico que portan ni sus “comorbilidades”, sino el hecho de que permanecen en permanente movimiento, buscando distintas estrategias de acuerdo al momento y situación en que se encuentran para poder realizar el movimiento que les es necesario.

Considero que estos sujetos no son reingresadores frecuentes solamente del Hospital Vilardebó. Recordemos que un entrevistado relata que cuando su madre le permite quedarse con ella tras ser dado de alta en el hospital, no soporta estar allí más de una semana, y se va. Es decir que, si accedemos a aglomerar a estos sujetos bajo la categoría del reingreso frecuente o de la puerta giratoria, cuestión que fue puesta en debate a lo largo de esta tesis, cabe hacer la salvedad necesaria de que son reingresadores frecuentes en todos los espacios que transitan. Si se los observa únicamente desde la mirada que el sistema de salud tiene sobre ellos, se corre el riesgo de entenderlos como “usuarios” o “pacientes” que no “logran” un alta a largo plazo, en lugar de pensarlos como sujetos que mantienen una cotideaneidad ligada al movimiento, y que requieren de las instituciones de amparo bajo esta forma de existir, es decir, como lugares de paso, como puntos en un itinerario.

Esto se asocia a la observación de que los sujetos no permanecen en un movimiento errático y vacío de sentido, sino que realizan recorridos que tienen para ellos un significado, muy a menudo con objetivos ligados a la filiación, tales como reecontrarse con familiares o conocer más sobre su origen. En este recorrido el hospital es un lugar (de entre otros) de paso obligado. Esto se debe a que allí logran reecontrarse con figuras que les son familiares, tales como algunos funcionarios del hospital, y con otras figuras que ellos crean y que asocian a su familia de origen. Esta condensación puede estar ligada a que todos los sujetos entrevistados refieren que en el inicio de sus internaciones eran llevados por sus familiares, con quienes eventualmente fueron perdiendo contacto o al menos ya no funcionan como una red continente. Por otra parte, dicha condensación puede obedecer a que en todos los casos, excepto en el de Gloria, los entrevistados refieren que las internaciones comenzaron en la adolescencia, tras la pérdida de uno de los pocos familiares de referencia y contención con los que contaban, y que varios de ellos logran reencontrar en el hospital. El Vilardebó, en este sentido, queda investido de múltiples significaciones, y en tanto esto, no resulta sencillo pensar cómo sustituirlo por otro dispositivo asistencial, o cómo lograr que los sujetos se “independicen” del mismo.

Aludo a la cuestión de la independencia no arbitrariamente. En la adolescencia, es esperable que los sujetos logren obtener cierta autonomía del núcleo familiar de origen para dar paso a vínculos con otros núcleos de pertenencia, como ser el grupo de pares. Entiendo

que en estos sujetos la operación de autonomía respecto del núcleo familiar logra hacerse en cierta parte gracias a la relación que establecen con el Hospital. Es decir, pasan de vivir con sus padres o abuelos (o en un hogar de INAU que pretende funcionar como núcleo familiar) a vivir en el Hospital. Eventualmente van perdiendo contacto con esa red primaria y queda el hospital como alternativa que tiene mucho para ofrecerles.

Lo importante aquí, no es puramente resaltar las operatorias psíquicas que los sujetos realizan y el lugar que para ellos ocupa el hospital en su biografía. Lo destacable y que pretende aportar la investigación que aquí se presenta, es que el hospital no logra hacer nada al respecto. Como institución total, se oferta a los sujetos como lugar que tiene todo: es el lugar en que, según los entrevistados: la comida está calentita, ha mejorado su calidad en los últimos años, ofrece un lugar cómodo y abrigado donde dormir e ir al baño, ofrece silencio, alivio, un hogar, una familia, medicación, fiestas de la primavera, etc. Para muchos de nosotros la idea de que el Vilardebó tenga algo que ver con un hogar puede sonar extraña, pero, a pesar de lo difícil de las situaciones que allí se viven, para muchos sujetos tiene, como refería Pezzani (2016), una dimensión atractiva y continente. El punto de tensión es que la propia institución reniega de eso que a su vez oferta. Les da a los sujetos un lugar donde permanecer, inclusive los requiere cuando se van contra alta médica, pero luego no los acepta cuando solicitan ingresar, debido a que no deberían ser dependientes de dicha institución.

En tanto esto, considero que estos sujetos requieren dispositivos singulares que se adapten a sus características, principalmente en la asistencia ambulatoria. Con adaptarse a sus características me refiero concretamente a que sean dispositivos que puedan respetar su necesario movimiento. El Hospital, de la mano del aparato jurídico, criminaliza el movimiento, quedando los sujetos tras las fugas “requeridos”, y siendo reingresados por el hecho de que se fugaron, más allá de si la situación clínica lo amerita. En tanto que el movimiento sea visto como un comportamiento indeseado, y en tanto se sostenga una visión de la cura ligada al poder permanecer con el cuerpo en reposo, como refería el Dr. Porciúncula, no se podrá visualizar lo que significa para ellos dicho movimiento, y cuánto de su propia estrategia de “cura” hay en él. Entiendo que el movimiento permanente en que se encuentran, no implica, como es enunciado por algunos funcionarios del hospital, un fracaso terapéutico, sino que involucra una modalidad de existencia y de encontrar alivio.

En relación a todo lo antedicho, la noción de puerta giratoria tiene un límite como marco explicativo de la conducta de estos sujetos, en tanto que realiza un corte en los momentos de internación. Los entrevistados, si bien comparten características, realizan recorridos sumamente diversos, que abarcan distintos puntos de la ciudad, del país, y en algunos casos involucran el traspasar fronteras nacionales. En medio de un recorrido tan vasto, el punto de encuentro es el hospital, pero es importante no reducir la mirada sobre estos sujetos a lo que desde este punto de vista parcial podemos decir acerca de sus andares.

7. Referencias Bibliográficas

- Acuña, R. (2004). Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 194-207. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/06_servicio.pdf.
- Agamben, G. (2002). *Lo que queda de Auschwitz. Homo sacer III*. Madrid: Editora Nacional.
- Agamben, G. (2005). *Estado de excepción. Homo sacer, II, I*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Agamben, G. (2010). *Signatura rerum. Sobre el método*. Barcelona: Anagrama.
- Alberdi, J. Coll, L. Mutazzi, E. Vismara, E. (2005). La Problemática de la Institucionalización Crónica y el Fenómeno de “Revolving Door” en Pacientes Usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila (CRSM). *Revista Cátedra Paralela*, 2, 85-96. Recuperado de <https://docplayer.es/93342013-Eleonora-vismara-laura-coll-lic-en-trabajo-social-unr-trabajadora.html>
- Althusser, L. (1992). *El porvenir es largo. Los hechos*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Álvarez, E. (2009). *Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público*. Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica. Universidad de la República. Recuperado de <http://eduardoalvarezpedrosian.blogspot.com/2007/02/los-estrategas-del-maciel-etnografa-de.html>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington, DC. London, England: American Psychiatric Publishing.
- Augé, M. (1992). *Los no lugares. Espacios de anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Baroni, C. (2015). Perspectivas y proyecciones de la Salud Mental en el Uruguay. En SERPAJ, *Derechos Humanos en Uruguay. Informe Anual*. Montevideo: Tradinco. Recuperado de https://www.academia.edu/19672912/Perspectivas_y_proyecciones_de_la_Salud_Mental_en_el_Uruguay._Informe_Serpaj_2015._Baroni.
- Baroni, C. (4 de Julio de 2016). Un movimiento contra el olvido. Aportes para pensar el proceso de desmanicomialización en el Uruguay de 1985 en adelante. *Hemisferio izquierdo*. Recuperado de <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2016/07/04/Un-movimiento-contra-el-olvido-Aportes-para-pensar-el-proceso-de-desmanicomializaci%C3%B3n-en-el-Uruguay-de-1985-en-adelante>.
- Baroni, C. (9 de Octubre de 2018). Tiempos de desencerrar. Aportes para pensar la Ley de salud mental en Uruguay. *Hemisferio izquierdo*. Recuperado de <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Tiempos-de-desencerrar-Aportes-para-pensar-la-Ley-de-salud-mental-en-Uruguay>.

- Benslama, F. (2004). Qu' est-ce qu' une clinique del exil? *L' évlution psychiatrique*. 69, 23-30.
- Benslama, F. (2005). Incidências clínicas do exílio. Documento de circulación interna.
- Berríos, G. (2010). *Acerca de la (inquietante) medicina basada en la evidencia*. Recuperado de <http://www.nogracias.org/2017/01/29/acerca-de-la-inquietante-medicina-basada-en-la-evidencia-por-german-barrios/>
- Berríos, G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Bey, M. (2011). Relaciones sociales: ¿don o intercambio? *Desacatos*, 36, 201-208. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n36/n36a14.pdf>
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. California, Estados unidos: University of California Press.
- Bielli, A., Bacci, P. Bruno, G. Calisto, N. Navarro S. (2015). Estereotipia social en los profesionales de la salud pública de Uruguay acerca del uso de benzodiazepinas. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 159-169. doi: 10.5327/Z1982-1247201500020006.
- Bielli, A. Bacci, P. Bruno, G. Calisto, N. Navarro, S. (2019). Ansiedad y vida cotidiana como blancos farmacológicos en Uruguay. *Psicologia y Sociedade*, 31, 1-16. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822019000100229
- Botha, U. Koen, L. Joska, J. Parker, J. Horn, N. Hering, L. Oosthuizen, P. (2009). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-009-0085-6.
- Calligaris, C. (1989). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Cano, A. (2011). Notas para una genealogía del manicomio. En Baroni, C. (comp.). *Vilardevoz: locura, autonomía y salud colectiva*. Manuscrito inédito. Montevideo, Uruguay.
- Cardozo, D. (2015). ¿Movimiento de desmanicomialización en el Uruguay? En Acosta, Y. Casas, A. Mañán, O. Rodríguez, A. Rossi, V. (Coord.). *Sujetos colectivos, Estado y capitalismo en Uruguay y América Latina. Perspectivas críticas*. (pp. 295-307). Montevideo, Uruguay: Trilce.
- Casarotti, H. Pereira, T. (2000). Ley 9.581 de "Asistencia de Piscópatas" de 1936. Reflexiones para un anteproyecto de ley. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 64, 256-285.
- Casarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 153-163. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf.
- Charcot, J. (1888-1889). *Leçons du mardi á la Salpêtrière*. París, Francia: Publications du Progrés Medical. Recuperado de <https://archive.org/details/b21270910/page/n6/mode/2up>.
- Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona, España: Argot.

- Comisión Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública. (1986). Plan Nacional de Salud Mental. Recuperado de <http://www.corazoncitos.org.uy/pdf/plan-nacional-de-salud-mental.pdf>
- Comisión Asesora Técnica Permanente. Programa Nacional de Salud Mental. Grupo de Trabajo "Política, Legislación y Derechos Humanos en Salud Mental." (2009). Anteproyecto de Ley de Salud Mental de la República Oriental del Uruguay. Recuperado de http://www.psicologos.org.uy/documentos09/10_09_ANTEPROYECTO_DE_LEY_DE_SALUD_MENTAL_DE_LA_ROU.pdf
- Costa, A. (2010). O corpo e os seus afetamentos. *A peste*, 2(2), 313-321.
- Davidovich, M. Finaret, M. (2007). Notas sobre alienación y separación. En M. F. Davidovich, *En los desbordes pulsionales* (pp. 19-26). Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- De Armas, R. (07 de Enero de 2019). "Con el nuevo Código del Proceso, el Vilardebó colapsó a nivel judicial". Entrevista a la Directora Técnica del Hospital. *El Observador*. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/-con-el-nuevo-codigo-del-proceso-el-vilardebo-colapso-a-nivel-judicial--201914182239>
- De Certeau, M. (1996). *La invención de lo cotidiano. 1. Artes de hacer*. México D.F., México: Cultura libre. Trabajo original publicado en 1980.
- De León, N. (2013). Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Comisión Sectorial de Investigación Científica. .
- De León, N. Fernández, J. (1996). La locura y sus instituciones. En *Terceras Jornadas de Psicología Universitaria: Historia, violencia y subjetividad*. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay: Multiplicidades.
- De Sousa Parente, C. Parentes, L. Dos Santos, C. Kênya, D. Carvalho, J. Castelo, A. da Cunha, A. (2007). O fenômeno de revolving door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(4), 381-386. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/361>
- Debieux, M. Letícia, S. Toma, T. Alencar, S. (2009). A condição errante do desejo: os imigrantes, migrantes, refugiados. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 12(3), 497-511. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000300006>.
- Decreto N° 465/008: Aprobación de los Programas Integrales de Salud y Catálogo de Prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/465-2008>.
- Decreto N° 305/011: Inclusión en el Decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el "Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud." Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>

- Decreto N° 81/012: Aprobación del contrato de gestión suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/81-2012>
- Del Castillo, R. Dogmanas, D. Villar, M. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 4, 83-96. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Derrida, J. Dufourmantelle, A. (2008). *La hospitalidad*. Buenos Aires, Argentina: ediciones de la Flor. Trabajo original publicado en 1997.
- Douglas, M. (1996). *Natural symbols: explorations in cosmology*. Londres, Inglaterra: Routledge. Trabajo original publicado en 1970.
- Douville, O. (2004). Uma melancolização do laço social? *Agora*, 7(2), 179-201.
- Duffau, N. (2015). *Alienados, médicos y representaciones de la "locura": saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1911)*. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires (Argentina). Facultad de Filosofía y Letras.
- Duffau, N. (09 de Octubre de 2018). Entre el control social y el conocimiento científico: los orígenes de la clínica psiquiátrica en el Uruguay (1860-1910). *Hemisferio Izquierdo*, recuperado de <https://www.hemisferioizquierdo.uy/single-post/2018/10/09/Entre-el-control-social-y-el-conocimiento-cient%C3%ADfico-los-or%C3%ADgenes-de-la-cl%C3%ADnica-psiqui%C3%A1trica-en-el-Uruguay-1860-1910>.
- Eidelsztein, A. (2016, Febrero 15). *La estructura elemental del material de la sesión psicoanalítica. (La cadena significativa, cadena borromea, trenza e enjambre)* [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=zEjA2SFZGYQ>.
- Ferrater, J. (1964). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana. Trabajo original publicado en 1941.
- Fidacaro, P. (2014). *Duelo y psicosis: conjeturas psicoanalíticas*. Tesis de Maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4457/1/Pablo%20Fidacaro.pdf>.
- Foucault, M. (1974/1975). *Los anormales*. Madrid, España: Akal.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Barcelona, España: Polemos.
- Freud, S. (1980). Charcot. En *Obras Completas. Tomo III*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1893.
- Freud, S. (1980). Conferencia de Introducción al Psicoanálisis número 17. El sentido de los síntomas. En *Obras Completas. Tomo XVI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1916-18.
- Freud, S. (1980). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1915.
- Freud, S. (1980). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras completas. Tomo XII*. Buenos Aires,

- Argentina: Amorrortu. Trabajo original publicado en 1914.
- Gastal, F. Andreoli, S. Quintana, M. Almeida, M. Leite, S. McGratch, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de Saúde Pública*, 280-285. doi: 10.1590/s0034-89102000000300011
- Gauchet, M. Swain, G. (2000). *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconciente*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Geller, M. (1982). The "revolving door": a trap or a life style? *Hospital and Community Psychiatry*, 3 (5), 388-389.
- Ginés, A. (1998). Desarrollo y ocaso del asilo mental en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 62 (2), 37-40.
- Ginés, A. (2000). *Desarrollo y Estado Actual de la Psiquiatría en el Uruguay*. Recuperado de <http://www.sitiomedico.org/artnac/2000/09/04.htm>
- Ginés, A. (2003). La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(2) 172-180.
- Ginés, A. Porciúncula, H. Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después. Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2) 129-150. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf.
- Goffmann, E. (1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Goodpastor, W. Hare, B. (1995). Factores asociados con el reingreso múltiple a un hospital psiquiátrico público urbano. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 82-87.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá, Buenos Aires, Barcelona, Caracas, Guatemala, Lima, México, Panamá, Quito, San José, San Juan, San Salvador, Santiago, Santo Domingo: Grupo editorial Norma.
- Guedes, C. Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Revista de saúde mental e subjetividade de UNIPAC*, 9(16), 417-442. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000100007&script=sci_arttext.
- Hacking, I. (2002). *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. Massachussets, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Hassoun, J. (1996). *Los contrabandistas de la memoria*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la Flor.
- Haywood, T. Kravitz, H. Grossman, L. Cavanaugh, J. Jr. Davis, J. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoafectiva, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 856-861.
- Horn, L. Famer, C. Bones, K. Lemos, G. (2016). O Outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 325-335. doi: 0.4025/psicoestud.v21i2.30660

- INDDHH. (2017). *Análisis de contexto y monitoreo de instituciones psiquiátricas. Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura-Uruguay*. Montevideo, Uruguay: Susana Aliano Casales.
- Lacan, J. (2008). *Seminario diecisiete. El reverso del Psicoanálisis, 1969-1970*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Trabajo original publicado en 1975.
- Lacan, J. (2015). *El Seminario once. Los cuatro conceptos fundamentales, 1964*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Trabajo original publicado en 1973.
- Lacan, J. (2015). *Seminario Tres. Las Psicosis, 1955-1956*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. Trabajo original publicado en 1981.
- Larrobla, C. (2007). Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 125-134. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/05_asm.pdf.
- Legrand, D. (16 de Marzo de 2019). La puerta giratoria entre la cárcel y la situación de calle. La diaria. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/articulo/2019/3/la-puerta-giratoria-entre-la-carcel-y-la-situacion-de-calle/>
- Lemos, G. Horn, L. Famer, M. Bones, K. (2017). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(3), 460-474. doi: 10.1590/1980-5497201700030009.
- Lessa, P. Nogueira, M. Guljor, A. (2014). O fenômeno revolving door: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Revista de saúde coletiva e bioética Universidade Federal Fluminense*, 6(2), 29-46. Recuperado de <http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/69/60>.
- Ley 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 05 de Diciembre de 2007. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5857796.htm>.
- Ley 19.529. Ley de Salud Mental. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 24 de Agosto de 2017. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.
- Ley 19.653. Código del proceso penal. Modificación de la ley 19.293. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 17 de agosto de 2018. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu8938304875131.htm>.
- Ley Nº 9.581. Psicópatas. Diario Oficial, Montevideo, Uruguay, 08 de Agosto de 1936. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9382912.htm>.
- Linares, I. (2002). Estudio evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría. Tesis de Doctorado. Universidad de Valladolid (España). Biblioteca virtual Miguel de Cervantes.
- Lipovich, P. (27 de Abril de 2008). Un plan que es cosa de locos. *Página 12*. Recuperado de

- <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-103134-2008-04-27.html>.
- Machado, V. dos Santos, M. (2013). Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. *Aletheia*, 40, 111-119. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a10.pdf>.
- Maia, R. Ferreira, R. de Oliveira, A. Alves, D. Oliveira, C. Rennan, R. Alves, C. (2017). Revolving door - Reinternação psiquiátrica hospitalar. *Humanidades*, 6(2), 75-84. Recuperado de http://www.revistahumanidades.com.br/arquivos_up/artigos/a151.pdf.
- Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Argentina: Katz Editores. Trabajo original publicado en 1924.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Sistema Nacional Integrado de Salud. (SNIS). Anexo II. Catálogo de prestaciones*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/catalogo-de-prestaciones-plan-integral-de-atencion-en-salud-pias>
- Minnicelli, M. (2013). *Infancias en estado de excepción. Derechos del niño y psicoanálisis*. . Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Montgomery, P. Kirkpatrick, H. (2002). Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1), 16-24.
- Morosoli, J. J. (1982). Un gaúcho. En J. J. Morosoli, *Tierra y tiempo*. Montevideo, Uruguay: Lectores de la Banda Oriental.
- Murguía, D. (1983). El cierre del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 48, 217-218.
- Noïrot, M. Descarpentier, F. Mercuel, A. (2000). Considerations générales sur la morbidité psychiatrique des sans domicile fixe. *L'évolution psychiatrique*, 65, 763-771.
- Oyffe, I. Kurs, R. Gelkopf, M. Yuval, M. Bleich, A. (2009). Revolving-door: Patients in a Public Psychiatric Hospital in Israel: Cross Sectional Study. *Croatian Medical Journal*, 50, 575-581. doi: 10.3325/cmj.2009.50.575.
- Pardo, V. (2009). Editorial. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay*. Recuperado de http://www.spu.org.uy/boletin/jul2009/Boletin_julio.pdf
- Percovich, G. (2015). Acontecimiento Schreber. *Me cayó el veinte. Acontecimientos ínfimos. École lacanienne de psychanalyse*. 32.
- Pezzani, G. (2016). Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el hospital psiquiátrico Vilardebó. Tesis de Maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Pittman, D. Gordon, W. (1958). *Revolving door. A study of the chronic police case inebriate*. Illinois, Estados Unidos: Glencoe: the Free Press and Yale Center of Alcoholic Studies.

- Qué es Vilardevoz... [Publicación en un blog]. Recuperado de <http://vilardevoz.blogspot.com/p/que-es-vilardevoz.html>
- Real, M. (2014). *Fisuras. La dimensión del (sin)sentido y el consumo de pasta base*. Tesis de Maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4370/1/Real%20Marcelo.pdf>.
- Rey, R. (10 de Abril de 2015). Habitantes del olvido. Brecha. Recuperado de <https://brecha.com.uy/habitantes-del-olvido/>
- Ribeiro, D. Guimarães J. Cruz, C. (2011). Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Revista Interface Comunicação Saúde Educação*, 15(37), 519-527. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lang=pt.
- Ribeiro, L. Freitas, A. Verztman, J. (2015). Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(3), 504-518. Recuperado de https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000300504&lng=pt&tlng=pt.
- Rimbaud, A. (1883). Lettre – confidence de Rimbaud aux siens en 1883. Recuperado de <https://www.paperblog.fr/7199685/lettre-confidence-de-rimbaud-aux-siens-en-1883/>.
- Rodríguez, C. (2015). *Que te fugás, te fugás: un analizador de las instituciones de Protección a la infancia en Uruguay*. Tesis de doctorado. Universidad Nacional de Entre Ríos (Argentina). Doctorado en Educación. Recuperado de <http://repositorioddp.mec.gub.uy/jspui/handle/repositorioddp/156>
- Rodríguez, L. (28 de Mayo de 2015). El arte contra el chaleco. Brecha. Recuperado de <https://brecha.com.uy/el-arte-contra-el-chaleco/>.
- Romano, S. (2018). Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril 2018. Recuperado de asse.com.uy.
- Rotelli, F. (04 de Setiembre de 2014). Para desmanicomializar bien. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-254476-2014-09-04.html>.
- Sindicato Médico del Uruguay. (1996). Atrapados, ¿sin salida? *Noticias*. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias82/atrapado.htm>.
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. (2003). Ateneo homenaje al Profesor emérito Académico Dr. Daniel Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67(2), 193-206. Recuperado de <https://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/murguia2.pdf>.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Spink, M. (2000). A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestra da Faculdade de Psicologia da PUCRS*, 31(1), 7-22.

- Taylor, S. Bodgan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.
- Toledo, M. Almada, R. Villalba, L. (2018-2019). Paradigmas psiquiátricos y psicofarmacología. ¿Relevancia del órgano-dinamismo de Henry Ey? *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 258-281. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/530/373>.
- Tosta, M. (2009). La Reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. 32. *Salud Mental*, (4). 265-267. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400001.
- Tutté, J. (s-f). La angustia en los límites, los límites de la angustia: la marginación por el sufrimiento. <http://www.apuruguay.org/sites/default/files/tutt%C3%A9.pdf>.
- Tyssié, P. (1887). *Les aliénés voyageurs: essai médico-physiologique*. Bibliothèque interuniversitaire de médecine Paris, Francia.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Vegh, I. (23 de Mayo de 2013). ¿Alguien trajo facturas para el mate? *Página 12*, recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-220618-2013-05-23.html>.
- Velho, G. (1989). *A utopia urbana. Um estudio de antropologia social*. Río de Janeiro, Brasil: Jorge Zahar.
- Videla, E. (06 de Junio de 2009). Carrera demente en hospitales psiquiátricos. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-126202-2009-06-06.html>.