

# Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: de “buenas y malas conductas y descompensaciones” en la Colonia Montes de Oca (provincia de Buenos Aires)

*Silvia Balzano*

Recibido 1 de Diciembre 2006. Aceptado 16 de Marzo 2007

## RESUMEN

En el presente trabajo se analizan las construcciones de un grupo de residentes de la Colonia Manuel Montes de Oca, relativas a las causas de su internación y permanencia en esta Institución. Inspirada en sus orígenes en los programas más progresistas de la psiquiatría europea, la Colonia mantiene un modelo asilar de atención, más orientado a custodiar al paciente que a crear las condiciones de tránsito para la vida comunitaria. Este espíritu asilar queda impregnado no sólo en las interacciones cotidianas entre los pacientes y el personal asistente, sino también en la forma en la que los residentes interpretan y construyen sus propias historias.

**Palabras clave:** Discapacidad intelectual; Desinstitucionalización; Modelo asilar; Narrativas personales.

## ABSTRACT

WHEN THE DISCIPLINES OF THE «NORM» LEGITIMIZE (NORM)ALITY: ON GOOD AND BAD BEHAVIOR IN MONTES DE OCA COLONY, BUENOS AIRES PROVINCE, ARGENTINA. Emic constructions of the reasons for institutionalization and continued residency of a group of patients at the Manuel Montes de Oca Colony are analyzed. Created according to the most advanced European theories in psychiatry, the Montes de Oca Colony maintains a traditional custodial model of care which works against community treatment and expected integration. In addition, this custodial model not only becomes embedded in everyday patient-physician interaction, but also has a strong impact on the way residents perceive and construct their own life-histories.

**Keywords:** Learning disability; Deinstitutionalization; Custodial model; Personal narratives.

## LAS DISCIPLINAS DE LA NORMA

En su obra *La locura en la Argentina*, José Ingenieros da a conocer la historia del primer nosocomio porteño, el “Hospital de San Martín”, ubicado en lo que es hoy la manzana circundada por México, Chile, Defensa y Balcarce. Fundado en 1611, el San Martín carecía de médicos y pacientes, y sólo de tanto en tanto, algún “medico zurujano” llegaba desde España “para sangrar y ventosear”, pero la falta de reconocimiento económico por sus servicios hacía que la permanencia de los verdaderos “esamynados” en el arte de cu-

rar, abandonaran sus puestos de trabajo en busca de mejor suerte. A pesar de la existencia del hospital, dice Ingenieros: “Los vecinos, aun los más miserables, preferían asistirse en sus casas; los soldados en el presidio” (Ingenieros 1957 [1919]: 34-41).

Hacia comienzos de la creación del Virreinato del Río de la Plata, los Betlemitas, sacerdotes franciscanos, pasaron a administrar el Hospital de San Martín, al que llamaron de Santa Catalina, y es recién entonces que se convierte en lugar de asilo de aquellos alienados que estorbaban en la cárcel del Cabildo, sitio en el que

Silvia Balzano. CONICET, Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica (SIAP-CIIPME). Bartolomé Mitre 1970 4 “A”, (1039) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. E-mail: silvia\_balzano@yahoo.com.ar

eran normalmente reclusos. En Santa Catalina, los alienados trabajaban, ya fuera como sirvientes o como enfermeros, en caso de que estuvieran en condiciones de hacerlo. Vértiz había ordenado también que todos los “vagos y mendigos” que pulularan por la vía pública fueran alojados en ese establecimiento. Se observa *ab initio* cómo esta preocupación por el saneamiento urbano se concreta a través de la reclusión de los indigentes en cárceles y en espacios hospitalarios, conjuntamente con los alienados (Requiere 2000). Del mismo modo que en Francia, cuna de la psiquiatría, el nacimiento del manicomio en Argentina aparece no como creación de la medicina, sino como una forma de decisión política tendiente a solucionar un problema social.

Para mediados del siglo XIX, ya se hallaban instalados en Buenos Aires los así llamados “patios o cuadros para alienados y alienadas” que conformarán los rudimentos de lo que serán más tarde los dos grandes hospitales neuropsiquiátricos de la Ciudad de Buenos Aires. Es interesante señalar que en el Censo de 1869, Meléndez y Coni (en Ingenieros 1957 [1919]: 117) separan en dos categorías diferentes a alienados de “idiotas e imbeciles”, estimándose la cantidad de 4003 y 4123, respectivamente. Sin embargo, y tal como señala Foucault (2005), a pesar de las claras distinciones teóricas entre el retardo y la enfermedad mental ya existentes en la primera mitad del siglo XIX<sup>1</sup>, en la práctica los efectos parecieran no haber tenido demasiado incidencia en la medida en que ambos terminaron reclusos dentro de espacios psiquiátricos (Foucault 2005: 240).

Recién hacia 1908, y a instancias del incansable Dr. Domingo Cabred, se crea el llamado Asilo-Colonia Regional Mixto de Retardados –hoy Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca– en la localidad de Torres. En su discurso en ocasión de la colocación de la piedra fundamental del establecimiento, Cabred celebra el emprendimiento como un recurso que permitirá proveer “la hospitalización de millares de enfermos indigentes”. Más adelante agrega: “...es sabido que, aún los menos degenerados<sup>2</sup>, no solo no pueden recibir en las escuelas comunes la instrucción necesaria, sino que también constituyen un elemento de desorden y aún de peligro para la población escolar normal. Tampoco se adaptan a la vida social, pues estos débiles mentales y anómalos morales se hallan expuestos a caer y caen con frecuencia en el vicio, la delincuencia o la locura” (Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Memoria Médico-Administrativa 1915/1916: XII). En suma, pue-

de decirse que indigencia, locura e idiocia aparecen (con)fundidas en espacios de segregación.

Si bien el método instituido por Cabred era el de “puertas abiertas”, la apertura fue sólo unidireccional: libre circulación del afuera hacia el adentro e intramuros; la reclusión de los pacientes dentro del espacio colonial y su participación en una serie de actividades productivas y pedagógicas fue uno de los componentes de su terapéutica<sup>3</sup>.

Rafael Huertas (Alvarez y Esteban 1999) en su sugestivo trabajo sobre los paradigmas que sustentaron el concepto de deficiencia mental durante fines del siglo XVIII y principios del XIX, época en que fue gestándose la creación de la Colonia, muestra cómo en el interjuego de lo que él llama “las disciplinas de la norma” –la psiquiatría y el derecho– se van a ir determinando cuáles son los comportamientos sociales que conforman la normalidad y la anormalidad, de tal manera que todos aquellos que atentaran contra el buen orden burgués del momento podrían ser patologizados y situados fuera de la norma mediante un discurso científico. En este sentido, Huertas sostiene que, en definitiva, los diagnósticos médicos dejaban de ser juicios objetivos para convertirse en decisiones sociales.

A principios de la década del '30, un joven y entusiasta estudiante de medicina comienza su práctica psiquiátrica en el entonces llamado Asilo de Torres. Muchos años después, en sus *Conversaciones con Vicente Zito Lema*, Enrique Pichon-Rivière recuerda sus viajes en moto hasta Torres y hace referencia a sus primeros descubrimientos: el 60% de los internados tiene un retardo especial, no vinculado a lesiones orgánicas; a este estado Pichon-Rivière lo refiere como oligotimia, esto es, un retraso debido a cuestiones afectivas y sociales. Son “niños bonitos”, dice Pichon-Rivière, sin los característicos estigmas físicos reconocibles a primera vista (Zito Lema 2000 [1976]: 39).

Siguiendo esta línea de pensamiento, González Castañón (2001: 270) advierte que “el caso arquetípico del RM (retardo mental) en la mayoría de los países del mundo, es el de una persona pobre, subalimentada, hipoestimulada...”. Esta aseveración coincide con muchas de las opiniones de los especialistas que trabajan en la Colonia que afirman que la mayoría de sus pacientes son resultado de “deficiencias por causas socio-culturales” (Dolz 1998). De hecho, el Departamento de Servicios Sociales de la Colonia confirma que alrededor del 95% de los casos que se hallan internados provienen de familias pobres o empobrecidas.

En relación a la otra disciplina de la norma, ya desde la redacción del Código Civil por Vélez Sarsfield, se contempla la necesidad de poner en conocimiento judicial la internación de los enfermos mentales debido a la posibilidad de lesión del principio bioético de la autonomía, así como la alternativa de violación del derecho cívico a la libertad individual. Esto hace imprescindible la regulación legal de dichas internaciones. Cárdenas *et al.* (1985) señalan que la modificación del Código Civil de 1968 mediante la Ley 22.914 da lugar al amparo no sólo de los enfermos mentales-propietarios, en los que Vélez Sarsfield había pensado inicialmente, sino también a una nueva franja de la población, los enfermos mentales-marginales<sup>4</sup> en la medida en que prevé, a través del juicio de insania, que la justicia deba ocuparse no sólo de que los beneficios de la seguridad social lleguen al incapaz, sino también de que haya un buen uso de su escaso dinero, de su habitación, vestido, alimento y educación entre otras cosas (Cárdenas *et al.* 1985: 10). Sin embargo, tal como lo plantea Martínez Ferretti (2006) en sus comentarios acerca de esa reforma: "Nada se menciona respecto del procedimiento de egreso de los internados, ni sobre cuál es el peso del criterio médico en el mismo, sobreentendiéndose que la decisión deberá ser judicial".

En un reciente artículo sobre historia de la psiquiatría argentina, Ablard (2003: 362-365) muestra cómo la fuerza de la tradición asilar, encarnada en diferentes personajes de nuestra historia, va menoscabando todo intento progresista de transformación de la actividad psiquiátrica. Una mención especial merece Mauricio Goldenberg, el desmanicomializador de Lanús, al decir de Vezzetti (2006) en ocasión de su fallecimiento en septiembre de 2006. Goldenberg pensaba en la necesidad de una reforma global del sistema con la apertura de servicios de psicopatología en los hospitales generales<sup>5</sup>, bajo la consigna de que "la internación en un hospital general provoca menos traumas que en un hospicio" (Balán 1991: 153).

Los ardientes debates sobre la desmanicomialización y desinstitucionalización, que han venido dándose en la Argentina, inspirados en pioneros como el italiano Franco Basaglia (Colucci y Di Vittorio 2006), contrastan muchas veces con las tibias respuestas de las autoridades pertinentes. Refiriéndose a las alternativas a la internación asilar comentan Galende y Kraut (2006: 40) que los argumentos que se oponen son mucho más de carácter político que de orden médico y reflejan el temor de recrear un problema social en la con-

vivencia de los enfermos con sus familias y en sus respectivos barrios.

A pesar de las resistencias, se ha empezado lentamente el recorrido de un nuevo paradigma en donde el tema de la discapacidad, sea cual fuere su naturaleza, ya ha dejado de ser una cuestión que compete al orden social para enraizarse en el entretejido de la lucha política en nuestra sociedad. Lo que Oliver (2002) ha llamado el "paradigma emancipatorio" va cansinamente instalándose, por ahora encarnado en grupos nucleados en ONG's, dedicados a la defensa de los derechos de los discapacitados<sup>6</sup>. Dentro de este marco, a la discapacidad mental le ha tocado el rol de "cenicienta" de las discapacidades, en virtud de que sus protagonistas no tienen voz propia habilitada y no cuentan con los apoyos necesarios para sostener una posición autodeterminada de autogestión (Aznar y González Castañón 2003).

Hecha esta breve contextualización, se intentará en el presente artículo mostrar cómo los efectos de las llamadas disciplinas de la norma son experimentados por los residentes de Montes de Oca, a través de las narrativas vertidas, concernientes a las razones de la internación y permanencia en la Institución. Se señalará también cómo el modelo asilar, avalado por las disciplinas de la norma, queda embebido en la trama de las interacciones cotidianas entre personal asistente y pacientes, con graves consecuencias para estos en la medida en que se pierde la dimensión de que la estancia en la Colonia debería tener carácter transitorio y tendría que estar orientado a la rehabilitación. Finalmente, se presentará los testimonios de los pacientes que, a pesar de su padecimiento mental, pueden vislumbrar con claridad las contradicciones internas del modelo asilar.

## METODOLOGÍA

El marco teórico del que se parte rescata los fundamentos del "modelo social de la discapacidad" que ahonda en los efectos deshabilitantes de la sociedad mayor y, en este caso específico, de toda Institución total (Barnes 2003; Chappell *et al.* 2001)<sup>7</sup>. Conjuntamente con esta perspectiva, dicho modelo social aboga por la aplicación de métodos cualitativos al estudio de la discapacidad mental en virtud de que ha probado ser una herramienta eficaz en rescatar la visión émica de esta población a la que en raras ocasiones se la da la posibilidad de expresar sus propias ideas y

menos aún de valorarlas y en caso de hacerlo, sólo para corroborar su patología<sup>8</sup>.

La investigación en la Colonia que aquí se presenta comienza hacia septiembre de 2003 con prospecciones en los diferentes pabellones, con el objeto de lograr, entre otras cosas, una perspectiva general de las condiciones de accesibilidad a las informantes. Tratándose de una Institución psiquiátrica, este aspecto no es menor, no sólo debido a factores que tienen que ver con la dificultad de expresión del informante, sino también con la falta de privacidad existente en estas grandes instituciones.

Habiendo obtenido un panorama amplio, pero superficial, de la Institución en su totalidad, esta investigación se centró en el estudio de uno de los cinco pabellones femeninos existentes, puesto que es el que mejor refleja la composición porcentual por diagnóstico de la totalidad de los internos en la Colonia. Las primeras entrevistas fueron precedidas por largas horas de observación, en diferentes momentos del día y en distintos contextos de interacción.

Luego de realizadas una serie de entrevistas abiertas, se diseñaron entrevistas semi-estructuradas, que fueron administradas a 26 mujeres residentes en este pabellón. Completar las entrevistas requirió en algunos casos más de dos o tres intentos, en otros, no pudieron completarse íntegramente. Se seleccionaron 5 mujeres como informantes clave de un total de 26, ya que podían hablar fácilmente, podían comprender las preguntas que se le formulaban y consintieron de buena voluntad en compartir la información que se les solicitaba (Bernard 1994: 166). Se trabajó también con un grupo focal compuesto por 5 de las mujeres, previamente entrevistadas, y observaciones focalizadas en pacientes con retardo mental grave y profundo. Otras fuentes de información fueron la consulta con psiquiatras, psicólogos, médicos y asistentes sociales de la Institución, así como también con el personal de enfermería y sus auxiliares. Por último, las historias de vida de las pacientes fueron corroboradas con las historias clínicas respectivas.

## DESARROLLO

La entrada a cualquier pabellón de la Colonia suscita entre los residentes una diversidad de reacciones, pero fundamentalmente curiosidad. El recién llegado es abordado con una infinidad de preguntas y reclamos que apuntan al contacto con el afuera del medio

colonial. Una profunda sensación de impotencia es lo primero que me viene a la mente en las primeras recorridas por los pabellones de la Institución. ¿Vos podés hacer algo para sacarme de acá? ¿Usted es curadora? ¿Sabe algo de mis hermanos? ¿Cuándo va a venir mi jueza? ¿Por qué mi familia no me viene a visitar? La sucesión de reclamos es inagotable, pero más frustrante aún es reconocerse incapaz para actuar sobre aquellos pedidos que hacen al encierro y a la falta de contención. Por otro lado, las preguntas revelan tanto la imperiosa necesidad de contacto con el afuera de la Institución, como su contracara, en la medida en que ponen al descubierto la historia personal de haberse convertido en un "depositado" de la familia y, sin lugar a dudas, de la sociedad mayor. Por otro, nos enfrentan inmediatamente con el fárrago de la jerga legal a la que deben someterse y con la que están muy familiarizados.

En muchas de las entrevistas que mantuvimos con las internadas fui tratando de recuperar las razones por las cuales ellas explican su internación y permanencia en la Colonia. Un patrón común aparece como forma de explicación a su internación. Raras veces dicha explicación está vinculada al dominio de la enfermedad, antes bien encuentran la causa de la misma en la "mala conducta" de una época pasada:

Silvia: ¿Te acordás cuando vos entraste acá, a la Colonia? ¿Por qué te trajeron, Flora?

Flora: Me trajeron por "mala conducta". Me portaba mal. Yo estaba buscando algunas hermanas que yo tenía. Yo le hice la vida imposible al Dr. Esteban y me trajo acá. Él no quería traerme acá. Yo lo hice a propósito para que me trajera acá.

Silvia: ¿Qué hacías en el Ramayón? ¿Por qué decís que tenías "mala conducta"?

Flora: Les empezaba a contestar a las empleadas<sup>9</sup>. (Flora, agosto 2006).

Tras muchas entrevistas informales, fui armando parte de la historia de vida de Flora. De niña y debido a la internación de la madre, pasó su infancia en el Instituto Ramayón de Luján que alberga a jóvenes discapacitadas desde los 12 hasta los 35 años. Flora podría haber permanecido en esa Institución, pero dados los conflictos que creaba con el resto de sus compañeras, fue institucionalizada en la Colonia. Además de las peleas con sus compañeras, Flora intentaba escaparse para encontrar a alguna de sus hermanas.

En el caso siguiente, Pamela hace una referencia más específica al contenido de la "mala conducta" vinculada en este caso no sólo a las fugas, sino también a un posible consumo de drogas. Los padres de Pamela habían muerto y ella también fue internada desde pequeña en un instituto para menores en Bahía Blanca.

Silvia: Dígame, ¿cómo fue que la trajeron? Usted me decía que había estado internada en Bahía Blanca...

Pamela: Sí. ¿Cómo le puedo decir? Yo era de fumar, ir a la plaza, ir a los parques. Un día encontré un pucho. '¡Tirá eso!', me dijo uno de los chicos que estaba conmigo, era un pucho de marihuana lo que yo encontré. "No lo fumes que te hace mal", me dijo. 'No, no. No lo probé ni nada y no sé qué es tampoco', le dije. Y yo salí a caminar así...Primero eran las hermanas en Bahía Blanca... Mandaban las hermanas, después se fueron ellas y quedaron las empleadas.

Silvia: Y ¿las empleadas la mandaron para acá?

Pamela: No sé. Ni idea tengo porque la directora se ocupaba de mí.

Silvia: Y ¿cómo hicieron para trasladarla acá?

Pamela: No sé cómo hicieron. Me engañaron.

Silvia: La engañaron...

Pamela: Me engañaron. Me dijeron: '¡Vas a ir a un colegio de lindo....Vas a tener de todo!'. Me trajeron engañada los hijos de p...

Silvia: Pero ahora, ¿está bien?

Pamela: No me gusta estar acá.

Silvia: ¿Dónde le gustaría estar?

Pamela: En Bahía Blanca, con mis amigas (Pamela, abril 2004).

La narrativa de Pamela, que fue internada en la Colonia a la edad de 15 años, muestra parte de la historia de muchas de nuestras instituciones asilares que fueron por largo tiempo sostenidas por personal religioso. Pamela era muy raras veces visitada por una hermana, de escasísimos recursos. Sus otros hermanos también estaban institucionalizados en hospitales psiquiátricos.

En el caso siguiente, otra de las residentes de la Colonia da otra explicación a la supuesta "mala conducta":

Silvia: ¿Y a usted por qué la internaron acá?

Elvira: Me internaron por 'mala conducta', porque me escapaba con hombres.

Silvia: ¿Cómo llegó acá, Elvira?

Elvira: Mi mamá fue al juzgado, fue a hablar y me pusieron en un colegio de monjas, luego la policía me trajo a la Colonia.

Silvia: ¿La trajeron a la Colonia porque se escapó del colegio de monjas?

Elvira: Sí, primero me llevaron a la comisaría y de la comisaría...

Silvia: Y ¿por qué la dejaron?

Elvira: Porque soy enferma...

Silvia: Enferma ¿de qué?

Elvira: Enferma de los nervios. Soy muy nerviosa (Elvira, mayo 2004).

En este caso, Elvira no sólo se escapa, sino que se ve envuelta en situaciones de promiscuidad. Al no poderla contener, la familia la ubica en un internado de religiosas del que vuelve a escaparse. Finalmente, al hallarla vagando por la calle, la policía la remite a la Colonia donde permanece internada desde los 20 años.

Las tres mujeres habían pasado su adolescencia alejadas de sus familias y al cuidado de personal, ya fuera religioso o laico, dentro de instituciones para minoridad. En los tres casos, ellas vinculan su internación en la Colonia como resultado de una accionar inapropiado de acuerdo a la normativa institucional. Podría pensarse que la construcción del concepto de "mala conducta" está asociado a la institucionalización, pero no es el caso. El siguiente caso es el de una mujer que, si bien vivía en el seno familiar, debió ser internada por la imposibilidad de controlar su comportamiento:

Silvia: Lo que no me contó, Irene, es ¿por qué vino usted a la Colonia?

Irene: Bueno, a mí me trajeron por "mala conducta".

Silvia: ¿Cómo fue?

Irene: Yo estaba cocinando para un gato en mi casa. Vino mi hermana, yo no sé si sentí bien o mal. ¿Qué es lo que me dijiste? Y agarré y me puse mala. Le tiré una lata de grasa caliente en la cara. Por eso me trajeron acá (Irene, marzo 2005).

A diferencia de otros casos, en la historia clínica de Irene hay registro de cómo fue su infancia. La ma-

dre narra que, a pesar de haber nacido “sin problemas de salud”, ya a los cuatro años “comenzó a desvestirse y a deambular”. Fue enviada a una escuela especial, pero la suspendieron por haber arrojado objetos a sus compañeras. La madre de Irene era casera en un establecimiento y, si bien vivía muy cerca de la Colonia, sus visitas eran muy poco frecuentes.

Un aspecto común a los casos de Flora, Pamela, Elvira e Irene es que, en sus respectivas historias clínicas, estas mujeres provienen de familias con una situación económica muy precaria, con grados de instrucción bajos y sin trabajos estables. Como se ha dicho más arriba, alrededor del 95% de los residentes de Montes de Oca provienen de núcleos familiares que se hallan por debajo de la línea de pobreza. Asimismo, en estas historias clínicas se hace referencia a la “incapacidad de la familia de contener emocionalmente” al paciente. Esto resulta una suerte de fórmula que justifica, desde la perspectiva legal, la continuidad de su internación. Uno de los elementos que el Departamento de Servicios Sociales de la Colonia más tiene en cuenta es justamente la evaluación de las condiciones que tiene la familia para poder suministrar al paciente un ambiente lo suficientemente apacible para poder insertarlo en el seno familiar<sup>10</sup>.

Si bien nos hemos concentrado en la población femenina, se ha tenido acceso a comentarios y perspectivas de algunos hombres que estaban circunstancialmente acompañando a las informantes y que compartieron su visión respecto de su ingreso a la Colonia. En la siguiente narrativa, una de las informantes comenta cuál ha sido uno de los días más felices de su vida, ocasión en la que conoce a su actual novio, Héctor, quien da cuenta de las instancias iniciales de internación:

Silvia: Contame algo que vos quieras.

Estela: ¿Qué querés que te cuente?

Silvia: Contame el día más feliz de tu vida.

Estela: El día que lo conocí a Héctor...Vino la camioneta de la comisaría...

Héctor: Vino la “robocop”. Apenas llegué acá, me llevaron a Open Door. En Open Door no me querían, porque era toda gente... Otro sistema. Eran todos faloperos. [...] No me quisieron dejar. Después me llevaron al 7, tampoco, al 8, tampoco, al 9, tampoco. En el 12, tampoco. La única posibilidad que tuve yo era de quedarme en el 6

y ahí estoy. Unos días estuve encerrado que no podía salir afuera, que no podía salir solo. Después, más adelante empezaba a salir solo. Antes andaba por adentro del pabellón.

Silvia: ¿Por qué no lo dejaban salir?

Héctor: Querían ver si me escapaba o no me escapaba. Luego me dejaron salir solito, adentro de la Colonia. Si venís con conducta mala, te encierran en el “calabozo”.

Silvia: ¿Qué “calabozo”?

Héctor: Los que tenemos en los pabellones.

Estela: Hay uno en el cuatro y otro en el sexto.

Héctor: A los que se ponen agresivos y los que vienen de afuera y son malos, agresivos, al “calabozo”.

Silvia: Yo no los vi. ¿Dónde están?

Estela: ¿Viste donde está el baño? Ahí está.

Silvia: ¿Qué hay en el “calabozo”?

Estela: Hay pacientes.

Silvia: En el 1 ¿hay “calabozo”?

Estela: No.

Héctor: Las que se portan mal acá, las pasan al cuarto.

Silvia: A vos ¿te pusieron en el “calabozo” alguna vez, Héctor?

Héctor: No.

Silvia: ¿Y a vos, Estela?

Estela: No.

Silvia: ¿A quién ponen en el “calabozo”?

Héctor: A los que...

Estela: Se portan mal. Los que pegan a las pacientes, a las empleadas (Estela, septiembre 2003).

Es interesante señalar que el anterior intercambio se produce en un momento en que era necesario crear cierta distensión, ya que Estela había narrado parte de su historia de vida y parecía estar un poco triste luego del relato<sup>11</sup>. Es a raíz de recordar el primer encuentro de la pareja que Héctor menciona las condiciones en las que él fue internado, el largo periplo de pabellón en pabellón, y el primer tiempo de estadía dentro de la Colonia, donde el control para evitar las fugas es mayor.

Como en muchos otros casos, el ingreso a la Colonia se realiza a través de un vehículo policial que Héctor describe como Robocop en alusión al film de fines de la década del '80. La expresión es sumamente gráfica en lo que hace a su contenido de violencia. La narrativa de Héctor es también elocuente en lo que hace al castigo por la "mala conducta", todo aquel que se porta mal va al "calabozo", que es lo que el personal asistente denomina "sala de contención"<sup>12</sup>. Se trata de una habitación pequeña, construida en el interior de la estructura pabellonal, sin ventanas, con rejas y una cama. En un interesante y agudo trabajo, Malacrida (2005) rescata los tristes recuerdos de un grupo de pacientes canadienses a los que la autora llama "sobrevivientes de las salas de contención", instalaciones que dejaron de utilizarse, tanto en Canadá como en muchos de los países desarrollados, hace ya más de un cuarto de siglo.

Hasta aquí se ha visto cómo algunas de las pacientes construyen las razones por las cuales ingresan a la Colonia. Vale la pena destacar que los episodios de "mala conducta" suelen estar vinculados a un pasado, a veces un tanto borroso, que pareciera intentar marcar una identidad diferente de la actual. La "mala conducta" resulta entonces una suerte de construcción a la que los pacientes recurren para explicar la intervención policial y la participación legal en el ingreso e institucionalización en la Colonia.

Así como los episodios de "mala conducta" aparecen vinculados a sucesos ubicados en el pasado y permiten justificar el ingreso a la Colonia, en el presente, episodios de naturaleza semejante suelen ser interpretados como situaciones en las que las residentes se "descomponen", les da un "ataque de nervios", o una "descompensación". Este tipo de construcciones, cuyo contenido alude a una dimensión médico-psiquiátrica, parecieran estar orientadas a justificar la permanencia dentro del ámbito institucional, así como al hecho de estar medicadas; entra así en acción la otra disciplina de la norma.

El siguiente es un relato de una de las informantes que recordaba haber agredido a una empleada de la Colonia. En este pasaje, Sonia relata las palabras de la médica psiquiatra que la trataba:

Sonia: Me dijo [la doctora]: 'Vos hacés una macana con una empleada otra vez acá y yo te cruzo con todos tus trapos a la cuarta'<sup>13</sup>. 'Si vos ves que estás por hacer un perjuicio así, te vas a caminar por ahí y listo o vas a tu cama y te tirás a

dormir. Yo no puedo trabajar cuando estoy con esto para arriba [refiriéndose a los ojos].

Silvia: ¿Qué quiere decir con esto para arriba?

Sonia: Que me "descompongo" de la vista.

Silvia: ¡Aja!

Sonia: Sí, me "descompenso" y las enfermeras me dicen que me vaya a hacer una siestita.

Silvia: Me decía que cuando usted se pone mal...cuando se le ponen los ojos para arriba...

Sonia: Sí, yo la comida no la como. Cuando estoy con esto, no me da apetito de comer.

Silvia: ¿Cuando le pasa eso, es un problema de los ojos o de la cabeza?

Sonia: Los ojos, se me suben para arriba...

Silvia: Se le suben para arriba...¡Ah! Así es. ¿Qué pasaría entonces si le llegara a pegar a una empleada?

Sonia: Me cruzan al cuarto, al "calabozo". Y ya la médica...las medidas que va a tomar la doctora ahí (Sonia, abril 2005).

En el relato precedente, Sonia, una mujer de 50 años, internada a la edad de 27, hace referencia a que "se descompone" y este "ataque" lo asocia a problemas oculares<sup>14</sup>. Es probable que el suceso relatado tenga que ver con sus ataques de epilepsia, tal como consta en el diagnóstico de su historia clínica. Recuerda también que había sido advertida por el personal médico que si llegaba a agredir a una de las empleadas, sería trasladada a un pabellón diferente del que reside habitualmente, el hecho de que se mencione "con todos tus trapos", esto es, sus posesiones, implica que no será una permanencia temporaria, sino un cambio de pabellón. Cualquier cambio de pabellón es percibido como una forma de sanción, pero particularmente el traslado al pabellón cuatro por contar con la "sala de contención/calabozo" a la que Sonia hace referencia.

Del mismo modo, la medicación según sea la dosis, va tomando diferentes denominaciones. Al referirse a la medicación habitual, algunas pacientes suelen denominarla "confites" por la variedad de colores<sup>15</sup>. Sin embargo, cuando se aumenta la dosis de la misma, debido a una crisis, la denominación más usual es "pichicata". En el siguiente diálogo, dos de las informantes del pabellón hacían referencia a una situación

de hostilidad desencadenada tiempo atrás y a las prácticas institucionales para tratar esta situación:

Beatriz: Mirá, Morales, vos a mí no me conocés. Estela no te va a defender. Vos a mí no me conocés a mí. Yo a una empleada que se llama Mónica la ahorqué, la agarré de los pelos. La agarré como a una gallina. El médico me llamó y medicada me mandó al [pabellón] cuarto.

Irene: Lo que está diciendo Beatriz es cierto. Cuando uno se pelea con otra chica...a la otra [que me pegó] la terminan defendiendo las empleadas y a uno lo medican y lo cambian de pabellón. Yo no lo veo bien. El castigo tendría que ser para los dos iguales. Yo me peleo con vos, te agarro de los pelos o te rompo las cosas y me castigan a mí. Vos sos libre. El castigo debe ser para las dos iguales, medicar a las dos juntas, el castigo para las dos juntas.

Silvia: ¿Por qué usted dice que la medican?

Irene: Nos dan más medicación cuando nos portamos mal.

Silvia: ¿Y qué le pasa?

Irene: Duerme todo el día. No tiene fuerza para levantarse o para caminar. Yo te digo porque ya pasé eso.

Silvia: ¿Y eso es un castigo?

Irene: Claro. Por eso yo le dije a mi mamá que me lleve. Porque yo no la soporto más esta Colonia...(Irene, octubre de 2005).

La medicación, al menos la aplicada como lo que habitualmente los médicos llaman "chalecos químicos", también es percibida como una forma de castigo frente a comportamientos que no se consideran apropiados. Estudios recientes muestran cada vez con más claridad la ineficacia de la medicación como forma de reducir los comportamientos antisociales (Biersdorff 2002). La excesiva somnolencia, la imposibilidad de realizar las tareas habituales y por lo tanto la consecuente ausencia de la paciente de los espacios habituales convierte al "castigo individual" en una sanción pública, como una forma de escarmiento ejemplificador<sup>16</sup>.

No es de extrañar entonces que muchos de las pacientes piensen en la alternativa de fugarse. A raíz de la llegada de una curadora que venía a visitar a una de las pacientes del pabellón en donde estaba traba-

jando, pude mantener un interesante diálogo con otra de las informantes. Ya que la visita de un curador es una de las pocas instancias en que los residentes pueden estar a solas con una persona, mi interés radicaba en saber qué era lo que los curadores preguntaban. Entre los interrogantes que la informante recordaba mencionó el tema de la fuga:

Silvia: Y la curadora ¿qué otras cosas te preguntaba, Patricia?

Patricia: Si me escaparía... ¿Cómo me voy a escapar si es todo campo?<sup>17</sup> [...] Si voy a Torres, la policía me trae de nuevo a la Colonia.

Silvia: Claro, te trae a la Colonia. Pero entonces en algún momento pensaste en escaparte...

Patricia: No, si te escapás, chau, te vas. Hay que ver qué colectivo tomás, si te lleva o no te lleva. Si vas a Luján también te trae la policía.

Silvia: ¿A vos te gustaría escaparte?

Patricia: ¡Ay! No, si no conozco nada. Voy a Torres, me encuentro con las empleadas en Torres [risas] (Patricia, mayo 2005).

Las risas de Patricia revelan su percepción de que la fuga es una alternativa inviable. A pesar de la negativa de reconocer su deseo de escaparse, sabe por la experiencia de otros cuál es el final de las fugas de no contar con un conocimiento claro de los lugares a donde poder ir para eludir los mecanismos de control. Los sitios a los que ella podría concurrir, todos ellos muy cercanos a la Colonia, la devolverían a la Institución.

Otras pacientes mostraron menos reticencia en reconocer sus intentos de fuga. Comentaba Irene, en ocasión de estar reunidas con un grupo de mujeres fuera del pabellón y a raíz del tránsito de un camión que se dirigía hacia uno de los caminos interiores de la Colonia, ubicado en el límite posterior del sector pabellonal: "Antes, por atrás de este pabellón, me escapaba yo. Agarraba campo. Y después agarraba una calle que va así, derecho para Torres. Yo pasaba por debajo del alambrado".

Habiendo comprobado que la posibilidad de fugarse es virtualmente imposible, ya sea porque los pacientes son nuevamente traídos a la Colonia o porque mueren en el intento, la alternativa que queda es pensar en la posibilidad del alta definitiva. El siguiente diálogo fue mantenido con Estela, quien al momento de la entrevista nuevamente estaba acompañada por su



pareja, Héctor. Conversábamos en ese momento sobre la vida en la Colonia y las posibilidades, un tanto remotas, de que Héctor pudiera dejar la Institución:

Héctor: [...] El día que yo me llegue a ir de acá [de la Colonia] arreglo todo, hablo con los jueces y vengo y me la saco a ella. Si tengo el permiso, me la saco.

Silvia: ¿Quién le da el permiso?

Héctor: El juez...

Estela: Y el médico.

Héctor: Vengo acá, hablo con el médico del pabellón, todo eso.

Estela: Pero si te ve el médico bien, sí [te deja salir]. Si te ve bien de cómo andás de conducta y cómo andas de salud (Estela, septiembre 2003).

Como se ha dicho, tanto el aparato legal como el médico son las dos instancias a las que los pacientes tienen que responder. Sin embargo, el plantel médico no sólo debe dar cuenta de la buena salud del paciente, sino también de su "buena conducta".

Más allá de evitar peleas y entredichos con el resto de los pacientes, la "buena conducta" se construye sobre la base de avenirse a cumplir ciertas reglas institucionales relativas a la colaboración con las tareas cotidianas dentro de la Colonia. La mayoría de las mismas se realizan dentro del pabellón, están instituidas, son rutinarias y constituyen "el trabajo" de las pacientes. Existe una retribución por la realización de las mismas, denominada peculio, que, aunque mínima, alienta a muchas a cooperar. Del total de pacientes que estaban en condiciones de trabajar en este pabellón, casi el 60% desplegaba algún tipo de labor, ya fuera tender camas, participar de las tareas del lavadero central, recoger los platos del desayuno, almuerzo o cena o lavarlos u ocuparse de la atención de una paciente en severas condiciones de salud<sup>18</sup>.

Al respecto comentaba una de las trabajadoras de la Colonia:

"...por ejemplo que hay muchas chicas que trabajan una barbaridad, todo el día, a la mañana a la tarde y a la noche y en los salones en donde duermen, hay algunas que trabajan una barbaridad y las otras que están ahí, que son "lúcidas", no lo hacen. Y cuando algo del salón está mal, recae todo sobre la que ayuda, sobre la que trabaja un montón, no sobre las "vagas" que están ahí, porque en un montón de salones

hay chicas que trabajan un montón, las otras no hacen nada y lo pueden hacer [...]. No es que nos moleste algo, sino que lo que nos molesta es que algunas, que podrían trabajar, no lo hacen. Dejan todo sucio, está desordenado, se levantan, se van y la otra que está a cargo del salón trabaja todo el día para ellas y encima son a las que las retan por estar algo mal en el salón" (Rita, marzo 2006).

Cada pabellón organiza la distribución de tareas a su modo; en el que se desarrolló esta investigación, la jefa de enfermeras elige una encargada de cada salón o dormitorio que es la que vela porque las camas estén tendidas, que no haya ropa tirada en el suelo. A su vez, la encargada del salón asigna tareas a otras pacientes para que colaboren. Una de las formas de evaluación de los pacientes es la verificación del cumplimiento de todas estas labores. En muchas historias clínicas se registran comentarios tales como "pasivamente adaptada a la vida institucional" cuando la paciente no participa de estas labores o "activamente adaptada a la vida institucional" en caso de que sí lo haga. La participación activa, la docilidad en el comportamiento se advierte como un signo positivo de su salud.

Además del peculio, muchas de las pacientes reciben una compensación extra otorgada por las enfermeras a cargo del pabellón por las tareas realizadas, adicionales a las ya instituidas. La Colonia adquiere yerba y azúcar y entrega una cantidad estipulada para cada pabellón. Son las enfermeras las encargadas de repartir esta suerte de premio en retribución por las labores de cooperación suplementaria<sup>19</sup>.

El cuestionamiento entre las pacientes surge entonces cuando, cumplimentando todos estos requerimientos y demandas de la Institución, el alta no llega:

Patricia: Decime, Silvia, ¿por qué el juez no nos da el alta si nosotros trabajamos y estamos bien? Las que están en la calle, pobrecitas, que no tienen dónde dormir, dónde vivir... De ellas debería ocuparse el juez. Y nosotras, que estamos bien, tendrían que sacarnos de acá. Eso es lo que les voy a decir [refiriéndose a su futura charla con su curadora]. Yo digo que la gente que está en la calle, acá tiene que vivir. Las que estamos bien, tenemos que estar afuera (Patricia, mayo 2005).

La expectativa del alta se transforma así en una suerte de bien por el que se lucha, pero como el horizonte permanece inalcanzable.

## ANÁLISIS

A lo largo de la exposición hemos ido viendo cómo las pacientes en la Colonia van construyendo sus narrativas en relación a su ingreso y permanencia dentro de la Institución. Vimos también que cualquiera sea la explicación que el paciente utilice para entender estos episodios de su vida, –la “mala conducta” o la “descompensación”– ambas son no más que construcciones en cuyo entretejido quedan delineados los principios de las disciplinas de la norma. Al mismo tiempo, estos comportamientos que las mismas certifican como anormalidad reciben a los ojos del paciente el mismo tratamiento: el castigo. Dicho castigo se concreta en la necesidad de poner en funcionamiento un accionar correctivo que pasa en primera instancia por la separación del individuo del conjunto de la sociedad y, ya institucionalizado, por su eventual aislamiento en salas de contención o por el silenciamiento de su conducta, a través de la separación temporaria del paciente de sus actividades cotidianas, como consecuencia de la somnolencia que le provoca la medicación. El paciente es expuesto así a una sucesiva serie de exclusiones; la primera y más definitiva, la vida en segregación que lo aísla del mundo de relaciones que fue capaz de construir, generando la fragmentación de su entorno social<sup>20</sup>. Las otras exclusiones, de carácter temporario, no son sino consecuencias del modelo de atención asilar instalado en la Colonia.

La incursión de las Ciencias Sociales dentro del ámbito del estudio de la discapacidad mental ha ido modificando las conceptualizaciones surgidas de las disciplinas de la norma, mostrando cuánto hay de construcción social en el diagnóstico del retardo mental (Edgerton 1963, 1993; Bogdan y Taylor 1989; Goodley 2001; Lea 1988). No es de extrañar entonces que, haciéndose eco de este rico aporte de las Ciencias Sociales, la *American Association on Mental Retardation* (AAMR) haya abandonado su antigua definición de la discapacidad mental –basada fundamentalmente en la medición del coeficiente intelectual–, y haya incorporado una nueva en la que la discapacidad intelectual ya no se atribuye a la persona como rasgo, sino que aparece como resultado de la interacción de la persona con su entorno, es decir, inserta en un contexto dado<sup>21</sup>. En sucesivas entrevistas mantenidas con diversos profesionales de la Colonia se ha destacado la incidencia de los factores socioeconómicos, así como también de la situación ambiental, en el condicionamiento de la deficiencia. Distinguen así la “oligofrenia orgánica” de lo que los profesionales denominan “oli-

gofrenia subcultural”, entendiéndose por este concepto la falta de cuidados prenatales, natales y postnatales, que, a su juicio, es “lo que mayormente abunda en la Colonia” (Dolz 1998).

Asimismo, las nuevas perspectivas relativas a la concepción de la discapacidad mental dejan de considerarla una condición estática, esencialista e inmutable para pasar a ser una condición que varía en función de los apoyos que la persona reciba (*American Association on Mental Retardation* 2002). Dada esta nueva perspectiva, la experiencia de la rehabilitación como herramienta para incrementar la capacidad adaptativa de los individuos cobra una dimensión crucial. El carácter asilar en la modalidad de atención imperante en la Colonia, en donde prevalece un fuerte eje custodial, pareciera obstaculizar el desarrollo de planes de rehabilitación tendientes a reinsertar al individuo en la sociedad (Rossetto y De Lellis 2006).

Un aspecto que surge del análisis de las entrevistas y que merece especial reflexión es que en ninguna de las mismas se hizo referencia a la discapacidad mental como causa de la internación y, mucho menos, a la idea de que la internación tiene un sentido rehabilitatorio. Podría argüirse, siguiendo el discurso biomédico, que el paciente que padece discapacidad mental no tiene la competencia cognitiva necesaria para comprender con claridad las circunstancias de vida que lo rodean. Sin embargo, su interpretación de lo que ocurre en términos de la exclusión en la que viven no pareciera estar tan lejos de la realidad. Lo que el paciente percibe como castigo no es más que el resultado del accionar de una sociedad sobre un grupo doblemente marginal; por una parte, por su padecimiento y, por otra, por su condición de indigente. Ante la doble marginalidad, la sociedad, legitimada en su accionar por las disciplinas de la norma, ya se ha encargado de alejarlos, de recluirllos y se apresta a dejarlos en donde están. La integración a la vida comunitaria se hace imposible sin un previo programa de rehabilitación pensado para cada individuo.

El tipo de actividades desarrolladas por el Departamento de Rehabilitación no pareciera estar diseñado para facilitar el tránsito a la sociedad mayor. Las pacientes realizan labores rutinarias, que difícilmente las entrenen para poder desempeñarse fuera del ámbito colonial. Asimismo, la asistencia a los talleres organizados por la Colonia es muy baja, sólo el 50% de las mujeres de este pabellón concurre a alguno; de entre ellos, el que convoca a mayor número de concurrentes es el de Recreación y Deportes.

La administración actual de la Colonia ha comenzado un camino arduo y lento de transformación propuesto en el Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral (2004) al que no siempre el personal que desempeña sus labores en la Colonia acompaña. De hecho, en el mismo Programa de Reforma presentado al Ministerio de Salud se señala la urgente necesidad de concientizar a la población en general, pero en especial tanto a "los trabajadores de la salud como a los representantes del ámbito judicial", dicho de otro modo, a los agentes de las disciplinas de la norma, respecto de la necesidad de rehabilitación y reinserción social de las personas con discapacidad.

Esta experiencia de la actual administración de la Colonia no es nueva en nuestro país. El Dr. Jorge Pellegrini, pionero en San Luis del proceso de desmanicomialización, dice al respecto:

"Mucho más lamentable resulta aceptar la cronificación con el remanido '¿Dónde van a estar mejor que acá?' Pienso que en cualquier lado esos seres humanos estarán mejor que en ámbitos sucios, deshumanizados, violentos, con suicidios y desapariciones nunca aclarados, robos, perversiones, y otras tantas formas de delito que el mismo Poder Judicial y el *establishment* médico se ocupan de ocultar" (Pellegrini 2003).

Si bien la obra de Cabred fue revolucionaria para su época, siempre mantuvo la condición asilar. El concepto de *open door* fue y es de una apertura muy relativa; mientras que se puede ingresar con relativa facilidad a la Colonia, la salida es muy complicada. A excepción de un número ínfimo de internos autorizados, el resto no puede salir. En cuanto a la circulación interna, cada pabellón tiene su modalidad, pero algunos tienen sus puertas cerradas con llave y se permite el acceso fuera del pabellón sólo a determinadas horas. No es de extrañar entonces que se vaya generando al interior de la Institución un lenguaje carcelario y los consecuentes intentos de fuga a los que se ha hecho referencia en este trabajo.

Se ha mencionado también que muchos de los residentes de Montes de Oca provienen de familias extremadamente pobres, que no han tenido los recursos necesarios para "alimentar" ni el cuerpo, ni el espíritu. Muchos de estos residentes constituyen lo que el saber médico-psiquiátrico llama "casos sociales" u "oligofrenias sociales". Pienso en Irene (27 años de residencia), Estela (26 años de residencia), Beatriz (23 años de residencia), Flora (18 años de residencia),

Patricia (22 años de residencia), Sonia (24 años de residencia), Pamela (16 años de residencia), Elvira (21 años de residencia), ¿en qué ha contribuido la institucionalización en la rehabilitación de estos casos sociales? ¿Por qué y para qué tantos años de internación? Todas ellas responden a lo que en trabajos anteriores hemos llamado "modelo de competencia", en función de se muestran y actúan como personas aptas y hábiles, desplegando actividades percibidas como jerárquicas dentro de la Institución, como la venta de productos de alguna marca de cosméticos o el transporte de papeles a los despachos administrativos (Balzano 2004b). Interpretábamos esta elección de la presentación de sí mismas como una manifestación de su capacidad, como un modo sutil de señalar que aún no han comenzado esa inevitable "colonización/cronificación" que genera el medio institucional. Todas ellas desempeñan labores en la Colonia, muchas asisten también a talleres y cumplen con las expectativas de "buena conducta" que propone la Institución, sin embargo, la transacción no se produce: el alta no llega nunca. La ilusión de que en algún momento van a salir del encierro está siempre presente, abonada algunas veces por las familias, otras por la misma Institución que en su silencio permite reproducir la fantasía.

### CON-CLUSIONES: ¿IN-CLUSIONES O EX-CLUSIONES?

Hacia principios del siglo pasado e imbuido de las últimas teorías sobre el *non restraint* de los escoceses, Domingo Cabred había hecho realidad el proyecto de Eliseo Cantón, dando asilo así a los "débiles mentales" y también a los "enfermos indigentes", siguiendo la tradición histórica de los hospicios en los que la locura, la "idiotéz" y la marginalidad aparecen recluidas en espacios comunes. Mucho hay para rescatar de la obra originaria. En las Memorias que le enviaba a Cabred en su carácter de Director de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, el psiquiatra a cargo, Dr. Erardo Reinecke (1923), informa sobre la recepción de pacientes nuevos, las altas clínicas, el excedente en la producción y la contribución del Asilo al Erario Público Nacional, así como también se hace alusión a las tareas que desarrollaban los pacientes en los numerosos talleres de laborterapia, tales como carpintería, herrería, sastretería, imprenta, escobería, colchonería, hojalatería, panadería, lavadero, taller de costura, tambo, chanchería, así como los ámbitos en donde se instruía al "frenasténico educable". Cien años han pasado ya desde su fun-

dación y la bibliografía sobre los factores iatrogénicos que genera el modelo asilar son ampliamente conocidos; en esta presentación se ha intentado rescatar la voz de las/los que lo padecen en la experiencia vivida de sus contradicciones y desesperanzas.

En estas conclusiones en donde se muestran las exclusiones y el inicio de un camino de inclusiones no puedo dejar de pensar en la paradoja foucaultiana. En su estudio sobre el origen de la medicina clínica, Foucault (1976) descubre el concepto del panóptico benthemiano y lo traslada a un modelo generalizable de comportamiento, como una forma de definir las relaciones de poder en la vida cotidiana. Curiosamente, estos "cuerpos docilizados" de Irene, Estela, Beatriz, Flora, Patricia, Sonia, Pamela, Elvira y muchos otros en la Colonia han experimentado la vigilancia y el castigo, pudiendo reflexionar sobre ellos. ¡Singular paradoja encontrar interpretaciones similares entre Foucault y un grupo de discapacitadas mentales!

La administración actual ha comenzado a impulsar una serie de cambios que apuntan, por un lado, a dejar de infantilizar a los pacientes, evitando el control paternalista que se ha ejercido históricamente con el discapacitado mental y, por otro, a mostrar a través de hechos que lo custodial y lo terapéutico raramente van de la mano. El tránsito hacia el afuera del "manicomio" atemoriza, pero las experiencias de San Luis, Río Negro y Entre Ríos muestran que es posible.

## REFERENCIAS CITADAS

- Ablard, J.  
2003 Authoritarianism, democracy and psychiatric reform in Argentina, 1943-83. *History of Psychiatry* 14, 361. <http://hpy.sagepub.com/cgi/content/abstract/14/3/361> (02 abril 2007).
- Alvarez, J. M. y R. Esteban  
1999 Entrevista con Rafael Huertas. *Revista de la Asociación Médica de Neuropsiquitría* 29 (72). Sección Salud Mental y Cultura. <http://www.dinarte.es/Salud-mental/AEN72.htm> (30 septiembre 2006).
- American Association on Mental Retardation  
2002 *Mental Retardation Definition, Classification and Systems of Supports*. Novena edición. Washington, USA.
- Angrosino, M. V.  
1997 The Ethnography of Mental Retardation: an Applied Perspective. *Journal of Contemporary Ethnography* 26 (1): 98-100.
- Aznar, A. y D. González Castañón  
2003 ¿Quién le teme a la discapacidad mental? <http://cablemodem.fibertel.com.ar/itineris/quienletemealadisapacidadmental.doc> (07 octubre 2006).
- Balán, J.  
1991 *Cuéntame tu vida. Una biografía colectiva del psicoanálisis argentino*. Editorial Planeta, Buenos Aires.
- Balzano, S.  
2004a Estudios de Antropología en una Institución Neuropsiquiátrica: Intercambio social y reciprocidad en la Colonia Montes de Oca. *Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica* 49 (XV): 1-44.  
2004b El interjuego del adentro y el afuera en la Colonia Montes de Oca: una perspectiva etnográfica. *Kallawaya*, Nueva Serie 10/11: 49-58.
- Barnes, C.  
2003 What a difference a decade makes: reflections on doing 'emancipatory' disability research. *Disability and Society* 18 (1): 3-17.
- Bernard, R.  
1994 *Research Methods in Anthropology. Qualitative and Quantitative Approaches*. Altamira Press, Walnut Creek.
- Biersdorff, K.  
2002 Meeting the Challenges of Challenging Behaviour. *Rehabilitation Review* 13 (2). <http://www.vrri.org/content/view/132/120> (10 de octubre de 2006).
- Bogdan, R. y S. J. Taylor  
1989 Relationships with severely disabled people: the social construction of humanness. *Social Problems* 36: 34-39.
- Cárdenas, E., R. Grimson y J. Álvarez  
1985 *El juicio de insania y la internación psiquiátrica*. Editorial Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma, Buenos Aires.
- Chappell, A., D. Goodley y R. Lawthom  
2001 Making connections: the relevance of the social model of disability for people with learning difficulties. *British Journal of Learning Disabilities* 29: 45-50.
- Colucci, M. y P. Di Vittorio  
2006 *Franco Basaglia*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Dolz, L.  
1998 Una Historia de la Colonia Montes de Oca. Manuscrito inédito consultado en la Biblioteca del Departamento de Docencia de Investigación de la Colonia Doctor Manuel Montes de Oca. MS.

- Edgerton, R.  
1963 A Patient Elite: Ethnography in a Hospital for the Mentally Retarded. *American Journal of Mental Deficiency* 68: 372-497.  
1984 Anthropology and Mental Retardation: Research Approaches and Opportunities. *Culture, Medicine and Psychiatry* 8: 25-48.  
1993 *The Cloak of Competence*. University of California Press, Berkeley y Los Angeles.
- Edgerton, R. y G. Sabagh  
1962 From Mortification to Aggrandizement: Changing Self-concepts in the careers of the Mentally Retarded. *Psychiatry* 25: 263-72.
- El Civismo, Edición Digital  
2002 "Triste final para tres fugas", 14 de septiembre de 2002, Edición 6810, Año, 87. <http://www.elcivismo.com.ar/edicion/6810/gral/02.htm> (03 octubre 2006).
- Foucault, M.  
2005 *El Poder Psiquiátrico*. Curso en el Collège de France (1973-1974). Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.  
1976 *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- Galende, E. y A. Kraut  
2006 *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- González Castañón, D.  
2001 Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 12: 267-272.
- Goodley, D.  
2001 'Learning Difficulties', the Social Model of Disability and Impairment: Challenging Epistemologies. *Disability and Society* 16 (2): 207-231.
- Ingenieros, J.  
1957 [1919] *La Locura en la Argentina*. Elmer Editor, Buenos Aires.
- Klotz, J.  
2001 Denying Intimacy. The Role of Reason and Institutional Order in the Lives of People with Intellectual Disabilities. Tesis de Doctorado inédita. Departamento de Antropología, Universidad de Sidney, Australia. <http://www.setis.library.usyd.edu.au/adt> (22 abril 2005).
- Lea, S. J.  
1988 Mental Retardation: social construction or clinical reality? *Disability, Handicap and Society* 2 (1): 63-69.
- Loudet, O. y O. E. Loudet  
1971 *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Ediciones Troquel, Buenos Aires.
- Malacrida, C.  
2005 Discipline and dehumanization in a total institution: institutional survivors' descriptions of Time-Out Rooms. *Disability and Society* 20 (5): 523-537.
- Martínez Ferretti, J. M.  
2006 Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales. *Asociación Argentina de Psiquiatras* 9. <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/forense-9/tema-3.htm> (01 octubre 2006).
- Oliver, M.  
2002 Emancipatory research: a vehicle for social transformation or policy development. First Annual Disability Research Seminar, Dublin. <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/titles.html> (04 noviembre 2006).
- Pellegrini, J.  
2003 Nuevos Dispositivos antes la psicosis institucionalizada. <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=294> (01 noviembre 2006).
- Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral  
2004 Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - Secretaría de Programas Sanitarios - Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. MS.
- Reinecke, E.  
1923 Comisión de Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados - Memoria Médico Administrativa. Imprenta y Encuadernación del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados.
- Requiere, M.  
2000 Beneficencia y Asistencia Social: la política manicomial en Buenos Aires (1880-1940). *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 9 (2): 169-194.
- Rossetto, J. y M. De Lellis  
2006 Reforma del modelo de atención en una institución dedicada al tratamiento de la discapacidad intelectual. Trabajo presentado en las IV Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad "Reconocer la Diferencia para Proteger la Igualdad". Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. <http://www.calidadmayor.com.ar/referencias/IvJornadasUnidisca/IVJornadasUnidisca.htm> (22 septiembre 2006).
- Sánchez, F.  
1992 *El Desnudo de la Inocencia. La Verdad sobre la Colonia Montes de Oca*. Editorial Galerna, Buenos Aires.
- Vezzetti, H.  
2006 El desmanicomializador de Lanús. *Página 12*, 28 de Septiembre de 2006. <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-73629-2006-09-28.html> (01 abril 2007).

Visakovsky, S.

2001 *El Lanús: Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992)*. Proefschrift Universiteit Utrecht, Tekst. <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2002-0722-131839/inhoud.htm> (04 abril 2007).

Zito Lema, V.

2000 [1976] *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco, Buenos Aires.

## NOTAS

1 En su *Traité médico-philosophique de l'alienation mental* de 1809, Pinel ya distingue la manía, la melancolía, la demencia y la idiocia (Loudet y Loudet 1971: 17).

2 La teoría de la degeneración, creada por Morel en la obra *Traité des Dégénérescences*, publicada en 1857, y continuada por Magnan, busca los llamados "estigmas degenerativos" en los pacientes que atestiguaran una herencia defectuosa que podía ser transmitida a la progenie. Las primeras historias clínicas de la Colonia hacen múltiples referencias a dichos estigmas que han quedado registrados en los cuidadosos exámenes somáticos hechos a los internados, muchos de los cuales provenían ya del Hospicio de las Mercedes. Ahora bien, los estigmas no eran sólo de carácter físico, sino también de orden moral, de alguna manera, el estigma físico reflejaba "el estado del alma".

3 Excepto por las Memorias publicadas en la Colonia, el único trabajo que se ha encontrado respecto de la misma fue escrito por Florencio Sánchez, médico y antropólogo, que dirigió la Colonia durante 15 años. Muy querido y respetado por los viejos empleados de la casa, "el doctor Sánchez" y su libro *El Desnudo de la Inocencia* (Sánchez 1992) representan el paradigma de una modalidad de atención asilar que urge modificar.

4 El régimen del Código Civil referido a incapacidad e inhabilitación originario contemplaba la iniciación de dichos procesos a instancias de las personas comprendidas en el art. 144 del mismo. Esto producía que el origen de un juicio de insania, en general, lo constituyera la presencia de alguna cuestión patrimonial que así lo requiriese. De esta manera, quedaban exentos de esta protección legal los alienados que no fueran propietarios de ningún bien. La modificación de 1968 coloca a todo individuo incapaz de dirigir su persona o administrar sus bienes o, al menos, inhábil para disponer de ellos, que alguna vez haya estado internada en una institución de salud mental, aunque sólo fuera por un día, en posibilidad de recibir la tutela judicial (cf. Martínez Ferretti 2006).

5 Un interesante trabajo de reflexión sobre la construcción de la memoria social respecto del Servicio de Psiquiatría en el Policlínico de Lanús pone al descubierto el complejo entramado de las interpretaciones sobre la his-

toria de este Servicio que fuera dirigido por el Doctor Mauricio Goldenberg (ver Visakovsky 2001).

6 Entre estas agrupaciones merece una especial mención el Foro-Pro (Foro permanente para la promoción y la defensa de los derechos de las personas con discapacidad) que está integrada, a su vez, por alrededor de 500 Asociaciones y Fundaciones destinadas a dar servicios a las personas discapacitadas.

7 El modelo social de la discapacidad aparece en oposición al modelo biomédico centrado primordialmente en el espectro de disfuncionalidades de la persona.

8 Dentro de esta aproximación se debe destacar las valiosas contribuciones de Edgerton (1963, 1984, 1993; Edgerton y Sabagh 1962) pionero en la aproximación émica al estudio de esta población. Otro tanto puede decirse del trabajo de Bogdan y Taylor (1989) quienes dentro del ámbito de la sociología produjeron notables trabajos y mucho más recientemente Angrosino (1997) y Klotz (2001) quienes presentan sus propias vivencias al compartir su infancia con hermanos discapacitados mentales.

9 Todos los nombres que se emplean son pseudónimos.

10 Uno de los proyectos de la actual administración (Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral 2004) consiste en distinguir a las familias de los pacientes según sus capacidades para contener emocionalmente a sus familiares internados. En muchos casos, se advierte una excelente disposición por parte de los familiares que no los reintegran a sus domicilios simplemente por problemas económicos. En estos casos, se ha iniciado un proceso de reinserción familiar con aquellas familias "continentes", pero con dificultades económicas. El proyecto de reinserción contempla la entrega de una suma de dinero para solventar los gastos del paciente, así como también un estricto control bio-psico-social de las condiciones de adaptación del paciente a su vida familiar.

11 Se trata también de una de las primeras entrevistas hechas en la Colonia, cuando aún no estábamos familiarizadas con las diferentes estructuras internas de cada pabellón ni de su funcionamiento.

12 A pesar de haber realizado un extenso trabajo de campo en el pabellón cuatro, nunca vi que lo utilizaran. Al preguntarle a las enfermeras de ese pabellón si todavía estaba en funcionamiento, comentaron que lo empleaban en muy raras ocasiones. Recordaba que lo habían empleado con una joven que solía morder tanto a las pacientes como a todo el personal que interactuaba con ella.

13 Tiempo atrás, los pabellones eran denominados "villas". Son muy pocas las pacientes que emplean aún esta terminología. Cuando se refieren entonces a "la cuarta", hacen alusión a la "villa cuarta".

14 Por lo general, cuando la paciente se reconoce como enferma, suele comentar que tiene problemas en algún órgano, problemas de hígado, de corazón. Es común que

las que padecen epilepsia, atribuyan su enfermedad a problemas oculares, ya que se le dan "vuelta los ojos", tal como es el caso de Sonia. Asimismo, las alucinaciones visuales son también identificadas como problemas en la vista, mientras que las alucinaciones auditivas las relacionan a problemas en los oídos.

15 La excesiva medicalización dada a los pacientes es un tema reconocido por el personal asistente, así como también por la actual dirección de la Colonia que ha decidido tomar medidas en este sentido (véase al respecto Rossetto y De Lellis 2006).

16 Asimismo, la literatura especializada en el tema muestra que los comportamientos agresivos tienen una función comunicativa, con la que el paciente puede expresar aburrimiento, frustración o el deseo de cambiar la propia situación (Biersdorff 2002).

17 Patricia hace referencia a que, para salir de la Colonia y llegar hasta uno de los pueblos más cercanos, ya sea Torres o Robles, necesita atravesar un largo trecho en donde no hay nadie que eventualmente la pueda socorrer. La historia de muchos pacientes que han intentado

fugarse suele terminar con la vida de los mismos, tal como se desprende de los artículos periodísticos de los diarios locales (ver El Civismo, Edición Digital, septiembre 14, 2002).

18 Con respecto a las actividades de lo que hemos llamado "cuidadoras" puede consultarse Balzano (2004a).

19 Dada la sobrecarga de trabajo que tienen enfermeras y asistentes de enfermería, la colaboración que prestan muchas de las pacientes es especialmente apreciada y valorada por las mismas.

20 Los datos brindados por el Departamento de Estadísticas de la Colonia revelan que el año 2002, sólo el 0.58% de los pacientes recibió el alta definitiva.

21 En la actualidad, la AAMR define al retardo mental como "una incapacidad caracterizada por una limitación significativa, tanto en el funcionamiento intelectual, como en el comportamiento en lo relativo a las competencias conceptuales, sociales y adaptativas prácticas. Esta incapacidad se origina de los 18 años" (*American Association on Mental Retardation* 2002).