

40 INDICADORES MANICOMIALES

(MÁS ALLA DEL DISCURSO *PROGRE* PSEUDO-REFORMISTA)

LA NORMALIZACIÓN DE LA VULNERACIÓN DE DERECHOS EN LOS ANTROS DE ENCIERRO

YAGO DI NELLA – JULIO 2022 ¹

*Extraje el concepto de **encerrona trágica** de mi quehacer en el campo de los derechos humanos, principalmente referido a la tortura como situación límite, pues constituye uno de los pasos de la represión integral (secuestro, tormento, desaparición de personas y pretensión de impunidad) que organizaron en la región y en otras partes del mundo siniestras formas del terrorismo de estado.*

En la tortura, la víctima depende totalmente, para dejar de sufrir o para no morir, del torturador; depende físicamente, aunque no siempre esa coartación física logre quebrar otros niveles de quien alcanza a resistir el brutal tormento físico y moral. Sabido es que el objetivo es quebrar todas las resistencias del sujeto, colocándolo a merced de algo o de alguien totalmente repudiado. Este estar a merced de algo que se rechaza configura el encierro que denomino trágico.

Fernando Ulloa – Novela Clínica Psicoanalítica

I- EL PROBLEMA DEL DISCURSO MANICOMIAL Y SUS EUFEMISMOS

**Un Manicomio es un centro
de tortura.
Aún si funcionara perfecto
(lo que nunca jamás ocurrió)
La tortura consiste en vivir
allí...**

En los últimos tiempos se desarrollan una serie de neologismos y eufemismos respecto a la situación de centros de alojamientos prolongados para personas con

¹ Una primera referencia del presente artículo la publiqué en mi Facebook en julio de 2019, en momentos de estar redactando el libro *Inclusión Mental*. Al final del presente artículo está citada la obra que motivara esa primera versión. Algunos de los presentes ítems surgieron del debate y los comentarios en el marco de ese post, de modo que debe verse el presente ideario como un proceso colectivo del que me siento sólo un compilador. También surgieron otros comentarios que he agregado de charlas con colegas y amigos. Finalmente, el Dr. Dino Di Nella prestó escucha a mi escrito inicial e hizo varios comentarios y agregados críticos que fui incorporando en estos últimos días. Este escrito es entonces *colectivo, movimientístico*, y no puede entenderse como surgido de una *autoría*.

padecimientos mentales o con discapacidad psicosocial. Hablamos mucho de todo esto acá:



Es así como *le ponen* otros nombres a centros manicomiales, se los mejora fisonómicamente o embellece como quien se realiza una cirugía estética para disimular el paso de los años en su cuerpo.

Pero irremediamente el mecanismo por el cual un asilo o un centro de internación funciona manicomialmente no se altera. Así, mejorar la arquitectura y pintar los muros del edificio no hace que deje de ser un manicomio ni de funcionar como tal.



En el libro **SUBJETIVIDAD E INSTITUCIÓN TOTAL** hemos trabajado este fenómeno que tiende a ser negacionista, más allá de su discurso reformista desde una suerte de pseudo progresismo que disimula su inacción en largos escritos sin indicadores concretos de transformación (hemos hablado de esto en el podcast **LO MENTAL EN LA SALUD PÚBLICA** en su EPISODIO 27: <https://www.yagodinella.ar/lo-mental-en-la-salud-publica/>).

Esto nos lleva entonces al siguiente relato, no siendo éste exhaustivo, ni pretendiendo ser taxonomista.

Si usted se acerca, trabaja o visita un centro de internación prolongada, y nota que se cumplen varios de los siguientes **40 INDICADORES MANICOMIALES** y que -concomitantemente- **SON NORMALIZADOS**, ni tampoco hay claras iniciativas para revertirlos ni se consideran lesivos o vulnerantes de derechos de los sujetos allí alojados, entonces es un manicomio o funciona como tal, aunque le llamen como le llamen a ese sitio.

Hemos tomado los presentes indicadores manicomiales de la experiencia, al recorrer y conocer el funcionamiento de los servicios hospitalarios y centros de internación de toda la geografía nacional. No deben pensarse estrictamente los mismos para los grandes centros de internación, sino para cualquier organismo público o privado, sea grande o pequeño, pues su cultura institucional interna puede ser tan manicomial como en el hospicio más caracterizado, añejo y grande.

II- CÓMO ESTABLECER QUE UN "HOSPITAL" O UN "SERVICIO" ES MANICOMIAL: 40 INDICADORES

**El encierro indefinido
deteriora, aplasta la
subjetividad
(Del encerrado...
y del carcelero)**

- 1) **A-temporalidad institucional:** Tiempo de internación indefinido. No hay plan, ni etapas o cronograma de trabajo para la externación. El tiempo es una dimensión que no preocupa, pues el criterio de la privación de la libertad no constituye una dimensión de análisis. Las restricciones propias de la internación, sobre todo en la categoría tiempo, no son atendidas ni observadas como algo que deba tenerse en mente al momento de planificar la estrategia tratamental.
- 2) **A-vincularidad:** No hay trabajo con el entorno vincular y es muy deficitario. El llamado "*servicio social*" por lo común son una, dos o tres personas trabajan eso para un número indefinido de sujetos, sin precisión de tareas, haciendo "trámites" y sin recursos para su movilidad, ni para su comunicación. Suelen estar bajo modalidades de contratación altamente precarizadas.
- 3) **A-territorialidad:** la institución desconoce el lugar de vida del sujeto, no se sabe ni de dónde viene ni adónde irá si se le diera el Alta. A lo sumo se le ha visitado alguna vez y se da por concluido con esto todo cuanto se debe saber del escenario vital para la vida cotidiana. No hay información sobre el vecindario ni sobre los posibles factores para la contención y la gestión de la vida diaria del sujeto fuera del marco institucional.
- 4) **Causalismo por Culpabilización:** La culpa de todo cuanto sucede es del sujeto. El eje de la responsabilidad está desdeñado o no existe. El quehacer institucional sólo funciona *cargando culpas*. El análisis de lo que ocurre no tiene ni sostiene un nivel de complejidad ni contempla la multifactorialidad.
- 5) **Pasteo masivo:** Los pacientes están pasteados, abundan los fenómenos de rigidez muscular, de *robotismo* funcional en los movimientos y de babeo involuntario. Todo ello es asumido como normal y no amerita revisión medicamentosa ni reflexión sobre el esquema tratamental. Ese cuadro de robotismo y de pasteo justifica las razones por las cuales no están dadas las condiciones para el alta institucional.
- 6) **Inactivismo:** los pacientes no tienen actividad alguna o es muy escasa. Se considera que una actividad diaria de una hora o dos, es que la persona *ha tenido actividad*. Se considera normal, además, que la persona internada viva (apaciblemente y sin quejarse) *cómo pasa el día*. Si se duermen muchas horas, más de 10, se considera una opción de vida o una modalidad de funcionar en la internación. Si no se tiene ninguna inquietud se dirá que es un *paciente dócil*. El inactivismo resignado es decodificado por la institución como señal de salud.

- 7) **Cosificación identitaria:** Nadie sabe dónde están los DNI de los pacientes, ni sus efectos personales. Se los tiende a nombrar por sobrenombres, en general difamantes o infantilizantes. El sujeto poco a poco va dejando de ser el que era para adoptar la identidad que le asigna la institución.
- 8) **N.N.:** Hay pacientes que no se sabe quiénes son, ni se hace nada para identificarlos. Siempre es de otra gente la responsabilidad por identificar a las personas y devolverles su identidad o sus efectos personales que hacen a su singularidad. Se asume como posible – se normaliza- que no tenga derecho a sus efectos personales ni a portar su identificación.
- 9) **Animalización alimentaria:** El personal no está dispuesto ni a probar la comida que se les da a los pacientes. La diferenciación alimentaria crece a medida que se desarrolla la escala social institucional. Puede haber hasta múltiples *cocinas* y producciones de menú, en función de dicha escala social al interior del antro de encierro. Lo mismo con las infusiones, como té, café, yerba, etc., así como con las bebidas. El estudio de la distribución de los nutrientes da cuenta de la escala social o clases al interior del lugar. También habla de la ideología de quien conduce ese sistema de escala.
- 10) **Medievalización sanitaria:** Los pacientes pueden tener piojos, sarna, culebrilla, otros parásitos, tuberculosis, etc. y es asumido como normal. Las acciones para revertirlo suelen ser meramente declarativas o en modo “*como si*”. Los insectos son asumidos como seres convivientes del espacio de alojamiento, salvo donde se encuentren trabajando los profesionales, donde no son tolerados.
- 11) **Burnoutización:** El personal tiene un número sideral de carpetas psiquiátricas y licencias de larga data (está quemado). No hay una explicación institucional, sino una culpabilización de la persona afectada. Los licenciados no son reemplazados ni suplidos, recargando al resto del personal o directamente anulando la actividad o función que se estaba cumpliendo. El deterioro de la salud mental del personal no tiene ningún dispositivo institucional que procure atender al fenómeno ni dispositivo que busque minimizar o neutralizar estos efectos en la vida anímica de quien se encuentre afectado/a.
- 12) **Institucionalización absoluta:** La vida allí es totalizante. Todo ocurre en ese sitio, educación, trabajo, recreación, sexualidad, todo como si se trata de una comunidad y se niega su carácter de dispositivo artificial. Se lo asume como lugar de vida para quienes allí se encuentran alojados. A este fenómeno se lo llama *completo institucional* y produce buena parte de los indicadores aquí presentes en este escrito. A esa universalización del aislamiento en el encierro le llamamos *completo institucional*. A su discurso resocializante le deberíamos llamar *locura*.

Qué es la locura?
Es encerrar a alguien que
padece mentalmente,
aislarle de su entorno,
para luego "resocializarlo"
Eso es loco!

- 13) Medicalización primarizada confusional:** La medicación es un verdadero despelote incontrolable. Los pacientes la trafican, los enfermeros también. El personal a cargo de la misma suele no saber con claridad qué toma quién y tiende -por lo común- a masivizar las dosis y asignación medicamentosa. No se consigna en los partes, ni en las historias clínicas los cambios ocasionales de medicación. Las medicaciones se compran, se venden o se intercambian por otros servicios o valores, incluyendo los *favores* de todo tipo. La institución tiene un margen de cifra oculta importante respecto al consumo, compra y venta de psicofármacos. Suele mantenerse en secreto todo lo referido a este tema y se visualizan tensiones, resquemores y hasta enojos cuando se interroga al respecto.
- 14) Tráfico de recetas:** Los médicos dejan recetas firmadas en blanco u otros mecanismos de tráfico, para no tener que ir "*por una gilada*" o para que el personal técnico no profesional *tenga cómo manejarse...* Las recetas suelen ser completadas por no-médicos a cargo del lugar, a su gusto y conveniencia. Suelen hacerse recetas sin ver al sujeto ni hacerse estudios de rigor para evaluar si no puede generar efectos secundarios importantes. En este sentido, suele asignarse medicación en modo "experimental", se prueba *si anda bien o no*, y en función de ello (y ya ocurrido el episodio o la situación) se corrige eventualmente. El estipendio de la medicación no se sigue por los principios mínimos aplicables a cualquier otro contexto sanitario ni rigen allí los principios de ética médica en referencia al tema medicación.
- 15) Corrupción horaria:** Los profesionales (la mayoría) van *un ratito*, temprano, y se rajan a toda velocidad. Las *salas* o *pabellones* quedan vacías y al mando de personal no profesional. El proceso de salida de la institución es como una huida: nadie paga las luces, cierra el lugar, ni limpia el mate, ni nada. Cada día es visto como el último. Existe una cierta idea del lugar como un espacio al cual ordeñar. El personal se lleva todo cuanto pueda. El manejo del horario laboral tiene escalas sociales en función de: a) las disciplinas intervinientes y su *prestigio*, b) la cercanía a poder intrainstitucional, c) el servicio que prestan al funcionamiento del sistema interno, d) su ideología (más o menos conservadora).
- 16) Trabajo como Beca:** Muchos profesionales tienen otros trabajos en el mismo horario del hospital, superpuestos. No ven nada malo en eso. Si se les pregunta, considera que la institución no les merece y que están de favor allí, porque su saber es muy superior o no es considerado, por lo cual entiende y normaliza su escaso presentismo. El ideario del profesional becario se radicaliza cuando el funcionamiento institucional prescinde de sus funciones, pero obtiene beneficios secundarios de la ausencia del ser becario. La llamada "beca" consiste en entregar el tiempo menor posible por el salario mayor posible, en la contraprestación menos desgastante que se pueda y en la forma menos comprometida que se logre. El sujeto de atención está absolutamente ausente como dimensión de análisis.
- 17) Discrecionalidad institucional:** La dirección del hospital sabe de los fenómenos descriptos en los indicadores anteriores acerca del personal (su perversión funcional y el desvío de fines y tareas), pero lo permite -en silencio- a cambio de que "*no hagan lío*". Esta idea de calma institucional saludable debe explicitarse como "*no denunciar*" las vulneraciones de derecho. El personal puede estar becado si se adapta a las vejaciones y trasgresiones en el quehacer institucional. El

funcionariado ministerial no se mete en el funcionamiento interno del manicomio porque “tiene su propia lógica”. Se recibe denuncias, las suele callar o desacreditar. O inclusive “entrega” ante la Dirección de la institución a las pers(onas) denunciantes. Sólo se altera esta situación cuando se pasa al proyecto de (verdadera) transformación institucional. Esta idea es aplicable al resto de los indicadores (igual y análogamente).

- 18) **Estigmatización del laburante:** El personal que denuncia o no se suma al régimen, es visto como anarco o loco, asimilado al *desvío* que atiende o trata de atender. La carga estigmática de las personas que no se avienen a la cultura manicomial tiende a primarizar la visión del laburante, o sea, a darle un tono emocional, afectivizado, sexualizando la explicación sobre el origen de la crítica, restándole así todo valor conceptual, metodológico e ideológico.
- 19) **Trivialización de la crítica:** Todo proceso crítico al *completo institucional* o a alguno o varios de los indicadores aquí esbozados, es visto y estigmatizado como “*pecado de juventud*”, o a cierta clase de ingenuidad por desconocer “*cómo funciona esto*”. Así, cualquier planteo crítico y toda actitud de humanizar al paciente es descripta y asumida como ignorante. La institución hace una semblanza del ser humanizador del paciente como un ingenuo que no entiende la realidad. Es visto inclusive como en una especie de disociación de la realidad o psicosis porque se niega a aceptar la cultura manicomial.
- 20) **Persecución conservadora:** El personal que resiste al régimen manicomial es perseguido de diversos modos. Sus autos sufren pequeños atentados. Sus bolsos, carteras o mochilas, desaparecen o sufren incidentes misteriosos. Sus bienes en general están siempre en riesgo. Sus relaciones interpersonales al interior de la institución se van vaciando. Su palabra es desacreditada. Se procura aislarlo como a una enfermedad infecciosa desconocida. Su rebeldía tiene el precio de la indiferencia institucional a estos episodios.
- 21) **Elogio de la Resignación:** en el antro manicomial es bien visto que el paciente no tenga iniciativa alguna. Los “*buenos pacientes*” son los asintomáticos entregados y resignados a la vida en la institución total. Para la institución, si no se pesquisan indicadores de actividad psíquica o comportamental, está bien el paciente, saludable.
- 22) **La denuncia es síntoma de agravamiento:** La queja por las condiciones de alojamiento o por la falta de adecuada atención son síntomas de desmejoramiento del cuadro clínico. Los “*pacientes malos*” son los que resisten la lógica manicomial y/o se quieren ir del antro de encierro, no aceptando el mismo. Estos casos serán entendidos como sintomáticos y tratados como si tuvieran un *cuadro florido de agitación* que debe ser controlado inmediatamente. A la queja institucional sobre las consecuencias de la cultura manicomial en torno a la vulneración de derechos, se la equipara con la dimensión del agravamiento de la psicopatología del paciente.
- 23) **Exclusión des-implicada:** si el paciente es rechazado afuera, en la comunidad, es que “*algo habrá hecho*”. Se lo culpa por la exclusión que sufre. La institución nunca asume como parte de su tarea la inclusividad del sujeto en el entorno social inmediato, ni verá como parte de su labor lograr que el paciente que pueda volver

a la vida en comunidad en una forma inclusiva y, al menos, no expulsiva. La ausencia de implicación institucional en el proceso de salida es proyectada a la falta de pericia del sujeto por incluirse solo/a, aún cuando llevara años asilado en el antro de encierro.

24) Renuncia tratamental: el tratamiento no es una función entendida integralmente ni es adoptada como el centro de la intervención institucional, pues su foco está en el alojamiento, no en el egreso planificado y acompañado. Así, por ejemplo, si el paciente no habla enseguida que ingresa a un dispositivo cualquiera, luego de años de no ser escuchado, será entendido como una aceptación resignada a la vida hasta la muerte en el encierro. Su historia de falta de atención en el mero alojamiento no será incorporada como explicación del fenómeno de su falta de credibilidad en el dispositivo al que es ingresada. En suma, se supone que el paciente siempre debe estar bien predispuesto a lo que le ofrece la institución. Todos los principios propios del psicoanálisis como la supervisión, el propio análisis y la formación continua no se aplican al terapeuta y/o al agente tratamental, si se aboca a una tarea manicomial. El terapeuta sólo aplica los principios freudianos que aseguran o mejoran la calidad de su prestación en cualquier otro sitio laboral, salvo que trabaje en un manicomio. La renuncia tratamental se trastoca en el llamado *paciente social*, que es la aceptación pasiva de que ya no hay más tratamiento y que, en definitiva, se ha pasado a una reclusión o a un secuestro de la persona por parte del Estado. En un manicomio no se supervisa el tratamiento nunca; se culpabiliza.

25) La resistencia es sólo del sujeto: paciente que no quiere más psicoterapia es que resiste. No se incorpora al análisis ningún otro factor. Nunca será eso resignificado ni historizado en los años de -por ejemplo- cambios repentinos y permanentes de referente terapéutico, abandonos de los que nadie nunca jamás le dio razones ni explicación alguna o episodios de vulneraciones del deber de confidencialidad, etc. El personal nunca verá en sí resistencias, siempre las asigna al sujeto, el cual no puede negarse a ser psicoterapizado, ni tiene derecho alguno respecto a la elección de tipo de tratamiento o de terapeuta. Estos derechos (pautados en la ley nacional de derechos del paciente) sólo son reconocidos en la comunidad (a lo sumo) y jamás son considerados como tales en el marco de la cultura manicomial.

**Si encierras en un
manicomio al sujeto más
cuerdo y "sano" del
mundo, al cabo de un
tiempo tendrás un loco
encerrado**

26) A-sexualidad: en un manicomio los pacientes no pueden ejercer su sexualidad, nunca. Son niños y niñas prefreudianos, seres extraños no sexuados. Ese ideario infantilizador niega el hecho del ejercicio de la vida sexual y termina por callar, silenciar y en definitiva producir las mayores aberraciones, como ocurre con todo lo que acallado y negado. Los seres humanos son seres sexuados, salvo quienes estén internados/as en un manicomio. La cultura manicomial entiende que la

sexualidad es una expresión de la enfermedad y debe ser sofocada como cualquier otro síntoma. El ejercicio de la sexualidad es por tanto medicalizado como si se tratara de un estado alucinógeno.

27) Antifamiliarismo: la familia del paciente es *mala* por definición. Ese modo de adjetivarla, tan pueril y tan escaso de profundidad conceptual, observa malignidad, porque en ese movimiento la declara enemiga del tratamiento. Con ese nivel de precisión conceptual se la evalúa y la estigmatiza. Con el mismo nivel de precisión conceptual la cultura manicomial se ve a sí misma como *el Bien: Lo bueno* es la institución. Dicha respuesta binaria funda su ideología de apartamiento social definitivo para con un paciente que de ese modo es aislado de su entorno vital previo a la internación. Prueba de este modo de proceder es que la institución prácticamente desconoce el lugar de vida, la estructura de supervivencia y las situaciones de padecimiento y sobrevida de ese entorno vital, toda vez que la institución no cree parte de su labor conocer los lugares de vida previos a la internación del padeciente internado/a. Para la institución total, la persona alojada en el manicomio es víctima de su familia, de la cual va a defenderle internándola de por vida.

28) Eufemismos asilares: en un manicomio, los nombres eufemísticos son de rigor. Los sujetos internados por tiempo indefinido (o para el resto de sus vidas) les pueden llamar:

- A) *mis pacientes* (aun cuando ya no lo son, pues no están allí por su patología, sino por su exclusión);
- B) *mis chicos* o *mis niños* (reemplazo familiar e infantilización, mediante);
- C) *mis locos* (generalización cosificante para una indefinida nominación excluyente que omite la historia y particularidad de cada caso).

El término clave en estos eufemismos no está en el sustantivo sino en el pronombre personal posesivo. La categoría paciente es equivalente a la cosa que me pertenece cual objeto de la cartera o bolso del personal que lo custodia o “atiende”. Esa apropiación del paciente es un nuevo factor reclusorio que debe superar cuando pretende irse del antro de encierro pues el personal poseedor reclama ante la institución la decisión del alta, esto es, quiere tener el poder de decidir se suelta su cosa y la deja irse, o no.

29) Servicios básicos es lujo: Se normaliza que no exista el agua caliente o la calefacción. Salvo que ocurra en el sector de consultorios. En un manicomio o lugar que funcione como tal los servicios, así como los alimentos tienen un ordenamiento en función de la escala social de quienes andan por allí. Determinadas categorías de pacientes merecen tener los servicios de agua caliente, potable, fresca en verano, etc. y calefacción, otro no. Determinadas categorías de personal pueden tener baños adecuados y limpios, vestuarios, sitios de aseo, espacios de descanso, lugares de estacionamiento vehicular, otro no. Esa clasificación no obedece a ninguna regla previamente establecida por el Estado, sino por el escalafón que hubiera creado a su gusto la autoridad institucional. Vamos a eso...

- 30) Normatividad tácita:** En el manicomio no existe ley escrita que esté por encima de lo que ordena la Dirección. Todo se rige por normas propias donde predomina “*lo ordena el director*”, aunque se trate de vulnerar con ello una norma constitucional. A esto le llamamos en un libro (que cito luego) *la inversión de la pirámide de Kelsen*. Si el director ordenara algo que vulnera la ley nacional de salud mental se sobrepone, sin más, de forma palmaria y manifiesta, sin que surja de allí una lectura crítica ni interpretación alguna. En la vida manicomial las reglas tienen otro orden de prioridades ajeno al resto del funcionamiento estatal. Rige la obediencia debida, más allá de lo que diga la administración de justicia. Aquí está la principal razón de la burnoutización del personal, porque no es gratuito. Esa inversión de los niveles de priorización de las normas es propio y connatural de la institución total y hace a que se trate de un manicomio y no de otro tipo de institución.
- 31) Peligrosidad mata riesgo:** En el manicomio no se aplica el concepto de *riesgo cierto e inminente* de la ley nacional de salud mental. Se aplica lisa y llanamente la *peligrosidad potencial futura* tal como se hacía hace 3 siglos. En segundo lugar, el peligrosismo inicial se trastoca luego en el ideario ficcional del concepto de “*paciente social*”. Ese engendro que dice -tácitamente- que alguien está (y seguirá) recluido por “*razones sociales*”, aun con el “*alta médica*”, se impone a todo criterio legal. Pero todo eso, de inicio a fin, es un eufemismo más que justifica la reclusión indefinida por falta de inversión y/o trabajo en el regreso a la vida en comunidad con la debida gestión de apoyos y acompañamientos imprescindibles en dispositivos territoriales intermedios.
- 32) Falsa interdisciplina:** los profesionales dicen que trabajan en equipo, que lo hacen interdisciplinariamente, pero no tienen dispositivos técnicos específicos para ejercerla o que den cuenta sobre cómo desarrollan ese trabajo conjunto, como la reunión de equipo, la discusión de casos y el diseño de una estrategia tratamental integral y común. Tampoco se verifica en el registro de las actividades en la *historia clínica*, la cual por lo común es precaria y monodisciplinar, por lo tanto, tiene múltiples registros unipersonales, mezclados y sin articulación alguna. En la cultura manicomial llaman interdisciplinariedad a que se aborda confusionalmente a un mismo sujeto desde varios saberes, en forma autocrática y desprovista de toda articulación o visión de conjunto.
- 33) Desaparición institucional:** los pacientes que se mueren en la situación de internación simplemente *desaparecen* del pabellón o sala, pues no se realiza ningún ritual de despedida que incluya a los demás sujetos de la institución o a su personal de cercanía. Queda su ausencia repentina circulando por la institución en forma de espectro y se informa de lo ocurrido -a lo sumo- por la vía del rumor. La ausencia de ritual de despedida produce un profundo daño en el resto de los pacientes, pero negado y ocultado por el acontecer institucional.
- 34) Explotación laboral:** los pacientes que tienen saberes administrativos o técnicos, suelen ser incorporados al quehacer institucional o a su sostenimiento cotidiano. Jamás se les reconocen esas labores como un trabajo y se los explota a cambio de algún favor circunstancial. Al trabajo se lo toma como laborterapia, pero en nada está vinculado con su tratamiento. Ese quehacer tiene por única función sostener un menester institucional. Esa capacidad para resolver asuntos funcionales del

manicomio les juega en contra al momento de pensarse su posible egreso institucional, pues implica perder esa fuente de trabajo esclavo.

- 35) Alojamiento borgiano:** los criterios de alojamiento son superpuestos, antojadizos y coyunturales. Ni tienen ninguna lógica tratamental. En la introducción del libro *“subjetividad e Institución Total”* exponemos múltiples criterios de lo más irracionales y sin lógica alguna (nos remitimos a ese análisis). El antro de encierro agrupa los pacientes bajo criterios que inclusive dificultan la tarea tratamental. El equipo de tratamiento, por lo común, no participa de esas decisiones, las cuales tienen que ver con principios extra-tratamentales. El alojamiento es un caos.
- 36) Control corporal:** los pacientes son atendidos en su realidad corporal como si se estuviera en la edad media. El espacio de encierro constata existencia, no salud. Tal es así que los controles cotidianos que tendrían en cualquier instancia polivalente no existen en el espacio de encierro asilar. En la cultura manicomial el cuerpo del paciente es un objeto de practicas que nunca serían factibles ni permitidas en otro espacio sanitario cualquiera. Esto incluye las sujeciones forzadas, las prácticas experimentales y los actos de producción de dolor, entre otras instancias de secuestro corporal.
- 37) Género:** todo cuanto hemos dicho en los indicadores manicomiales previos debe ser maximizado y aumentado en el caso de que se trate de mujeres. Siempre es peor. Siempre es más naturalizado y aceptado como lógico y razonable. El secuestro asilar de la mujer tiene una autorización ideológica mucho más clara y argumentada por la cultura manicomial, tal como si aún estuviéramos bajo la creencia de las brujas del medioevo europeo. El control de las pacientes y el sistema disciplinario es mucho más férreo. La falta de tolerancia a la diferencia es más severa y decidida-. Son evaluadas además críticamente como “mala madre” o como “mala mujer” por el solo hecho de tener un padecimiento mental. Esta etiqueta de malignidad vinculada al rol esperado nunca ocurre con los varones: no se dirá que es un *mal padre* por tener un pedimiento. En la cultura manicomial, en suma, como en el resto de los espacios sociales, se les exige sostener roles que a los varones no. Y se les requiere silencios y acallamiento a las vejaciones que sufren, pues deben aceptarlo en su carácter de ser mujeres, además de padecientes.
- 38) Negación de la Infancia:** En el antro manicomial no se acepta la existencia misma de la infancia, por lo cual no se verán espacios destinados a incluirles, cobijárseles y/o recibirles, aún como circunstancial visita. No hay lugares previstos para su ingreso y circulación en la institución, ni mucho menos lugares de juegos o de encuentro con las personas internadas. Al contrario, el lema de la cultura manicomial es que la infancia no debe ir allí o que no es un lugar apto para ellos y ellas, porque *les hará mal*. Ese malestar con respecto a la infancia es complementario de la infantilización de los pacientes, quienes asumen simbólicamente ese lugar.
- 39) A-judicialismo:** La justicia y la defensa de las personas internadas no ingresan al centro y ni lo conocen. Su modalidad más usual de intervención es por legajos, expedientes, papeles. En muchos casos ni conocen a la persona sobre la cual toman decisiones, y mucho menos, ni conocen sus voluntades, deseos, anhelos o directivas. La administración de justicia tiene una relación de lejanía y

desconocimiento respecto al espacio de alojamiento de las personas internadas y la situación por la que pasan, salvo en aquellas excepciones que, por otra parte, serán tomadas como personas sobre implicadas. Las autoridades judiciales que se entrometen en lo que ocurre en el asilo y se preocupan por el estado del alojamiento y por el tratamiento son tratadas como anómalas y estigmatizadas como si esa preocupación fuera una excentricidad y una locura de una abogacía que ha perdido el rumbo. El caso esperado es el de la tramitación por papeles y el desconocimiento de la persona.

- 40) Posibilismo restringido:** El antro manicomial es sostenido por un discurso de posibilismo restringido. Las autoridades ministeriales dirán que se hace lo que se puede, pero ellos quisieran hacer más y no pueden o no los dejan. Ese posibilismo restringido acepta todos estos indicadores previos como parte de un quehacer que en un futuro remoto, que no definen témporo-espacialmente, se podrá modificar. Pero no ahora, cuando ellos están a cargo. Esta concepción tiene un discurso pseudo progresista que se auto-observa como reformista, pero para una instancia posterior a la presente. Dirán: *Ahora, hay que aguantar*. La parte que no aclaran es que quienes deben aguantar siempre son los otros. En el libro citado hablamos mucho de este fenómeno.

**Dice el manicomio:
Te vamos a encerrar acá
para curarte.
Si te domesticas, veremos
si da para que salgas
A eso le llamamos "Alta"**

III- ALGUNAS APRECIACIONES FINALES: DE LA RESIGNACION A LA TRANSFORMACION

El único enfermo es el resignado

Juan Carlos Domínguez Lostaló

Todos estos ítems no ocurrirían si se cumpliera con la ley nacional de salud mental, pero el posibilismo restringido dirá que **NO ESTAN DADAS LAS CONDICIONES DE FUERZA PARA IMPLEMENTAR LA NORMA VIGENTE**. Mientras lo dicen, ellos y ellas viven en sus casas, sin que se cumplan ninguno de los 40 indicadores manicomiales citados. Es decir, que la ley no se implementa porque no da la situación, mientras se quedan a sostener la no-situación. Raro!

Muchos de los indicadores manicomiales citados no requieren inversión, solamente, sino método. Pero aplicar un método requiere conocimiento, visión de equipo, enfoque complejo y decisión política. No se implementa la ley sin *arriesgar*. Y el pseudo progresista acepta la situación asilar que hemos descripto para no poner en riesgo su lugar. Es un cultor de *digamos que avanzamos, pero caminemos despacito sin hacer olas*. Es un cultor de **la reforma por goteo**. Hablo de este fenómeno acá: <https://www.yagodinella.ar/blog/2022/05/12/episodio-22-lo-mental-en-la-salud-publica/>

En definitiva, mientras más riesgo ve a perder su cargo, función o lugar el discurso pseudo-reformista más cede en su iniciativa transformadora, porque no tiene **la VOLUNTAD** que supone arriesgar su lugar, ante el seguro embate de las instancias conservadoras que (¡claro!) que están allí para proteger lo instituido, eso que llamamos cultura manicomial. El ser pseudo-reformista es un sr timorato que vende su obediencia al orden instituido como un tiempismo de reformas que se podrán hacer en un futuro lejano y no definido, pues no está dispuesto/a a pelear. Quiere pertenecer, no transformar. La transformación es mero discurso.

Estos 40 indicadores de cultura manicomial constituyen **un modelo**, por eso **hace cultura**, pero aun así puede modificarse, porque no es necesario al funcionamiento del sistema de atención en salud mental. Claro que entonces se deben contemplar los **dispositivos de transformación** institucional al efecto de deconstruir esos 40 indicadores descriptos. Esto presupone no solamente conocimientos clínicos, sino además socio-institucionales y psico-políticos. Una transformación institucional no es un asunto técnico, exclusivamente, pero tampoco es sin técnica, es decir no se trata de militancia sin conocimientos metodológicos y conceptuales, pero tampoco de **técnica** sin **compromiso militante**. Equivoca quien elige uno de esos dos campos y lo torna suficiente para una reforma.

Lo primero que requiere un proceso transformador es un **diagnóstico situacional** amplio y complejo de los factores y contexto que juegan y tienen intereses en ese entorno manicomial. Dedicamos tres ensayos del libro *Subjetividad e Institución total* a este asunto, muy especialmente no considerado en las propuestas pseudo-reformistas.

Si bien el sostén esencial del antro manicomial es ideológico, no es funcionalmente sustantivo y su carácter disfuncional hace a su debilidad, pero ahora

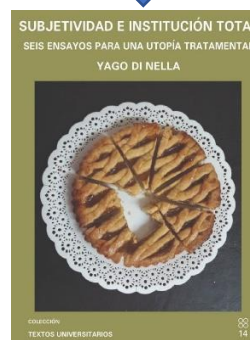
además **es ilegal**, dada la nueva normatividad de los últimos dos decenios. Esa forma de entender la atención del padecimiento es hoy absolutamente anormal, deslegitimada e ilegalizada, pero aun así es sostenida y amparada en *los usos y costumbres*. Por eso sigue reinando en el antro el apotegma *porque lo dice el director*, como campo de normatividad suprema. Esa situación siempre es sostenida por la autoridad ministerial, pues es imposible sin esa anuencia.

Los eufemismos de hospitalismo pseudo-reformista no modifican esto, sino que es sólo la cáscara en un intento de *humanizar* lo que es de otro orden. De modo que podrán llamarle como gusten al antro manicomial, PODRÁN HABLAR DE MEJORAR, ESPECIALIZAR, ADECUAR O MODIFICAR, pero la ley dice claramente **CERRAR** y **SUSTITUIR**. Explicamos las razones y las consecuencias de esta dilación voluntaria y retractación discursiva en el EPIDODIO 27 del podcast ***Lo mental en la salud pública***: <https://www.yagodinella.ar/blog/category/podcast-lo-mental-en-la-salud-publica/>



Si se observan algunos de los indicadores arriba descriptos, **no importa realmente como le designen al manicomio, en tanto su funcionalidad excede y antecede a su nominación eufemística.**

Para más detalle de lo expuesto en este escrito



Para citar el artículo: Di Nella, Y. (2022): “40 INDICADORES MANICOMIALES (más allá del discurso *progre* pseudo-reformista)”.

En el Enlace: <https://www.yagodinella.ar> (Recuperado el dd/mm/aa).