

6

repertorios

Perspectivas y debates
en clave de Derechos Humanos

Salud mental

Secretaría de
Derechos Humanos



Ministerio de Justicia
y Derechos Humanos
Argentina

6

Repertorios. Perspectivas y debates
en clave de Derechos Humanos

Salud mental

textos de

Fernando Ulloa
Mariana Wikinski
Mariana Biaggio
Rosa Matilde Díaz Jiménez
Marcelo Marmer
Julieta Calmels
Fabiana Rousseaux
Alicia Stolkiner
Alicia Lo Giúdice
Eugenia Bianchi
Macarena Sabin Paz
Laura Sobredo

Autoridades

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Vicepresidenta de la Nación

Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Justicia y Derechos Humanos

Martín Soria

Secretario de Derechos Humanos

Horacio Pietragalla Corti

Subsecretario de Protección y Enlace

Internacional en Derechos Humanos

Nicolás Rapetti

Esta publicación fue realizada por la
Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio
de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Compiladores

Leonardo Gorbacz y Adelqui Del Do

Coordinación de la colección

Andrea Copani y Mara Palazzo

Corrección

Valeria Riso

Diseño de tapa

Mariana Migueles

Diagramación

Candela Gopar y Mariano Castro

www.argentina.gob.ar/derechoshumanos

Las opiniones expresadas en este cuadernillo son responsabilidad
exclusiva de los autores y las autoras y no representan necesariamente
la posición de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.

Secretaría de Derechos Humanos de la Nación

Repertorios: perspectivas y debates en clave
de Derechos Humanos: 6

Salud Mental

1a ed. 2da reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2023.

94 p.; 21 x 29,7 cm. - (Repertorios: perspectivas
y debates en clave de Derechos Humanos)

ISBN 978-987-4017-53-6

1. Salud Mental. I. Título. CDD 362.2042

índice

- 1 Prólogo
Horacio Pietragalla Corti
- 3 Introducción
Leonardo Gorbacz y Adelqui Del Do
- 7 Eje 1: Consecuencias psicológicas del terrorismo de Estado
- 9 Pensar el dispositivo de la crueldad: la encerrona trágica en situaciones de tortura y exclusión social
Fernando Ulloa
- 15 El método de desaparición forzada y los juicios de lesa humanidad.
Diálogo entre la dimensión jurídica y la dimensión subjetiva. Especificidades del caso argentino
Mariana Wikinski, Mariana Biaggio, Rosa Matilde Díaz Jiménez y Marcelo Marmer
Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)
- 31 Las dimensiones del trauma. Reflexiones desde la experiencia argentina
Julieta Calmels
- 43 Memoria y verdad. Los juicios como rito restitutivo
Fabiana Rousseaux
- 55 Historia, Memoria y Filiación: la apropiación de niños como política del terror
de Estado y los procesos actuales de restitución de identidad
Alicia Stolkiner
- 67 La práctica psicoanalítica en el "Centro de atención por el derecho
a la identidad de Abuelas de Plaza de Mayo"
Alicia Lo Giúdice
- 77 Anexo. Protocolo de Intervención para el Tratamiento de Víctimas-Testigos
en el marco de procesos judiciales
Secretaría de Derechos Humanos
- 95 Eje 2: Salud mental, violencias y derechos humanos
- 97 Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico
Eugenia Bianchi y Macarena Sabin Paz
- 119 El acompañamiento a víctimas durante el proceso de justicia.
Reflexiones desde la experiencia
Laura Sobredo
- 129 Presentación ante Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
Organización Naciones Unidas
Julieta Calmels (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)
- 155 Inimputabilidad y medidas de seguridad a la luz de los estándares
del Derecho Internacional de los Derechos Humanos
Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad,
Secretaría de Derechos Humanos de la Nación
- 175 Anexo I. Derechos de personas usuarias de servicios de salud mental
Preguntas frecuentes
Dirección Nacional de Protección de Grupos en Situación de Vulnerabilidad,
Secretaría de Derechos Humanos de la Nación
- 181 Anexo II. Protocolo de abordaje integral a víctimas de violencia institucional
Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Eje 2:

**Salud mental, violencias
y derechos humanos**

Las autoras

Eugenia Bianchi

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos, Buenos Aires, BA, Argentina. C1114AAD–info@conicet.gov.ar; iigg@sociales.uba.ar; gesfyd@gmail.com (eugenia.bianchi@conicet.gov.ar; eugenia.bianchi@gmail.com). PósDoutorado em Saúde Coletiva (UERJ); Dra. en Ciencias Sociales (UBA); Mgs. en Investigación en Ciencias Sociales (UBA); Licenciada en Sociología (UBA). Investigadora Adjunta Conicet, con sede de trabajo en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, UBA). Docente regular en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Grupo de Estudios Sociales sobre Fármacos y Diagnósticos (GESFYD–IIGG).

Macarena Sabin Paz

Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldemberg”. Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús, UNLa), estudios en Políticas de Género en el Sistema de Justicia (Universidad de Buenos Aires). Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Investigadora del Programa Salud Investiga para Estudios Multicéntricos, Becas Ramón Carrillo, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico

Eugenia Bianchi y Macarena Sabin Paz

Introducción

Distintos enfoques sociológicos estudian la salud y el malestar; entre otros, el estructural–funcionalismo, la economía política, el interaccionismo simbólico, los estudios foucaultianos, y el constructivismo social. Aun con sus ostensibles diferencias, hay un reconocimiento común de la salud y el malestar como hechos sociales, como campos legítimos de indagación para formular interrogantes críticos (Arantxa Grau I. Muñoz; Aina Faus Bertomeu, 2022). En esta línea, las autoras abogan por análisis feministas de la salud y la enfermedad, que pongan en evidencia la medicalización de las mujeres, e inviten a repensar el lugar y rol de la medicina en la cultura y en la vida cotidiana. Y precisamente las epistemologías feministas (Donna Haraway, 1991; Sandra Harding, 1986) han contribuido a posicionar la necesidad de deconstruir la neutralidad científica, y a destacar cómo las disciplinas científicas en general, y la medicina en particular, son subsidiarias de una epistemología específica (Ann Oakley, 1972).

Siguiendo a Oakley (1993), una epistemología feminista conlleva asumir que las cuestiones metodológicas, teóricas y empíricas no son fácilmente disociables, y ello supone adoptar modelos de análisis complejos, no deterministas, causalistas ni reduccionistas. Eso es consonante con la necesidad de enfoques críticos que pongan de relieve que durante siglos a las mujeres se les definieron como el “Otro” en el discurso médico (Deborah Lupton, 2012; Ana María Fernández, 1994), como versiones incompletas o enfermas de los hombres, con mayor debilidad, inestabilidad, dotadas de impurezas, infecciones y enfermedades, y fuentes de daños psicológicos para su descendencia (Silvia Federici, 2011). Fernández analizó la inferiorización de la diferencia de género en diversas dimensiones: epistemológica, política, cultural, erótica, subjetiva, entre otras. En estas dimensiones cumple un papel relevante la tríada del mito de la mujer–madre, el mito del amor romántico y el mito de la pasividad erótica femenina.

Marisa Miranda (2011) historizó las prácticas sexuales desde el biopoder en diferentes períodos históricos en Argentina, a través de un hilo conductor que incluye el *continuum* noviazgo–matrimonio–procreación–lactancia, como eje medular articulador de políticas y praxis oficiales en torno de una reproducción orientada por hipótesis eugenésicas, que reforzaban la maternidad como deber social femenino y establecían una otredad respecto de este *continuum*.

Si el hombre es la referencia de lo humano y de la normalidad, podemos añadir, siguiendo a Sandra Caponi (2019a), que al interior mismo de la categoría “mujer”, las “locas” expresan de modo paradigmático la otredad respecto de ideales y estereotipos de normalidad femenina, vinculados a parámetros de salud, salud mental, maternidad, sexualidad y participación en la vida social. Investigar en términos de salud mental y género conlleva, pues, identificar una segunda torsión de este pensamiento diádico, ubicar una segunda capa de otredad en las mujeres, que abre a una problematización específica desde las ciencias sociales.

Ya existe una plétora de estudios que aportan a la relevancia del análisis del campo de la salud mental desde las ciencias sociales, en los que se articulan el control social, la salud mental y el encierro psiquiátrico y punitivo, con procesos como medicalización, biomedicalización y farmacologización de la sociedad (Eugenia Bianchi, 2022). En sus resultados, subrayan la pertinencia de incluir diferentes perspectivas, entre las que se encuentran los estudios de género y sexualidades, para el análisis de fenómenos y problemas de la salud mental. Esta configura un campo complejo, multicontextual, situado, historizado y conflictivo, lo que lo torna especialmente proclive a incorporar enfoques feministas sustentados en la interseccionalidad. Sin embargo, solo recientemente se están jerarquizando investigaciones que aborden integralmente las temáticas de salud mental y género.

En esta línea, el artículo analiza resultados de una investigación realizada en un hospital neuropsiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, Argentina, entre 2010 y 2019, en salas que alojan mujeres. El artículo reprocessa resultados a partir de claves analíticas que integran nociones y conceptos de la sociología del diagnóstico y de los estudios sociales del fármaco.

El objetivo es analizar los motivos de internación de estas mujeres que están o estuvieron alojadas en el hospital, incluyendo el diagnóstico y la medicación psicofarmacológica recibida, identificar sus variaciones en el tiempo de internación, y la relación con prácticas e intervenciones profesionales asociadas a estereotipos de género. Los datos fueron obtenidos con una metodología que triangula el análisis de fuentes desde métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realizaron quince entrevistas a mujeres CIS usuarias del hospital y diecisiete a profesionales tratantes, y se analizaron diez historias clínicas.

Los resultados abarcan hallazgos sobre los diagnósticos de base que recibieron las mujeres y su variación a lo largo de, en muchos casos, períodos prolongados de internación, como también la relación entre diagnósticos de ingreso y los esquemas de administración de medicación psicofarmacológica durante la internación.

Antecedentes y conjunciones conceptuales para una problemática compleja

Las mujeres internadas en este hospital neuropsiquiátrico público de la provincia de Buenos Aires conjugan una serie de características: fueron admitidas, recibieron algún diagnóstico en salud mental, fueron alojadas en salas de Agudos y Rehabilitación, y fueron y son tratadas con medicaciones psicoactivas. Estas características implican una complejidad analítica notoria, que requiere ser abordada conceptualmente en un plexo de antecedentes y nociones.

Para ello, en primer lugar, mencionamos algunos antecedentes de investigaciones que dieron cuenta de la relación histórica y actual entre mujeres, salud mental, encierro y sexualidad.

En segundo lugar, se consideran la medicalización y biomedicalización en mujeres, como perspectivas de las ciencias sociales que convergen en la complejización de los estudios de género con la inclusión de interseccionalidades situadas en contingencia sistemática.

Mujeres, salud mental, encierro y sexualidad

De los estudios sobre la relación histórica y actual entre mujeres, salud mental, encierro, sexualidad y maternidad, es ineludible el escrito de Caponi (2019b) quien documentó cómo el saber psiquiátrico colaboró en la cristalización de una idea normativa de ser mujer, en un contexto histórico –finales de siglo XIX y principios del XX– en el cual la medicina estaba abocada al proceso de higienización de las ciudades y de normalización de las conductas. Esta constatación epistemológica histórica fue basal para el incremento, desde entonces, tanto de categorías que patologizan diversas condiciones consideradas femeninas, como de fármacos y psicofármacos específicos para tratarlas. El estudio de Caponi permite ubicar a la medicina y a la psiquiatría como saberes y estrategias de gestión biopolítica de poblaciones, marca el vínculo histórico entre discurso psiquiátrico y patologización de la mujer, y expone que el marco epistemológico psiquiátrico tributa a líneas de demarcación entre mujer normal y desviada.

Siguiendo a Caponi, la legitimidad científica de los discursos sobre la anormalidad femenina, en sus distintas categorizaciones –degeneración, perversión, inferioridad mental–, carecían de valor epistemológico. Se caracterizaban por prejuicios, imposiciones morales y desprecio hacia las mujeres de la época, y se proponían naturalizar y biologizar las desigualdades sociales, presentando la subordinación de la mujer como hecho natural y científicamente establecido.

Otros artículos, previos o coetáneos al de Caponi, estudian mujeres en hospitales neuropsiquiátricos argentinos. Desde la historiografía social, Valeria Pita (2012) expone el origen y las transformaciones del Hospital de Mujeres Dementes de la ciudad de Buenos Aires, entre 1852 y 1890 (actualmente Hospital Moyano). Anahí Sy, Marcela Naszewski, Carla Pierri y Ana Laura Barrio (2020), estudiaron el Hospital Estévez de la provincia de Buenos Aires, entre 1895 y 1987, con foco en género e inmigración, analizando historias clínicas y cartas. Estos estudios coinciden en señalar la sexualidad como eje para identificar relaciones entre género, encierro manicomial, y procesos de diagnóstico y tratamiento psicofarmacológico en salud mental.

La vigencia en Argentina de esta problemática histórica quedó plasmada en distintos informes del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). En 2007, registró diversas violaciones a los derechos humanos en instituciones psiquiátricas a más de veinticinco mil personas. También dio cuenta de abusos sexuales y físicos del personal y de externos, a mujeres internadas en el Hospital Moyano, y cronicidad en la internación de la mayoría de las mujeres (mil quinientas de un total de 1750), por ausencia de servicios de salud mental adecuados y alternativas de alojamiento. En el Hospital Estévez, documentó que un 30% de las mujeres tenía alta médica, pero no dónde externarse.

Documentos posteriores relacionaron mujeres y encierro manicomial (CELS 2017, 2018). Para el hospital Melchor Romero de la provincia de Buenos Aires, CELS (2015a, 2015b) subrayó las violencias cotidianas por razones vinculadas al género, en un contexto de graves violaciones a los derechos humanos de toda la población del hospital. Registró abandonos, violencias y opresiones, en las que el diagnóstico en salud mental y la administración de psicofármacos marcan una constante. Más recientemente, y para el mismo hospital, Camila Azzerboni y Noelia Espíndola (2019) publicaron resultados que analizaron las limitaciones a la toma de decisiones sobre el propio cuerpo de las mujeres internadas en este hospital, y las consecuentes restricciones para ejercer sus deseos y decisiones en relación a gestación, maternidad y vínculos sexo-afectivos. Por su parte, el estudio de Ana Valero y Silvia Faraone (2019), reflexiona acerca del carácter histórico y multidimensional de la violencia en torno a las problemáticas de género; con foco en el escenario específico de internación de mujeres en un hospital psiquiátrico provincial en Buenos Aires. Por último, un estudio sobre la provincia de Córdoba documentó múltiples violencias y discriminaciones en hospitales psiquiátricos por razones vinculadas al género, en contexto de graves vulneraciones a los derechos humanos de toda la población internada (Solana Yoma; Soledad Buhlman; Jacinta Burijovich, 2021).

Estos estudios son antecedentes relevantes, y marcan la persistencia de la problemática del encierro, la salud mental y el género, en articulación con diagnósticos y fármacos, derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos y el ejercicio de la maternidad de las mujeres.

Medicalización, biomedicalización, sociología del diagnóstico y farmacologización

La medicalización y biomedicalización ocupan un lugar destacado en el concierto de estudios sociales acerca de la salud y la salud mental (Bianchi, 2022). Con casi siete décadas de producciones, el concepto de medicalización abarca hoy un espacio complejo de inteligibilidad que contempla la definición, descripción, comprensión y tratamiento de un problema en términos médicos (Peter Conrad, 2007). En el siglo XXI surge la noción de biomedicalización, que incluye el análisis de modos de saber y verdad asociados al conocimiento científico-tecnológico (Adele Clarke y Jennifer Shim, 2011). Los conceptos de medicalización y biomedicalización coexisten en un mismo espacio y tiempo, sin sustituirse. Las temáticas que abordó y aborda la medicalización se reformulan en función de procesos de biomedicalización.

De cara a las transformaciones de la biomedicina y la psiquiatría biológica, en el siglo XXI se consolidaron dos desprendimientos analíticos vinculados a estos conceptos: la sociología del diagnóstico, y los estudios sociales del fármaco, que especifican los postulados surgidos en el siglo anterior (AnneMarie Jutel, 2015, Susan Bell; Anne Figert, 2015, Janis Jenkins, 2011).

Con respecto a enfoques de género, desde la medicalización y biomedicalización, la sociología del diagnóstico y los estudios sociales del fármaco se publicaron aportes que plantean la convergencia teórico–metodológica entre dichas perspectivas (Maribel Blázquez Rodríguez, 2021; Ellen Annandale, Anne Hammarström, 2015; Bell, Figert, 2010; Elianne Riska, 2010, 2003). Con esta clave de género, distintas publicaciones (Caponi, 2021, 2019a, 2019b; Nathan Greenslit, 2015; Miranda, 2019, SY, 2018; Fernández, 1994) analizan los modos diferenciales en los que los procesos de diagnóstico y de tratamiento psicofarmacológico se han expresado en mujeres y diversidades sexo–genéricas, históricamente y en la actualidad.

Según Nikolas Rose, existe una dinámica diferencial en la medicalización que surge del cruzamiento con otras categorías, como “edad, clase, raza, nacionalidad, sexo y más” (Rose, 2007: p. 700), y no incide de la misma manera ni con la misma intensidad en mujeres que en hombres, en ricos que, en pobres, en niñas que, en población adulta, ni es invariable geográficamente, en las diferentes regiones y países del mundo. Así, la singularidad y el dinamismo de los procesos de medicalización se relacionan con que éstos no son monolíticos ni unidireccionales, sino heterogéneos, problemáticos y paradójicos por sus simultáneas tensiones en torno a la exclusión, inclusión, participación y resistencias. Adele Clarke, Laura Mamo, Jennifer Fosket, Jennifer Fishman y Janet Shim (2010) retoman a John Ehrenreich, quien ya en 1978 habló de la tendencia dual de la medicalización, ubicando una tendencia cooptativa, asociada a la ampliación jurisdiccional de la medicina moderna y su expansión hacia áreas de la vida previamente no consideradas médicas, y otra de disciplinamiento excluyente o elitista, como tendencia simultánea, consistente en acciones de la medicina que erigen barreras para acceder a las instituciones y recursos médicos orientados a individuos y subpoblaciones.

La medicalización y la biomedicalización también son estratificadas. En la biomedicalización, las tendencias cooptativas y excluyentes persisten y se complejizan crecientemente, y se producen nuevos modos de estratificación. Con la extensión de intervenciones tecnocientíficas, cada vez más procesos prescindían completamente de ciertos segmentos poblacionales, y en otros impacta de modo desigual. Entonces, mientras avanza la medicalización excesiva de las intervenciones biomédicas en algunas vidas, a otras les faltan cuidados y atención básicos.

En relación a los estudios de género y la medicalización, Riska destaca que entre mediados de la década de 1970 y mediados de la década de 1980, la medicalización se posicionaba con neutralidad respecto al género. Sin embargo, los estudios estaban generizados, pues mayormente se referían a varones (Riska, 2003, 2010). La inclusión más decidida de la categoría de género en los análisis de la medicalización y biomedicalización permitió dar cuenta de modos diferenciales en los que se enlazan fármacos, enfermedades o trastornos, e identidades, y cómo operan en diferentes segmentos de población, en función de construcciones binarias de sexo femenino y masculino, o de identidades sexuales.

Este enlace entre medicalización, biomedicalización y género se prolonga a estudios empíricos desde la sociología del diagnóstico. Así, los diagnósticos de disfunción sexual femenina (Fishman, 2004), síndrome premenstrual (Greenslit, 2015), o riesgo de cáncer de mama (Jennifer Fosket, 2010), psicosis (Caponi, 2019a) entre otros, se analizaron en relación a construcciones de género específicas, que activan procesos de medicalización, biomedicalización y farmacologización particulares.

Existe entonces una plataforma epistemológica común entre estas perspectivas, que abogan por análisis multidimensionales, estratificados, complejos, no reduccionistas, y la noción de interseccionalidad situada, o en situación. Maite Climent Clemente (2018) retoma a Carmen Romero y Marisela Montenegro, quienes atentas a las críticas al concepto, proponen concebir la interseccionalidad como situación. Con este enfoque plantean que las múltiples formas de opresión, privilegios y vulnerabilidades entrecruzadas

se caracterizan por la contingencia de sus interacciones entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergen y/o se reactualizan en ciertos contextos, y no en otros. Avtar Brah (2011) caracteriza la interseccionalidad como una sistematicidad de las contingencias, que operan en categorías relacionales como relación social, experiencia, subjetividad e identidad, todas situadas diferencialmente en campos multiaxiales de las relaciones de poder. En sus palabras, “las similitudes y diferencias a lo largo de los distintos ejes de diferenciación –clase, racismo, género, sexualidad y demás– se articulan y desarticulan (...), marcando a la vez que son marcadas por la compleja red de poder” (Brah, 2011: p. 241).

Volviendo a Climent Clemente (2018), la contingencia remite a la posibilidad de que se produzca un efecto, a la vez que determinadas situaciones tienden a repetirse históricamente como espacios de privilegio o subordinación. La contingencia descarta el determinismo porque ciertas posiciones se tornan potencialmente transformables. Por su parte, la sistematicidad alude a la probabilidad de ocurrencia de ciertas vulnerabilidades vinculadas a determinados cuerpos que encarnan posiciones interseccionales determinadas. La interseccionalidad situada también admite la emergencia de nuevas vulnerabilidades no descritas previamente, y siguiendo a Judith Butler (1997) asume la identidad como un ente fluido, no lineal, dinámico y plural.

Metodología

La interseccionalidad situada como perspectiva teórico–metodológica orientada a dar cuenta de la imbricación y cruzamiento de las relaciones de poder (Mara Viveros, 2021), se prolonga en el diseño seguido para la investigación. La misma fue de tipo cualitativa (Ulrich Flick, 2015; Ana Lía Kornblit, 2007; Miguel Valles, 2000), con un diseño flexible e interactivo (Nora Mendizábal, 2006) que permitió realizar modificaciones durante la selección, recolección y análisis de los datos, a tono con las dinámicas y procesos en la realidad del campo, ya que estos se manifestaron de modos complejos, multidimensionados, interseccionales, y evidenciaron numerosos matices y formas de expresión.

La estrategia de campo combinó el uso de fuentes primarias y secundarias, y para su procesamiento se triangularon técnicas y hallazgos, a tono con la complejidad de la problemática abordada. Las fuentes primarias consisten en información brindada en entrevistas por quince mujeres CIS usuarias del Hospital (trece internadas en salas de Rehabilitación y Agudos, y dos externadas), y diecisiete profesionales de diversos campos disciplinares (trabajo social, acompañamiento terapéutico, enfermería, abogacía, psiquiatría y psicología), con funciones en diferentes servicios. La muestra de personas entrevistadas siguió un formato no probabilístico intencional (Valles, 2000) y postulados del muestreo teórico. De acuerdo a estos principios, el tamaño de la muestra respondió las conceptualizaciones de saturación teórica en investigación cualitativa (Daniel Jones, Hernán Manzelli y Mario Pecheny, 2007; Alberto Marradi, Nérida Archenti, Juan Piovani, 2007), definido como el momento en el que cada nueva entrevista solo trae datos y hallazgos descubiertos previamente.

La muestra de mujeres fue confeccionada por referentes de los profesionales tratantes, según tres criterios: i. deseo y voluntad de ser entrevistadas para la investigación; ii. referencia personal a tener hijos, consten o no en sus historias clínicas, y se encuentren o no, en contacto con ellos; iii. valoración de los equipos tratantes de que la entrevista y temas a abordar, no generarían malestar psíquico, crisis o irrupción de angustia. Para realizar las entrevistas se consideró el momento vital de cada mujer, procurando no interrumpir actividades planificadas, y realizándolas durante la jornada de los profesionales, de modo de atender eventuales efectos.

Las dos mujeres externadas se incluyeron porque podían brindar una voz particular entre el adentro de la institución y el afuera, pudiendo ofrecer un testimonio de sus experiencias en el encierro, desde un presente de vida en comunidad. La franja etaria de las mujeres entrevistadas es de veintisiete a setenta años. El promedio de internación de las nueve mujeres en Servicios de Rehabilitación es 27,5 años, y el promedio de internación de las cinco mujeres en Agudos es 2,6 meses.

El formato de entrevista fue semidirigido (Marradi; Archenti; Piovani, 2007). Esta modalidad habilitó la introducción de núcleos temáticos y no preguntas directas, lo que permitió advertir eventuales incomodidades o desconfianzas, por razones vinculadas a vergüenza, pudor, o ausencia de vínculo previo con la entrevistadora. Aunque no ocurrió en ningún caso, apuntó a anticipar contenidos o ideas de muerte que justificasen la interrupción de la entrevista.

Los núcleos temáticos fueron: i. motivos de internación, diagnósticos y medicación de las mujeres internadas; ii. variabilidad de diagnósticos y esquemas de medicación a lo largo del tiempo en internaciones prolongadas (cinco años o más); iii. Prácticas institucionales fundadas en motivos de internación y los diagnósticos, y su relación con estereotipos asignados al género.

Las entrevistas fueron presenciales, se realizaron entre noviembre de 2021 y abril de 2022.

Las mujeres internadas fueron entrevistadas en comedores y/o patios de sus salas y en un club vinculado al hospital; y las mujeres externadas, en un centro de salud mental comunitaria y en una plaza cercana a la actual vivienda de la mujer. Todas contaron con consentimiento informado, que incluyó la posibilidad de que las mujeres tuvieran un referente personal en calidad de sistema de apoyo. Los textuales de las entrevistas tienen nombres de fantasía a fin de preservar sus identidades, y a la vez dar voz y visibilidad a sus historias de vida y relatos. Fueron previstos tanto riesgos como beneficios para las mujeres entrevistadas.

La muestra de profesionales fue construida según los siguientes criterios: i. disponibilidad y voluntad para participar de la investigación; ii. representatividad disciplinar; iii. pertenencia a servicios en los que se alojan las mujeres entrevistadas, para dar adecuado seguimiento a posibles efectos generados en ellas. La confección de la muestra empleó la técnica de bola de nieve, en cadena o por redes (Marradi, Archenti, Piovani, 2007; Valles, 2000). Se usan nombres de fantasía, y algunas identidades de género se modificaron para mantener el anonimato.

Las entrevistas a profesionales se desarrollaron entre diciembre de 2021 y junio de 2022 bajo modalidad mixta de presencialidad (en el hospital) y medios virtuales (plataforma Zoom o Google Meet). Fueron de tipo semidirigida o semiestructurada y se guiaron por los siguientes núcleos temáticos: i. prácticas en salud sexual y reproductiva; ii. estereotipos de género en mujeres con padecimientos mentales; iii. relaciones entre motivos de internación, medicación psicofarmacológica, diagnósticos y estereotipos de género; iv. sexualidad de las mujeres y sus formas de manifestación; v. maternidades de las mujeres internadas. Se grabaron en formato audio y contaron con el consentimiento informado. Fueron previstos tanto riesgos como beneficios para los profesionales. El documento de consentimiento informado fue redactado considerando lineamientos internos del hospital, y aprobado por el Gobierno de la provincia de Buenos Aires, a través de la Dirección Asociada de Salud Mental.

Se comparte con Sy (2020) que las historias clínicas son documentos susceptibles de revelar prácticas sociales, ideologías y funcionamientos institucionales del manicomio. Por ello, junto con las entrevistas, se analizaron diez historias clínicas ubicadas en los servicios y salas donde se encuentran internadas las mujeres. De existir otros registros y documentación en otras áreas del hospital, no se tomó conocimiento. Los datos relevados de las historias clínicas fueron: motivo y años de internación, registros de diagnósticos o sintomatología, registros y evoluciones sobre la medicación, y existencia de consentimiento informado para internaciones.

El procesamiento del corpus de fuentes implicó una labor de recolección, organización, codificación y análisis, en función de las dimensiones relevantes, tanto planificadas, como emergentes. Se utilizaron técnicas de registro, grillado, filtro y sistematización de datos. En base a criterios y herramientas de búsqueda y procesamiento diseñados y utilizados para la investigación, se elaboró una matriz de datos, y se categorizaron aspectos para contrastar los diferentes materiales. En cuanto a los aspectos cuantitativos del diseño, se restringieron al empleo de la estadística descriptiva. El objetivo fue incorporar una lectura que contribuyera al agrupamiento conceptual de los resultados de las entrevistas, y reflejara la complejidad de los hallazgos obtenidos, siempre bajo la premisa de lograr una mayor comprensión de

los mismos, y no para realizar inferencias ni generalizaciones. Se efectuaron estimaciones de regularidad de tópicos emergentes y procesamientos parciales de información, sin inclusión de mediciones ni cálculos con los resultados de los datos. El análisis fue ilustrativo y no exhaustivo.

Discusión y resultados

En esta sección se analizan el conocimiento de las mujeres sobre los motivos de sus internaciones, las respuestas brindadas acerca de la medicación psicofarmacológica prescrita, los diagnósticos en las historias clínicas, y los motivos de internación, tanto según las mujeres como desde los profesionales, y de acuerdo a lo consignado en las historias clínicas.

Conocimiento de las mujeres sobre los motivos de sus internaciones

A fines analíticos, las respuestas a este respecto se agrupan de acuerdo a si están asociadas a malestar o sufrimiento psíquico, a exclusión social, o a transinstitucionalizaciones.

Entre las causas asociadas al malestar, y tanto entre mujeres cursando internaciones voluntarias como involuntarias, la referencia es fundamentalmente al sufrimiento psíquico, y se destacan depresiones, intentos de suicidio, demencia, o referencias coloquiales como “estar mal de los nervios”. Algunos fragmentos reflejan la identificación de estos padecimientos:

Cristina, 56. Fue una internación voluntaria, yo estaba muy deprimida, sin trabajo, llena de deudas. No me hablo con una hija que es víctima de violencia de género, denuncié al tipo y no me habló más. Mi hija mayor es adicta. Todo eso se me detonó, me tomé unas cuantas pastillas, pero no me quería morir, solo toqué fondo (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Marcela, 64. Andaba mal de los nervios, con demencia, me sentía muy mal y me trajeron, yo no quería (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Gladys, 49. Me internaron siempre por depresiones. Ahora tengo un diagnóstico de trastorno bipolar. Cuando tuve a JC me deprimí, no le podía dar la teta. Con A me dio depresión, pero me ayudaron más (Entrevista realizada el 18/4/2022).

Jacinta, 34. Porque me quise suicidar. Desde niña me cortaba, yo le digo a mi psiquiatra que no quiero vivir, yo quiero morirme, pero me dicen que eso no es algo que yo pueda decidir (Entrevista realizada el 20/12/2021).

Estos extractos expresan cuestiones planteadas en distintos estudios socio-antropológicos. Desde la sociología del diagnóstico, Jutel (2011) considera al diagnóstico como herramienta clasificatoria que guía la atención: organiza el cuadro clínico, ofrece un marco explicativo, identifica opciones terapéuticas, y a veces aspira a predecir resultados futuros. También determina la intervención, y enmarca para la formación profesional, su distinción respecto de los legos, y de las profesiones entre sí. De igual forma define responsabilidades y competencias profesionales. Sin desatender estas dimensiones, P.J. Mc Gann (2011) subraya acertadamente que los diagnósticos también son parte de cómo le damos sentido a nosotros mismos, a los otros y al mundo. Por eso, como concluye Svend Brinkmann (2016) desde la antropología, la terminología psiquiátrica se expandió a la cultura popular, e incluso, y nuevamente según Mc Gann, existen diagnósticos tan ampliamente incorporados al lenguaje y los sentidos sociales que han pasado de ser sustantivos a adjetivos, y eso da la pauta de su carácter performativo.

Las razones de internación asociadas a contextos de exclusión social también involucran diferentes situaciones, entre ellas problemas habitacionales y de vivienda, contextos de pobreza, ausencia de red familiar, apoyo y/o cuidados, y situaciones de calle. Estos motivos no se presentan de modo puro en la empiria, por lo que admiten analizarse de modo interseccional situado, contemplando la existencia de privilegios y vulnerabilidades que se activan en función del contexto y se reactualizan en forma específica en cada persona (Climent Clemente, 2018).

Así, cuando una mujer refiere problemas habitacionales, esto de priva de un modo particular en ella, por ser quien posee una discapacidad dentro del núcleo familiar y, posiblemente, no cumpla con los roles de cuidado esperables, de acuerdo a ciertas hegemonías de género. Otra situación que ejemplifica estas conceptualizaciones es la yuxtaposición de la discapacidad y la situación de calle, ya que, si bien todas las personas viviendo en situación de calle están privadas del derecho a una vivienda digna, no todas son detenidas por las Fuerzas de Seguridad y trasladadas a instituciones psiquiátricas. Por ello, la participación policial es un emergente: todas las mujeres que refirieron estar en situación de calle, mencionaron la intervención policial.

Algunos extractos expresan el entramado de opresiones y vulnerabilidades.

Dalia, 69. Me trajeron porque la casa era chica, ya tenía dos nenes y vivíamos con mis suegros, mi marido me dijo "Vos no entrás" [no cabés], y me trajeron para acá. Yo estuve de acuerdo (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Raquel, 67. Mis papás se murieron. Primero se murió mi mamá, y mi papá me echó. Me quería, pero no podía estar ahí y vine para acá, nadie me podía cuidar (Entrevista realizada el 30/11/2021).

Anabel, 40. Estaba en la calle, estaba pidiendo trabajo, me levantó una patrulla y me trajo para acá. Soy de [nombre del municipio] (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Noemí, 27. Nunca supe por qué me trajeron para acá. Yo vivía en un hogar, me escapé con mi hijo porque no aguantaba más vivir ahí, a mi nene lo llevaron a la Casa Cuna y a mí me llevaron [al hospital] (Entrevista realizada el 6/1/2022).

Las causas vinculadas a transinstitucionalizaciones abarcan casos de mujeres derivadas de otros hospitales subzonales, interzonales o de Agudos. No se obtuvo información acerca de razones de estas derivaciones. En ambos casos, las mujeres no requerían internación de acuerdo a los criterios establecidos por ley, pero según consta en sus historias clínicas, fueron internadas porque no contaban con otros dispositivos y/o ámbito familiar de referencia. Este hallazgo coincide con los resultados de la investigación de Azzarboni y Espíndola (2019), quienes plantean, para el estudio del Hospital Melchor Romero, que la mayoría de las mujeres internadas pasaron parte de su vida internadas allí o en instituciones como hogares de menores, o en situación de calle.

La Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 (Argentina, 2010), en su capítulo VII, considera a las internaciones como recurso terapéutico de carácter restrictivo, que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones y, por ello, debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. A su vez, regula las internaciones involuntarias y las considera un recurso terapéutico excepcional que solo podrá realizarse cuando, a criterio del equipo de salud, mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. De acuerdo a esos estándares legales, las internaciones cursadas por falta de otros dispositivos o por no contar con referentes familiares, no cumplen con los criterios de legalidad que establece la norma, en particular cuando ordena que, en ningún caso, la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer recursos adecuados con organismos públicos competentes.

A pesar de responder a razones contrarias a la ley, la interpretación de los profesionales para determinar la internación de las dos mujeres es variable. En las historias clínicas se consignó:

Estela, 67. Necesidad de internación: no. Permanece por falta de dispositivo (Registro en historia clínica 7/12/2021).

Ana, 66. Necesidad de internación: sí. No cuenta con ámbito familiar receptivo ni referente (Registro en historia clínica 21/12/21).

Una última cuestión se vincula al consentimiento informado brindado al momento de la internación. En sus historias clínicas no se hallaron registros escritos de consentimiento. Y más de la mitad de las mujeres entrevistadas no estuvieron de acuerdo con la internación. Entre otras cuestiones, señalan engaños, no haber sido escuchadas o haber tenido en cuenta su opinión, y exponen una ausencia total de información. Algunas citas que lo expresan son:

Noemí, 27. Nunca quise estar ahí, vivir en ese encierro, me quería morir. Me quería ir con mi hijo, por eso me escapé. Nadie me escuchó nunca hasta que llegó F (Entrevista realizada el 6/1/2022).

Anabel, 40. No estaba de acuerdo, les expliqué que me trajeron por error, yo estaba pidiendo trabajo. Me dijeron que lo mío ya se iba a arreglar, pero todavía estoy esperando. Les dije que no me quería quedar, pero mirá si me iban a escuchar (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Mabel, 49. No, yo no me quería quedar, pero nadie me quiso dar una mano. Me agarró una locura cuando vi que me quedaba acá, que me quise tirar abajo de un auto (Entrevista realizada el 14/12/2021).

Juana, 60. No, no sabía lo que era, nunca me explicaron (Entrevista realizada el 7/12/2021).

Aproximadamente un tercio de las mujeres entrevistadas señaló que estuvo de acuerdo con sus internaciones. El relato más contundente es el de Jacinta:

Jacinta, 34. Sí, yo misma lo pedí. Yo vivía en un Centro de Día, estaba bien. Se llevaron a mis hijos a vivir a [otro país]. No lo soporté, tomé ochenta pastillas. Después de eso yo misma pedí que me trajeran acá (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Por último, una entrevistada mencionó que la internación no le gustaba, pero no pudo referir acerca de su consentimiento.

Estos resultados permiten inteligir que las razones de las internaciones no pueden analizarse en forma aislada; antes bien, la yuxtaposición de motivos crea interseccionalidades con mayor presencia de unos factores por sobre otros, según cada mujer. Sin embargo, aún la contingencia individual arroja sistemáticas, y se ubican múltiples vulnerabilidades que encarnan posiciones interseccionales (Brah, 2011). Los motivos que interseccionan regularmente en las entrevistadas son, entre otros: sufrimiento psíquico (a través de diagnósticos expertos o legos), pobreza, situación de calle, desempleo, migración y ausencia de redes o referentes familiares.

Los datos también arrojan que mayoritariamente las mujeres pueden explicar las razones de su internación y otorgarles sentido, sea en acuerdo o desacuerdo. Por último, las entrevistas a profesionales documentaron causas de internación vinculadas a privaciones del medio social y/o familiar, aunque no enunciaron cuestionamientos, en una naturalización de esta situación.

La medicación psicofarmacológica para las mujeres

La conjunción entre el consumo de psicofármacos y su articulación con los diagnósticos en monovalentes de la provincia de Buenos Aires ya había sido detectada y publicada en un Informe de CELS, el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero y la Comisión Provincial por la Memoria (2017). En el mismo se consignan casos con polimedicación en altas dosis, ausencia de razonabilidad y fundamentación entre criterios diagnósticos y esquemas farmacológicos, mantenimientos de esquemas de medicación por períodos prolongados, entre otras situaciones que desvirtúan el uso de medicación en un tratamiento integral. Un informe previo de CELS (2015b) demostró cómo las falencias de las políticas para el abordaje de personas con discapacidad psicosocial extienden la precariedad en el goce de derechos, incluso, cuando han logrado salir de la institucionalización manicomial. También arrojó que las prestaciones contempladas por los sistemas previsionales (públicos, mixtos y privados) por motivos de discapacidad psicosocial, mantienen un enfoque reactivo, residual, fragmentado y medicalista, orientado a la internación en crisis y la provisión de psicofármacos.

La medicalización en el siglo XXI se desarrolla a expensas de la incorporación de nuevas categorías diagnósticas (Conrad, 2007; 2013; Jutel, 2011), y la biomedicalización se enfoca en la relevancia de la industria farmacéutica transnacional (Clarke *et al.*, 2010; Bell; Figert, 2015). También implica el incremento, en la población general, de la prescripción y consumo de psicofármacos (Graciela Natella, 2008; John Abraham, 2010; Jenkins, 2011). En contexto de encierro psiquiátrico, la prescripción adquiere un sentido particular, trabajado desde el concepto de medicamentación para designar

una predisposición hacia la asistencia que, en el marco de la medicalización de la sociedad, se constituye como una acción terapéutica que reduce la operatoria al síntoma y que se direcciona preferencialmente hacia un abordaje uniterapéutico y mediado por la utilización del fármaco (Bianchi; Faraone, 2018, p. 75).

En esta línea, Natella destaca el manicomio como paradigma de medicalización y productor de prácticas medicalizantes, o medicamentación, toda vez que extralimita su función de aliviar el sufrimiento mental para apropiarse de la totalidad de la vida de la persona sometida a la intervención sanitaria, invalidando otras intervenciones y otros actores para su resolución.

En Argentina, en 2021, la suma de recursos destinados a salud mental representó solo el 1,47% del gasto total de salud, menos del 10% dispuesto en la Ley Nacional de Salud Mental.

Además, gran parte del escaso porcentaje se destinó a financiar instituciones psiquiátricas, en detrimento de propuestas de índole comunitaria y extramuros. Se documentaron elevados niveles de subejecución en actividades clave para avanzar en procesos de desinstitucionalización, y las personas beneficiarias de los programas de externación en hospitales monovalentes constituyen un porcentaje ínfimo en relación al total de personas internadas (Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, 2021).

Volviendo al hospital, la dinámica entre las formas de opresión generadas por prescripción de psicofármacos, los diagnósticos, y los efectos en las mujeres con sufrimiento mental admite un análisis interseccional situado (Brah, 2011), para el que se indagó sobre la medicación psicofarmacológica recibida y la variación –si es que existía alguna– a través de los años.

En primer lugar, once de las quince mujeres manifestaron algún tipo de conocimiento sobre la medicación; el resto no sabe qué toma o no brindó ninguna respuesta. Entre las mujeres con conocimiento sobre la medicación recibida, los datos arrojan que ese conocimiento se expresa de diferentes maneras. Dos mujeres pudieron dar cuenta del principio activo que tomaban en ese momento; mencionaron lorazepam, fluoxetina, olanzapina. El primero está clasificado como benzodiazepina, y es empleado como ansiolítico, amnésico, sedante e hipnótico, anticonvulsivo y relajante muscular. La segunda está clasificada como antidepressivo, también indicado para el trastorno obsesivo–compulsivo, algunos trastornos alimenticios, y ataques de pánico. La tercera está clasificada como antipsicótico atípico, indicado para el tratamiento de la esquizofrenia, episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar, episodios agudos de manía y tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar.

Cuatro mujeres respondieron de acuerdo al efecto terapéutico del principio activo.

Hablaron de “calmantes”, “pastillas para dormir”, o “para estar más tranquila”. Cinco mujeres se refirieron a los fármacos prescritos según la cantidad de pastillas que ingieren y la distribución a lo largo del día, indicando “cuatro a la mañana, una a la tarde, cuatro a la noche”.

Respecto de la variabilidad de los esquemas de medicación recibidos, siete mujeres respondieron que no sabían. Dos refirieron no haber tenido cambios desde hace muchos años, dos comentaron que tuvieron cambios para revertir efectos adversos. Dina expresa al respecto:

Dina 36. No quiero tomar pastillas. No quiero tomar para vivir. Quiero vivir un poco más de mi vida sin tener que estar tan dopada (...). Me la fueron cambiando. Ahora me la dan [solo] en la tarde porque me chorreaba la baba (Entrevista realizada el 21/12/2021).

Sobre su acuerdo con la medicación recibida, cinco dijeron estar de acuerdo, situando razones vinculadas a sentirse mejor, a no sufrir dolores físicos, sea de piernas o estómago. Tres mujeres no respondi-

ron a la pregunta. Y dos dijeron no estar de acuerdo con la medicación porque les ocasiona problemas que antes no tenían: temblores, olvidos, dolores físicos, malestares gastrointestinales, e incluso sentirse “muy dopada”.

La medicación psicofarmacológica para los profesionales

A este respecto, se distinguen dos tipos de respuestas en similar proporción. Un grupo señala que en los últimos dos o tres años, la medicación indicada a las mujeres comenzó a revisarse, y que uno de los motivos fue la creación, en 2017, de un Comité sobre Uso de Psicofármacos en los Abordajes Terapéuticos Interdisciplinarios (Cupati). Ese Comité generó que los equipos estén más atentos y que puedan compartir dudas o situaciones que requieren ser revisadas pero que antes estaban naturalizadas. Así lo expresan:

Mónica, acompañante terapéutica. Algo se empezó a mover desde la creación del Cupati. Cuando empiezan a reducirles la medicación es algo fuertísimo, en tres meses empiezan a verse los cambios, tienen mayor autonomía, me llaman por mi nombre, hay una señora que, de estar en un rincón babeando, ahora va y viene con la silla de ruedas. Ver esos resultados es emocionante, antes a las dos y media de la tarde ya estaban todas durmiendo, se babeaban, no podían cerrar la boca; todo eso no era por el diagnóstico, era por la medicación. Eso tiene más posibilidades de cambio, ahora nadie podría hacerse el desentendido, sabemos que son cosas que no pueden pasar (Entrevista realizada el 17/3/2022).

El otro grupo reflejó que los esquemas de medicación rara vez se revisan, que en el caso en que esto ocurre no es parte integral de una práctica de los equipos, sino que se trata de situaciones excepcionales. Y que cuando se revisa algún caso es por la aparición de algún síntoma negativo para la persona. Lo expresan de la siguiente manera:

Florencia, psicóloga. Están con los esquemas en modo automático hace años. A veces se revisa algo, cuando el equipo observa algo, y le lleva la duda al psiquiatra. Pero no hay muchos perfiles de la disciplina psiquiátrica, es difícil.

Mariana, acompañante terapéutica. Salvo algunos casos puntuales, los esquemas no se revén. O se revisan cosas mínimas. La medicación más dura se mantiene casi intacta (Entrevista realizada el 29/3/2022).

Esta polarización de las respuestas puede articularse con factores múltiples. Por un lado, el Cupati tuvo como finalidad interpelar un aspecto instituido en el hospital: la prescripción generalizada de medicación psicofarmacológica. La disposición administrativa de creación de este dispositivo, le confiere funciones de elaboración de lineamientos técnico/institucionales para definir el uso de la medicación desde un abordaje interdisciplinario; de análisis de planes de medicación y de realización de actividades de incidencia y promoción para que los equipos tratantes revean periódicamente el ajuste de los esquemas terapéuticos asignados a cada usuario según sus necesidades y estándares legales vigentes; conformación de un espacio de debate multisectorial y permanente que problematice los usos de la medicación en contextos manicomiales; generación de instancias de capacitación para trabajadores del Hospital, y cumplimiento de tareas de consultoría para casos específicos.

Sin embargo, el funcionamiento de este Comité no logró sostener la frecuencia planteada para realizar reuniones, y tampoco alcanzó los objetivos previstos en su creación.

Otra razón para estas respuestas antagónicas se asocia a la mixtura y heterogeneidad identificada durante la investigación, en cuanto a formación, posicionamiento ético-político, disponibilidad para modificar prácticas acordes a mandatos legales vigentes y recursos humanos disponibles, y a las complejidades que plantean los casos. En esa mixtura, los cambios en el suministro de medicación psicofarmacológica, se producen aún, en forma aleatoria. A su vez, no surge que la medicación sea una práctica para intervenir desde la interdisciplina, sino que se mantiene como competencia exclusiva del campo de la psiquiatría.

Diagnósticos y sus modificaciones en las historias clínicas

Además de la importancia que deriva de la definición de una clasificación diagnóstica en un servicio médico o psiquiátrico, Rose (2020) alerta acerca de otro componente que se pone en juego al diagnosticar: las ideas sobre la normalidad y la patología que tienen las personas que reciben un diagnóstico, sus familias, vecinos, empleadores, entre otros actores sociales a los que se pueden sumar docentes, medios de comunicación y fuerzas policiales.

Rose hace notar que estas ideas varían ampliamente en cada país y entre países, no solo como consecuencia de la diversidad de sistemas de atención en salud mental, y la diferente disponibilidad de profesionales debidamente formados, sino también por factores como la edad, la etnicidad y la clase social, a los que, en línea con una perspectiva interseccional, puede sumarse al género. Por último, menciona las creencias sociales y culturales imperantes sobre la naturaleza de la condición y la eficacia de las diversas formas de intervención. Sin embargo, la psiquiatría y los sistemas de clasificación psiquiátrica tienen un lugar específico en la comprensión y configuración de la propia normalidad, por la autoridad que ejercen como saberes, por la capacidad de establecer o retirar un diagnóstico o indicar una terapéutica, y lo que estos implican en términos de gestiones adentro y afuera de las instituciones médicas.

Con relación a los diagnósticos consignados por los profesionales tratantes, del análisis de las historias clínicas emerge la utilización de diversas formas clínicas y diagnósticas para explicar los cuadros de las mujeres: una con retraso mental leve; otra con el mismo diagnóstico, luego modificado a retraso mental moderado; una con diagnóstico de aislamiento; y una con trastorno de personalidad emocionalmente inestable. En tres casos no constan diagnósticos, sino descripciones de conductas y/o comportamientos: conducta desorganizada, vestimenta harapienta, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución. Dos mujeres tienen diagnóstico de esquizofrenia residual, y otras dos, de esquizofrenia paranoide. Cuatro mujeres no registran diagnósticos. En ningún caso estos diagnósticos fueron revisados, según consta, y considerando que, en algunos casos, las mujeres han estado más de cuarenta años en contexto de internación psiquiátrica.

La primera cuestión acerca de estos resultados es su congruencia con estudios que han documentado la superposición y ausencia de unificación clasificatoria en los registros de problemáticas de salud mental en Argentina (Flavia Torricelli; Alejandra Barcala, 2004).

Las nociones consignadas en las historias clínicas expresan cuestiones de distinto tipo: signos, síntomas, síndromes, conductas, descripciones físicas, hábitos, gustos, y modalidades de comportamiento, descritos en forma laxa y aislada del contexto social e histórico de cada mujer. También se advierte el empleo de categorías de diferentes manuales y corrientes de psiquiatría. Se documentó, incluso, la referencia al ejercicio de la prostitución, en la sección de las historias clínicas donde se consignan las referencias diagnósticas.

La multiplicidad de nociones documentadas en secciones destinadas a consignar diagnósticos en las historias clínicas, además de corresponderse con diferentes criterios y ordenadores clínicos, también reflejan al interior de cada categoría lo que Caponi (2009) denomina fragilidad epistemológica, y vincula a la ambigüedad clasificatoria, la limitada capacidad predictiva y la correlación con factores no clínicos. Siguiendo estas reflexiones, casi cualquier condición considerada como observable, podría constituir sino un diagnóstico, una mención que defina, o al menos contribuya a establecer la salud mental de las mujeres.

Otro vector de análisis es la situación de dos mujeres con diagnóstico de discapacidad intelectual, en un caso el retraso mental leve; y la rectificación del subtipo leve al subtipo moderado, en otro. Surge aquí otro factor interseccional a considerar: la utilización de categorías clínicas que encubren privaciones del medio social, cultural y familiar. A los ya mencionados factores asociados a la pobreza, se añade este hallazgo, que podría considerarse una forma de patologización de ciertos entramados sociales desfavorables.

Diagnósticos y sus modificaciones según los profesionales

Por otra parte, las respuestas de los profesionales manifiestan dos conjuntos de opiniones diferentes, que se corresponden con dos tipos de servicios de internación. Algunos profesionales del Servicio de Sub Agudos informan que la revisión de diagnósticos es una práctica permanente, y que para ello se utilizan dispositivos específicos, como ateneos de casos. Otro grupo de profesionales, que se desempeña en los Servicios de Rehabilitación es tajante en afirmar, que la revisión de diagnósticos no constituye una práctica dentro de los equipos y que cuando hay alguna reflexión al respecto, está íntimamente relacionada con no poder aumentar más las dosis de la medicación. Esta dinámica es problematizada por Peter Götzsche (2022) quien señala la relación de mutua determinación que existe entre el diagnóstico y la medicación psicofarmacológica suministrada: si los síntomas no ceden, se aumenta al máximo la dosis de la medicación; pero si no se revierten, se modifica el diagnóstico, aun desconociendo qué parte de esas nuevas conformaciones clínicas pueden ser resultante de la propia medicación.

En las citas a continuación, puede advertirse este mutuo determinismo:

Cecilia, trabajadora social. Todo el tiempo trabajamos con la revisión de los diagnósticos, se ponen en cuestión, hacemos presentación en ateneo como una forma de revisión. También faltan recursos para hacer estudios complementarios, para ver si no hay cuestiones solapadas (Entrevista realizada el 11/1/2022).

Florencia, psicóloga. Nunca se revisan los diagnósticos, se los piensa como cuadros irreversibles. ¿Qué puede haber de una esquizofrenia treinta años después de vivir en el manicomio? Lo que se ven son las secuelas del manicomio (Entrevista realizada el 29/3/2022).

Natalia, trabajadora social. Para empezar, hay diferentes criterios; tenés las categorías de los años '70, las que se usan en los certificados de discapacidad, las de los manuales de psiquiatría. Pero en Rehabilitación nunca vi un cambio. A veces se preguntan por los diagnósticos cuando están al máximo de la medicación y no se ven cambios (Entrevista realizada el 14/3/2022).

También se consultó a los profesionales respecto de la relación –si podían identificar alguna–, entre motivos de internación/externación de las mujeres y estereotipos de género vinculados a roles, conductas y comportamientos. Algunos pasajes de sus respuestas:

Sofía, trabajadora social. Siempre hay cuestiones mezcladas entre los ingresos y los estereotipos. Por ejemplo, recuerdo una entrevista en la que le hacían muchas preguntas sobre cómo cuida a los hijos, si los cuidaba bien. El marido diciendo que no cuidaba bien a los chicos. Por supuesto quedó internada. Es difícil escuchar una entrevista de mujeres donde no escuches si cuida a los hijos, si les da la teta, si limpia la casa. Y también vi situaciones donde el alta va de la mano de que la mujer pueda volver a hacer ese tipo de cosas. A los varones jamás se les pregunta eso. Recuerdo un caso de una chica con problemáticas de salud mental a consecuencia de los abusos del padre, situación que no se trabajaba porque no se la pudo escuchar desde esa perspectiva. Estuvo internada sesenta años y eso se descubrió hace poco. Las mujeres terminan peor, por las situaciones de roles asignados en el ámbito privado, más las situaciones de violencia, sumados al desamparo estatal, hace que el camino las lleve al hospital psiquiátrico (Entrevista realizada el 20/1/2022).

Patricia, acompañante terapéutica. La sobrecarga de labores sobre todo de cuidado, la exigencia de ser buena madre, atender las tareas del hogar y la confluencia de diferentes modos de desigualdad profundiza los motivos por los que las mujeres caen en la guardia (Entrevista realizada el 24/1/2022).

Esteban, psiquiatra. Es bastante común que aparezca en forma de reproche por parte de la familia, tipo 'no la aguanto más'. Cuando te ponés a explorar por los tiempos previos, aparecen todas las tareas que dejó de hacer, dejó de cuidar a los hijos, no se ocupó más de la casa, dejó de trabajar. Pero también hay mucha pobreza, y si alguien tiene que cuidar a esa mujer que antes era quien cuidaba, o a los hijos, ese día no trabaja y no se come. La loca jode. Siempre hay una idea de que está simulando o exagerando. Hasta los profesionales de la salud piensan así, la pregunta típica es '¿estará queriendo manipular a alguien?', ¿habrá hecho esto para internarse?'. Aparecen cuestionamientos sobre lo genuino del sufrimiento mental y la crisis (Entrevista realizada el 3/6/2022).

Cecilia, trabajadora social. Se ve mucho en las mujeres con una patología y problemas de consumo. Tanto cuando ingresan como cuando vuelven, porque te piden que no la mandemos tan empastillada por-

que no puede cuidar al bebé, cuando son casos tan graves que no pueden estar sin medicación. Cuando llegan no tienen nada, tienen la trama toda rota. Es muy evidente eso de haber defraudado todo lo que se esperaba (Entrevista realizada el 11/1/2022).

Ramiro, acompañante terapéutico. Una señora que se estaba por externar, apareció la familia después de veinte años, para decir que tenía que volver a la casa a cuidar al marido que se había enfermado y a los nietos. Y usar la pensión. Eso se ve mucho (Entrevista realizada el 14/1/2022).

Natalia, trabajadora social. Siempre hay cuestiones vinculadas a los roles, la crianza, los afectos, el modo de gestión de todo eso. A la guardia llegó una señora con un intento de suicidio, y le preguntaron con mucha insistencia si estaba pudiendo ocuparse de los hijos, si podía maternar, cómo ejercía la maternidad, dónde estaba el niño, quién lo estaba cuidando, y cómo iba a volver a la casa. El mismo día entró un chico con un intento de suicidio, también tenía hijos, el episodio había sido con los chicos en la casa incluso, pero nunca se le preguntó por el rol paterno, si lo podía ejercer y cómo. Todo el mundo entendió que tenía compañera y que ella se iba a ocupar de los niños. A los varones no se les indaga nada sobre su cotidiano. A las mujeres se indaga muy en profundidad (Entrevista realizada el 14/3/2022).

Lucía, trabajadora social. Los roles maternos marcan el padecimiento. Y se genera una contradicción, “me interno para estar bien por mis hijos”, y “me tengo que ir porque tengo que ir a cuidar a mis hijos” (Entrevista realizada el 11/4/2022).

Excepto dos profesionales, todos identificaron factores interseccionales explícitos, mayormente relacionados con roles de cuidado de hijos. Este rol incide en la internación y la externación, pues en general, la existencia de hijos y el supuesto de haber fallado en el rol materno, es, según los profesionales, la razón para internarse, pero también para salir en el tiempo más corto posible y en condiciones de salud estables, para regresar al hogar y retomar los roles de cuidado. La maternidad como factor específico que incide en el circuito tanto de ingreso como de egreso de una internación psiquiátrica ha sido documentado también por Yoma, Buhlman y Burijovich (2021) quienes destacan tres aspectos relevantes. El primero es que la internación pone en evidencia el lugar de la mujer como cuidadora, y el segundo es que estas interseccionalidades mujer–usuario del hospital monovalente–madre, exponen la ausencia de políticas integrales e intersectoriales con perspectiva de género que contemplen estos entrecruzamientos. El tercero, también documentado en este artículo, es la pérdida de las tenencias y vínculos con los hijos.

El distanciamiento de roles de cuidado también se expresa como reproches de las familias, fundamentalmente cuando, a causa de una crisis, las mujeres no pueden sostener esa actividad. También se verifica que cuando su situación de salud mental mejora, las propias familias exigen que regresen a sus hogares para retomar esas tareas. Esta exigencia se produce, incluso, después de largos períodos de internación, para que cuiden familiares, no solo hijos.

Entre los roles de cuidado también incluyen cuidado del hogar, actividades en la casa y tareas de limpieza. Algunas dimensiones del reproche familiar se asocian a que, durante las crisis en su salud mental, las mujeres abandonan empleos, profundizando situaciones económicas adversas.

Para Pilar Carrasquer Oto (2009), la mujer tiene una doble presencia, pues desarrolla no solo la jornada laboral, sino también multiplicidad de tareas hogareñas como trabajo no remunerado.

El hecho de que las mujeres sean las principales encargadas de las prácticas del cuidado y del trabajo doméstico no remunerado en su hogar resulta un condicionante para que realicen un trabajo remunerado fuera de él (Natalia Gherardi, Laura Pautassi; Carla Zibecchi, 2012), a lo que se suma que quedar a cargo de las personas del núcleo familiar necesitadas de cuidado, permite a otras integrantes desarrollar actividades extra hogareñas. Todo este entramado se resiente cuando la mujer queda internada en el hospital y mientras dure la internación.

Otro aspecto a resaltar es la credibilidad del sufrimiento mental. Rasgos como la exageración, la manipulación, y los intereses encubiertos, forman parte de supuestos de algunas familias e, incluso, de equipos profesionales. Eso lleva, principalmente a las familias, a desplegar actitudes de escasa tolerancia y no aceptación del padecimiento.

Miranda Fricker (2017) analizó las prácticas epistémicas desde una perspectiva de sujetos situados y acuñó el concepto injusticia epistémica, que desdobra en injusticia testimonial (que implica que las personas que escuchan las denuncias atribuyen menor nivel de veracidad por la identidad de quien la relata) e injusticia hermenéutica (porque no es posible hacer comprender conceptualmente a quien escucha la denuncia lo que se está denunciando). Yoma, Buhlman y Burijovich (2021) retoman esta noción para argumentar acerca del déficit de credibilidad que sufren las mujeres internadas en monovalentes en Córdoba que denuncian maltratos y vulneraciones de derechos, y documentan situaciones de precarización y cuestionamiento de las denuncias, que pueden homologarse a las registradas en el presente artículo.

Otros resultados de esta investigación se expresan en la guardia, en las entrevistas de admisión. Allí es frecuente la indagación acerca de sus hijos; con quién están en ese momento, al cuidado de quién; si son lo suficientemente cuidadas por ellas; si están escolarizadas; si les han aplicado el calendario de vacunación correspondiente a la edad, etc. En las entrevistas de admisión a los varones rara vez ésta constituye una dimensión a explorar, ya que se asume que, en la red familiar y social de ese varón, otras mujeres pueden efectuar los cuidados.

Conclusiones

Los ejes trabajados permiten arribar a las siguientes conclusiones. En primer lugar, existe una nítida relación entre motivos de internación de las mujeres entrevistadas y algunos roles, comportamientos y conductas atribuibles al género mujer, de acuerdo a ciertos entramados heterocispatriarcales. Entre ellos, el rol de cuidado, en particular, el rol materno y el reproche de no haber sido una “buena madre” que se expresa con mayor insistencia dentro de los motivos de internación. Se confirma así, la existencia de un estereotipo asociado a la obligatoriedad de toda mujer de maternar de acuerdo a ciertos criterios establecidos como valiosos, en una consideración natural y no cultural, social, familiar ni histórica de la maternidad.

Este corrimiento de lo esperable genera un reproche tanto en el ámbito familiar como en las propias mujeres, constituyendo una fuente de malestar y sufrimiento psíquico que, en algunos casos, determina la propia existencia y argumenta ideas suicidas. Surgen allí categorías como loca, drogadicta, prostituta que, entre otras respuestas, justifican el encierro institucional.

Una vez allí, las mujeres reciben diagnósticos que perduran sin modificación a lo largo de los años, e incluso de por vida. Los diagnósticos responden simultáneamente a diferentes criterios nosológicos, e incluso no dan cuenta exclusivamente de formas clínicas, sino de hábitos, modos de vivir o de vestir. Se revisan excepcionalmente, en particular, en el Servicio Sub Agudo, pero no es práctica en los Servicios de Rehabilitación o Larga Estancia. Esa revisión, se produce luego de que la mujer haya recibido las dosis más elevadas de psicofármacos, y no haya manifestado modificaciones esperables en su conducta. Se encontraron también diagnósticos leves vinculados a carencias del medio social, lo que podría constituir una respuesta patologizante de la pobreza y la exclusión social.

La relación entre diagnósticos y esquemas de medicación es estrecha y está sometida a mutuas determinaciones, pero en ningún caso se documentaron prácticas de revisión periódica de casos pese a la creación del Comité intersectorial específico. También se halló que la intervención predominante es la medicación, que implica un abordaje uniterapéutico y sustraído de toda la terapéutica integral o con perspectiva interdisciplinaria.

La ausencia de consentimiento informado se refleja en forma palmaria. En la revisión de historias clínicas rara vez se constató. En los casos en los que se encontró, el formulario utilizado fue tanto el vigente como el anterior, formalmente en desuso. Además, resultaba incompleto en sus diferentes secciones.

La desvalorización de la palabra de las mujeres adquiere diversos matices y llega incluso, al descreimiento del sufrimiento psíquico, bajo figuras como la exageración, la simulación, o un presumible interés adicional encubierto. Esta desvalorización se verifica tanto en las familias como en algunos equipos profesionales.

Por último, coincidimos con Yoma, Buhlman y Burijovich en que el manicomio magnifica las relaciones de poder, desiguales y asimétricas, y con este artículo, aspiramos a contribuir a la visibilización de las vulneraciones y violencias ejercidas sobre éstas y otras mujeres CIS internadas en hospitales monovalentes, que implican violaciones a sus derechos fundamentales.

BIANCHI, E. Y SABIN PAZ, M. (2023, abril). *Diagnósticos, fármacos y mujeres internadas en un hospital neuropsiquiátrico* [en línea]. Brasil: *Revista Estudos Feministas*. Consultado el 9 de agosto de 2023 en <<https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193063>>.

Referencias bibliográficas

- ABRAHAM, J. (2010). *Pharmaceuticalization of society in context: Theoretical, empirical and Health Dimensions*. *Sociology*, 44 (4), 603–622.
- ANNANDALE, E.; HAMMARSTRÖM, A. (2015). *A New Biopolitics of Gender and Health? “Genderspecific Medicine” and Pharmaceuticalization in the Twenty–First Century*. En: Bell, Susan; Figert, Anne. *Reimagining (Bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements* (pp. 41–55). New York: Routledge.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Ciudad de Buenos Aires: Honorable Congreso de la Nación Argentina.
- ASOCIACIÓN CIVIL POR LA IGUALDAD Y LA JUSTICIA (ACIJ) (2021). *Salud mental: recursos insuficientes y concentrados en el manicomio*. ACIJ [en línea]. Consultado el 29 de enero de 2022 en <<https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2021/05/Informe-presupuesto-y-salud-mental-2021-pdf.pdf>>.
- AZZERBONI, C.; ESPÍNDOLA, N. (2019). *Patriarcado y encierro manicomial. La negación de la sexualidad y del derecho a materner de las “locas”*. En: Oliveira Pereira, Melissa; Gouveia Passos, Rachel (Orgs.). *Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências* (pp. 44–67). Río de Janeiro: Editora Autografia.
- BELL, S; FIGERT, A. (2010). *Gender and the Medicalization of Healthcare*. En: Ellen Kuhlmann y Ellen Annandale. *Handbook of Gender and Healthcare* (pp. 107–122). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- BELL, S.; FIGERT, A. (2015). *Reimagining (Bio)medicalization, pharmaceuticals and genetics. Old critiques and new engagements*. New York: Routledge.
- BIANCHI, E. (2022). *La construcción social del conocimiento médico. Tecnologías, diagnósticos y fármacos*. En: Grau I. Muñoz, Arantxa; Faus Bertomeu, Aina. *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica* (pp. 123–160). Valencia: Tirant Lo Blanch Humanidades.
- BIANCHI, E; FARAONE, S. (2018). *Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales*. En: Faraone, Silvia, Bianchi, Eugenia. *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina* (pp. 61–92). Buenos Aires: Teseo.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. (2021). *La biomedicalización de las vidas de las mujeres: una revisión de sus dimensiones desde las publicaciones en español*. *Revista Internacional de Sociología*, 79 (2), 2–13.
- BRAH, A. (2011). *Cartografías de la diáspora. Identidades en cuestión*. Madrid: Traficantes de sueños.
- BRINKMANN, S. (2016). *Diagnostic cultures. A cultural approach to the Pathologization of Modern Life*. London & New York: Routledge.
- BUTLER, J. (1997). *Mecanismos psíquicos de poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- CAPONI, S. (2009). *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. *Revista Interface - Comunic.*, Saúde, Educ., 13 (29), 327–38.
- CAPONI, S. (2021). *Keep Her Calm. La gestión psicofarmacológica de la feminidad (1950-1960)*. En: Abreu, Claudio; Bernabé, Federico; Caponi, Sandra; Oliva, Alberto (Eds). *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica. Volumen II. Ciencia, género(s) y feminismo(s)* (pp. 215–237). Buenos Aires: Asociación de filosofía e historia de la ciencia del Cono Sur (AFHIC).
- CAPONI, S. (2019b). *Scientia Sexualis. El lugar de la mujer en la historia de la psiquiatría*. En: Miranda Marisa (comp.) *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 19–48). La Plata: Eulp, 2019b.

CAPONI, S. (2019a). *Uma Sala Tranquila. Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença*. São Paulo: LiberArs.

CARRASQUER OTO, P. (2009). *La doble presencia. El trabajo y el empleo femenino en las sociedades contemporáneas* [Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona]. <https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-0406110-52629/pco1de1.pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2015a). *Cruzar el muro*. [en línea]. <http://www.cels.org.ar/especiales/cruzarelmuro/#prologo>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2017). *La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero"*. [en línea]. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/la-situacion-de-las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico-dr-alejand-ro-kornmelchor-romero/>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2018). *Las mujeres en el hospital psiquiátrico*. [en línea]. <https://www.cels.org.ar/web/2018/03/las-mujeres-en-el-hospital-psiquiatrico>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2015b). *Un informe sobre derechos humanos y Salud Mental en Argentina*. [en línea]. <http://www.cels.org.ar/especiales/informe-anual-2015/wp-content/uploads/2015/05/12-El-desaf%C3%83%C2%ADo-de-implementar-la-Ley-Nacionalde-Salud-Mental.pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*. [en línea]. http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf.

CLARKE, A.; MAMO, L.; FOSKET, J.; FISHMAN, J.; SHIM, J. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* Durham & London: Duke University Press.

CLARKE, A.; SHIM, J. (2011). *Medicalization and biomedicalization Revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine*. En: Pescosolido, Bernice; Martin, Jack; MC Leod, Jane. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing. A Blueprint for the 21st Century* (pp. 173–195). New York: Springer.

CLIMENT CLEMENTE, M. (2018). *Interseccionalidad en Salud Mental*. En: Climent Clemente M^a Teresa Y Carmona Osorio Marta (Coords.) *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 249–271). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

CONRAD, P. (2013). *Medicalization: Changing contours, characteristics, and contexts*. En: Cockerham, William (Ed.), *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory* (pp. 195–214). New York, Springer.

CONRAD, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

FEDERICI, S. (2011). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.

FERNÁNDEZ, A. M. (1994). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

FISHMAN, J. (2004). *Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction*. *Social Studies of Science*, 34 (2), 187–218.

FLICK, U. (2015). *El diseño de la investigación cualitativa*. Madrid, Morata Ediciones.

FOSKET, J. (2010). *Breast Cancer Risk as disease. Biomedicalizing Risk*. En: Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer; Shim, Janet (Eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* (pp. 331–352). Durham–London: Duke University Press.

- FRICKER, M. (2017). *Injusticia epistémica. Poder y la ética del conocimiento*. Buenos Aires: Herder.
- GHERARDI, N.; PAUTASSI, L.; ZIBECCHI, C. (2012) *De eso no se habla: el cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado*. Buenos Aires: ELA.
- GØTZSCHE, P. (2022). *Critical psychiatry textbook*. Denmark: Institute for Scientific Freedom.
- GRAU I. MUÑOZ, A; FAUS BERTOMEU, A. (2022). *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*. Valencia: Tirant Humanidades.
- GREENSLIT, N. (2015). *Depression and Consumption: Psychopharmaceuticals, Branding, and New Identity Practices*. En: Sismondo, Sergio y Greene, Jeremy. *The pharmaceutical studies reader* (pp. 70–86). West Sussex: Wiley Blackwell.
- HARAWAY, D. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women*. London: Routledge.
- HARDING, S. (1986). *Ciencia y Feminismo*. Madrid: Morata.
- JENKINS, J. (2011). *Psychopharmaceutical Self and Imaginary in the social field of Psychiatric Treatment*. En: Jenkins, Janis (Ed.) *Pharmaceutical Self. The Global Shaping of Experience in an Age of Psychopharmacology* (pp. 17–40). Santa Fe: SAR Press.
- JONES, D.; MANZELLI, H.; PECHENY, M. (2007). *La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C*. En: Kornblit, Ana Lía (Coord.) *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales. Modelos y procedimientos de análisis* (pp. 47–76). Buenos Aires: Biblos.
- JUTEL, A. M. (2015). *Beyond The Sociology of Diagnosis*. *Sociology Compass*, 9 (9), 841–852.
- JUTEL, A. M. (2011). *Putting a name to it. Diagnosis in Contemporary Society*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- KORNBLIT, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- LUPTON, D. (2012). *Medicine as culture: illness, disease and the body*. New York: Sage.
- MARRADI, A.; ARCHENTI, N.; PIOVANI, J. I. (2007). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Planeta.
- MC GANN, P.J. (2011). *Troubling Diagnoses*. En: Mc Gann, P.J.; Hutson, David. *Sociology of Diagnosis* (pp. 331–362). United Kingdom: Emerald.
- MENDIZÁBAL, N. (2006) *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En: Vasilachis de Gialdino, Irene (Coord.). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 65–106). España: Gedisa Editorial.
- MIRANDA, M. (2011). *Controlar lo incontrolable. Una historia de la sexualidad en Argentina*. Argentina: Biblos.
- MIRANDA, M. (2019). *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental*. La Plata: Edulp.
- NATELLA, G. (2008). *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental*. En: Cannellotto, Adrián; Luchtenberg, Erwin (Coord.) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* [en línea]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf
- OAKLEY, A. (1993). *Essays on Women, Medicine and Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

- OAKLEY, A. (1972). *Sex, Gender and Society*. New York–London: Routledge.
- PITA, V. (2012). *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres dementes*. Buenos Aires. 1852–1890. Rosario: Prohistoria.
- RISKA, E. (2010). *Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories*. En: Clarke, Adele; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer; Fishman, Jennifer; Shim, Janet. *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S* (pp. 147–170). Durham y London: Duke University Press.
- RISKA, E. (2003). *Gendering the medicalization thesis*. *Gender Perspectives on Health and Medicine*, (7), 59–87.
- ROSE, N. (2007). *Beyond Medicalization*. *The Lancet*, 9562 (369), 700–702.
- ROSE, N. (2020). *Nuestro futuro psiquiátrico. Las políticas de la salud mental*. Madrid: Morata.
- SY, A. (2018). *Mujeres, migrantes y “locas”. Trayectorias de internación psiquiátrica entre 1895 y 1940 en Argentina*. *Trayectorias Humanas Trascontinentales* n° 3. *Mujeres y confinamiento en instituciones totales* [en línea]. <http://www.unilim.fr/trahs>.
- SY, A.; NASZEWSKI, M.; PIERRI, C.; BARRIO, A. L. (2020). *Historias locas. Internaciones psiquiátricas durante el siglo XX*. Buenos Aires: Teseo.
- TORRICELLI, F.; BARCALA, A. (2004). *Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la ciudad de Buenos Aires*. *Vertex Revista de Psiquiatría y Neurociencias*, 15 (55), 10–22.
- VALERO, A. S.; FARAONE, S. (2019). *Las capas de la violencia: intersecciones entre salud mental y género en el camino hacia la internación. Experiencias de investigación etnográfica en provincia de Buenos Aires*. En: Miranda, Marisa. *Las locas. Miradas interdisciplinarias sobre género y salud mental* (pp. 183–208). La Plata: Edulp.
- VALLES, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, Síntesis.
- VIVEROS, M. (2021). *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación*.
- Servicio Informativo Ecuménico y Popular [en línea]. <https://ecumenico.org/lainterseccionalidad-una-aproximacion-situada-a-la-dominacion-mara-viveros-2016>
- YOMA, S.; BUHLMAN, S.; BURIJOVICH, J. (2021). *Aún no estamos todas... a algunas no nos ven. Las mujeres en los hospitales psiquiátricos*. En: Herrera, Marisa; Fernández, Silvia; de La Torre, Natalia (Dir.). *Políticas públicas y multidisciplinas. Tratado de géneros, derechos y justicia* (pp. 151–166). Buenos Aires: Rubinzal Culzoni.