

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. Sus visiones de la internación.**

María Cecilia Tamburrino.

Cita:

María Cecilia Tamburrino (2009). *Institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. Sus visiones de la internación. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1553>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Institucionalización de personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires**

## **Sus visiones de la internación**

*María Cecilia Tamburrino*

*Becaria doctoral CONICET, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.*

*cecilia.tamburrino@gmail.com*

## **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo tiene por objetivo presentar algunos avances de una investigación en curso que gira en torno de los procesos de institucionalización de personas con diagnóstico de “retraso mental” en un hospital psiquiátrico del Área Metropolitana de Buenos Aires.

La discapacidad intelectual es un objeto poco explorado por la ciencia social en Argentina. Salvo contadas excepciones (Balzano y Blache 2006, Balzano 2007, Lentini 2007, Seda 2006, Barrionuevo 2005) son escasas las producciones sociológicas y antropológicas, particularmente las investigaciones empíricas con enfoques socio-culturales o que recojan la perspectiva de las propias personas con discapacidad intelectual.

Actualmente, la mayoría de los investigadores del área señalan la importancia de incluir las perspectivas de las personas con discapacidad intelectual en los procesos de investigación social, en particular, si se adopta una perspectiva de derechos. El no incluir sus visiones y experiencias –en

general, con el argumento de que no pueden expresarse de manera verbal, o no lo hacen de la misma forma que otras personas-, significa perpetuar y reproducir la violencia y las desigualdades del orden social, al contribuir a la opresión de sujetos ya de por sí oprimidos (Owens 2007). También se afirma que el excluirlos de los procesos de investigación contribuye a mantener ocultas y desconocidas las condiciones en que desarrollan sus vidas y tratamientos. Por estas razones, en la investigación y en la presente ponencia intentamos contribuir a llenar los vacíos de estas investigaciones y prestar especial atención a las narraciones, experiencias y perspectivas de los sujetos con discapacidad intelectual.

En esta ponencia entonces me propongo documentar y analizar las visiones y opiniones de personas con diagnóstico de “retraso mental” que se encuentran internadas en un hospital psiquiátrico. Las categorías bajo estudio son: ingreso al hospital, razones de internación y permanencia, el diagnóstico y dinámicas de vida cotidiana.

## **METODOLOGÍA**

Desde una perspectiva etnográfica, y en un marco de observación participante, desde marzo de 2007 estoy llevando a cabo el trabajo de campo en un hospital psiquiátrico para varones ubicado en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La población de estudio está conformada por personas adultas con diagnóstico de “retraso mental” que se encuentran internadas en la institución. Se trabaja con un total de dieciocho pacientes, cuya edad promedio es de 43 años (el más joven con 23 y el mayor con 71 años) y registran una media de veinte años de internación: los años de ingreso oscilan entre 1963 y 2000. El análisis de este trabajo se llevará a cabo con notas de campo de la observación participante, entrevistas a pacientes y profesionales.

## **LLEGADA AL HOSPITAL**

En las conversaciones y entrevistas realizadas, los pacientes señalan similares situaciones para explicar los motivos de sus internaciones. En todos los casos, el detonante de la internación es una situación conflictiva o problemática en la casa o en la vía pública, tal como peleas, golpes, romper cosas, es decir, episodios de violencia o comportamiento fuera del habitual; o bien un ataque de epilepsia fuerte. Frente a estos acontecimientos, algunos llegaron por medio de una internación judicial y traídos por la policía, otros sin intervención judicial ni policial pero traídos por familiares.

*Entrevistadora: ¿Cómo fue que llegaste acá al hospital? ¿Te acordás?*

*Paciente: ¿Yo?*

*Entrevistadora: Sí.*

*Paciente: Una descompensación me agarró*

*Entrevistadora: ¿Una descompensación? ¿Y dónde estabas?*

*Paciente: En mi casa.*

*Entrevistadora: ¿Y cómo fue la descompensación?*

*Paciente: Me agarré... me agarró ganas de pegar...*

*Entrevistadora: ¿Te agarraron ganas de pegarle a alguien?*

*Paciente: A mi familia.*

*Entrevistadora: ¿A tu familia?*

*Paciente: Sí.*

*Entrevistadora: ¿Y les pegaste?*

*Paciente: Sí.*

*Entrevistadora: ¿Sí? ¿A quién le pegaste?*

*Paciente: Primero pegué a mi papá y alguien más.*

*(Paciente varón, 53 años, 12 de internación)*

*Paciente: Porque grité en casa, porque quise golpear con papá en casa... y eso no se hace.*

*(Paciente varón, 58 años, 32 de internación)*

*Entrevistadora: Y... ¿por qué viniste acá?*

*Paciente: Porque rompía todo mi casa*

*Entrevistadora: Rompías toda tu casa*

*Paciente: Mi casa*

*(Paciente varón, 37 años, 6 de internación)*

La internación de los pacientes entrevistados no ha sido voluntaria y ninguno se auto-internó. Todos los pacientes refieren que fueron traídos al hospital, ya sea por la policía, por una ambulancia o por un familiar.

*Entrevistadora: ¿Cómo llegaste, llamaron a la policía, una ambulancia, qué hicieron?*

*Paciente: La policía y la ambulancia (Risa leve)*

*Entrevistadora: ¿Todos?*

*Paciente: Mm...*

*Entrevistadora: ¿Y qué hicieron?*

*Paciente: Me agarró mi papá y mi tío y me inyectó un enfermero*

*Entrevistadora: Te inyectó el enfermero. ¿Y esa inyección qué te hizo? ¿Te durmió o qué?*

*Paciente: Un calmante me dieron.*

*Entrevistadora: Un calmante. Y ahí te subieron y te llevaron a...*

*Paciente: Derecho a... acá...*

(Paciente varón, 34 años, 12 de internación)

*Paciente: Un día vino la policía a mi casa*

*Entrevistadora: ¿Y por qué vino la policía, quién la llamó?*

*Paciente: No se, ellos se hicieron como cargo de mi*

*Entrevistadora: ¿Ellos?*

*Paciente: Se hicieron cargo de mi*

*Entrevistadora: ¿La policía?*

*Paciente: Si*

*Entrevistadora: ¿Pero alguien la llamó y te sacaron de tu casa o qué?*

*Paciente: Y vinieron a mi casa como a las doce de la noche y me llevaron a un forense, porque yo estaba re mal*

*Entrevistadora: Era cuando vos estabas gritando y eso que me contaste...*

*Paciente: Claro. Vinieron un día y me llevaron (...) yo me había acostado en el suelo, en mi casa, me hice una camita ahí y estaba lloviendo, ¡un frío! y a las doce de la noche vinieron dos, y pasaron a mi casa y “dale pibe levantate que vamos al médico”*

(Paciente varón, 58 años, 12 de internación)

La mitad de los pacientes no sabían a dónde los llevaban al momento de su internación; los nueve restantes sí sabían de la existencia y del tipo de atención de salud brindada en el hospital a donde eran trasladados. Estos nueve pacientes afirmaban que la policía, los médicos o sus familiares los estaban llevando al hospital para que se *curen*, se *pongan mejor*, para *no sentirse mal*, o bien, para *portarse como dios manda*.

*Entrevistadora: Cuando te derivó la ambulancia... acá... ¿a vos te dijeron a dónde venías? ¿Vos sabías?*

*Paciente: No.*

*Entrevistadora: ¿No? ¿Querías venir?*

*Paciente: No, no quería.*

*Entrevistadora: ¿Por qué?*

*Paciente: Y porque me subieron... La verdad que no sabía para qué parte me mandaban, por eso...*

(Paciente varón, 34 años, 12 de internación)

*Entrevistadora: ¿Y cuando te viniste para acá, sabías a dónde venías?*

*Paciente: Al (nombre del hospital).*

*Entrevistadora: ¿Y sabías qué era el (hospital)?*

*Paciente: Sí, un hospital donde curan los enfermeros*

(Paciente varón, 36 años, 9 de internación)

*Paciente: Allá (institución para personas con discapacidad) no aprendía nada, por eso vine*

*Entrevistadora: ¿Pero viniste acá a aprender?*

*Paciente: Sí, vine a aprender*

*Entrevistadora: ¿Aprender qué?*

*Paciente: A portarme como dios manda.*

(Paciente varón, 35 años, 12 de internación)

## **EL DIAGNÓSTICO**

Un elemento llamativo que emergió del análisis es que tanto en las razones del ingreso como de permanencia en el hospital existen vacíos de conocimiento sobre el diagnóstico que las justifica: la mayoría de los pacientes no saben cuál es la enfermedad o condición que explica su internación.

Muchos asocian su enfermedad al hecho conflictivo que motivo la internación; y en estos casos aquellos que llegaron por un ataque epiléptico afirman que “*epilepsia*” es su enfermedad; si los internaron porque mordieron a algún familiar o comieron cosas que no debían (como pilas, adhesivos, etc.) afirman que estas conductas incorrectas son la enfermedad o el problema. Otros dicen que los que saben cuál es su diagnóstico y/o problema son los médicos y/o padres pero que ninguno le ha explicado de qué se trata.

*Entrevistadora: ¿Y por qué estás todavía acá internado?*

*Paciente: Porque me tiene que salir del juzgado, que me den el alta, porque yo me tengo que curar de los gritos y de las rompeduras de vidrios.*

*Entrevistadora: ¿Y alguien te explicó cuál era el problema de que vos tenías?*

*Paciente: Que tengo que portarme bien*

*Entrevistadora: ¿El problema es que te portás mal?*

*Paciente: A veces, digo, antes...*

*(Paciente varón, 59 años, 35 de internación)*

*Entrevistadora: ¿Y alguien te explicó alguna vez por qué estás acá?*

*Paciente: ¿Eh?*

*Entrevistadora: ¿Alguien te contó o sabés por qué estás acá en el hospital?*

*Paciente: No.*

*Entrevistadora: ¿No te explicaron? ¿Te dieron un diagnóstico? ¿Te dijeron qué es un diagnóstico?*

*Paciente: No, todavía no lo sé y no me quisieron decir.*

*Entrevistadora: ¿Y por qué pensás que no te lo quieren decir?*

*Paciente: No sé. Le pregunté a papá y me dijo que no sabe. No me lo quiso decir... No que no sabe, no me lo quiso decir*

*Entrevistadora: Bueno ¿y vos sabés?*

*Paciente: No.*

*Entrevistadora: ¿No?*

*Paciente: Que mi papá no sabe... qué diagnóstico tengo yo. No sé... sabe pero a lo mejor no me lo quiere decir.*

*Entrevistadora: ¿Por qué pensás que no te lo quiere decir?*

*Paciente: No sé.*

*(Paciente varón, 34 años, 12 de internación)*

*Entrevistadora: ¿Y por qué te trajeron acá?*

*Paciente: Y porque estaba enfermo*

*Entrevistadora: ¿Que tenías?*

*Paciente: Tenía una enfermedad que me curaron acá. Gracias a dios...*

*Entrevistadora: ¿Que enfermedad tenías?*

*Paciente: No me acuerdo*

*Entrevistadora: ¿Y alguien sabe que enfermedad tenías?*

*Paciente: Y los enfermeros y los doctores, pero no me dijeron nada*

*Entrevistadora: ¿No?*

*Paciente: No me dijeron nada.*

*Entrevistadora: ¿Y que hicieron para curarte?*

*Paciente: Y... hasta que me pusieron una inyección y... con eso me sane. Pero nunca me dijeron que es. Eso es lo que yo no puedo decir.*

(Paciente varón, 58 años, 33 de internación)

Como puede leerse, ante la pregunta espontánea sobre el diagnóstico, la enfermedad, situación o condición que justifica la internación ninguno mencionó el “retraso mental”. Sin embargo, al hablar sobre el “retraso mental” con estos pacientes, la mitad me dijeron que ellos eran “*retrasados mentales*” o “*discapacitados mentales*” (“*yo soy discapacitado mental acá*”, paciente varón, 45 años, 20 de internación). Otros, ante la formulación de preguntas sobre opiniones y conocimiento sobre el “retraso mental” inmediatamente me dijeron: “*yo no soy retrasado*” (Paciente varón, 35 años, 12 de internación).

## **EXPERIENCIAS COTIDIANAS**

A través de los registros de campo, he documentado que la mayoría de los pacientes con “retraso mental” internados no participan de actividades de rehabilitación, recreación o terapéuticas. Sólo dos de los dieciocho varones concurren a una actividad de rehabilitación: un taller protegido y una actividad terapéutica y laboral remunerada. El resto de los informantes no realiza actividad pautada u ofrecida alguna.

De este modo, las experiencias diarias de los pacientes se basan en sentarse a mirar pasar la gente, esperar el horario de las comidas y comer, esperar el horario de la medicación y tomar la medicación, mirar televisión, escuchar la radio, hablar con compañeros, caminar por el hospital, tomar mate (frío, por ausencia de termo y pava), aquellos que fuman se dedican a conseguir cigarrillos y fumarlos (desde cigarrillos por intercambio, por mendicidad dentro del hospital, colillas del piso, o los que tienen recursos, los compran), pedir plata a personas que visitan el hospital, etcétera.

Asimismo, al preguntar a los pacientes sobre sus experiencias cotidianas me he topado una y otra vez con respuestas como las que siguen:

*Entrevistadora: A la mañana qué haces?*

*Paciente: Y... a la mañana tomo mate*

*Entrevistadora: Y a la tarde?*



*Paciente: También... Y a la noche.*

(Paciente varón, 36 años, 9 de internación)

*Entrevistadora: ¿Y acá todos los días qué hacés?*

*Paciente: ¿Acá todos los días qué hago?*

*Entrevistadora: Sí. ¿Qué hacés a la mañana, al mediodía, a la tarde, a la noche?*

*Paciente: Duermo; miro la tele; tomo mate... Eh...*

(Paciente varón, 34 años, 12 de internación)

*Paciente: levantar un puchito del piso, levantarlos del piso cuando está terminado y seguir fumándolo, eso en realidad, hay pacientes que lo hacen todo el día durante todos los días*

(Paciente varón, 45 años, 15 de internación)

*Entrevistadora: ¿Y charlas con los psicólogos o con alguien acá?*

*Paciente: No.*

*Entrevistadora: ¿Con el psiquiatra hablás... con ellos o no...?*

*Paciente: No.*

(Paciente varón, 53 años, 29 de internación)

Esta ausencia de tratamientos fue un hecho sorpresivo que emergió durante el trabajo de campo. Al comentar con dos psicólogos sobre el desarrollo de mi investigación se produjo este diálogo:

*Psicoanalista: ¿Y tu hipótesis de trabajo cuál es?*

*Entrevistadora: En realidad vine con una cosa, con una idea y apareció otra en el trabajo de campo, porque yo venía con la idea de ver como es el tratamiento del retraso mental*

*Psicólogo: El **no tratamiento***

*Psicoanalista: El no tratamiento, tenés que hablar así el no tratamiento de la debilidad mental en el hospital*

Siendo numerosas las causas que explican la ausencia de tratamiento del “retraso mental” en el hospital y que hemos desarrollado en otro lado (Tamburrino 2009), en esta ponencia nos detendremos en uno de los efectos que la ausencia de tratamientos produce: la naturalización de la internación como vida cotidiana.

## “ACÁ VIVO YO”. INTERNACIÓN COMO VIDA COTIDIANA

La internación psiquiátrica puede ser entendida de varias maneras: como una instancia terapéutica, un espacio de tratamiento y rehabilitación, un encierro que atenta contra los derechos de los sujetos, o bien una forma de secuestro corporal y temporal. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes entrevistados, la internación es su vida cotidiana y el hospital es un espacio que sienten como su casa.

Un lugar donde dormir, comida todos los días, ropa, hábitos, rutinas diarias. Algunos hacen amistades; otros, parejas. El hospital en vez de ser un espacio de internación se transforma en el lugar donde “viven” estas personas. Cuando en las entrevistas y conversaciones cotidianas hacía referencia a la “internación” en el hospital, la mayoría de los pacientes me han corregido la expresión indicando que no están internados ahí, sino que “viven” en el hospital (“*acá vivo yo*”).

*Paciente: Lo principal lo tengo acá*

*Entrevistadora: ¿Esta es tu casa?*

*Paciente: Para mí, es como mi casa*

*Entrevistadora: ¿Y vos pensás que para mucha gente el hospital es como la casa?*

*Paciente: Sí, para mucha gente, digamos, esto no sólo es una casa, sino sentirse como un hogar para cada uno, para esta gente que está acá*

(Paciente varón, 45 años, 15 de internación)

Dentro de esta vida cotidiana de internación los sujetos con “retraso mental” son pacientes que contribuyen a reproducir las rutinas diarias. En general, se los califica de pacientes “tranquilos”, que están “adaptados a las rutinas de los servicios”, que “no joden”, no “molestan”. No ocasionan disturbios, peleas, conflictos, ni generan situaciones de agresividad con otros –en general se menciona que ellos son los objetos de la violencia de los demás pacientes-. Según los profesionales, la docilidad, obediencia y sumisión los caracteriza.

Asimismo, los pacientes con retraso mental son “colaboradores”: ya sea que de manera rutinaria cumplan con las normas y reproduzcan la vida cotidiana sin generar conflictos o problemas –por ejemplo armando todos los días sus propias camas, cuidando de su aspecto personal e higiene,

etcétera-, o ya sea que colaboren activamente en la reproducción cotidiana de las tareas de los servicios -bañando, afeitando y vistiendo a otros pacientes, manteniendo el orden y la limpieza de las salas, ayudando en el traslado de pacientes; realizando tareas administrativas, trámites o compras, etcétera-.

En este contexto de vida cotidiana, la mayoría de los pacientes no tienen intenciones de irse del hospital. En lugar de generar oposiciones, resistencias, quejas u enojos, la naturalización de la vida cotidiana hace que los pacientes mismos elijan vivir internados.

*Entrevistadora: ¿Y vos querés quedarte acá o te querés ir algún día?*

*Paciente: Me quiero quedar acá.*

*Entrevistadora: ¿Estás bien?*

*Paciente: Sí.*

*Entrevistadora: ¿Por qué estás bien?*

*Paciente: Prefiero quedarme acá.*

*Entrevistadora: ¿Pero por qué?*

*Paciente: Porque es mi casa y tengo cama.*

(Paciente varón, 35 años 12 de internación)

*Entrevistadora: ¿Y en el futuro que te imaginas de tu vida?*

*Paciente: Y futuro quiero quedarme toda la vida acá.*

*Entrevistadora: Acá.*

*Paciente: Toda la vida. Yo quiero quedar acá.*

(Paciente varón, 45 años, 20 de internación)

*Entrevistadora: ¿Y no pensás que podés volver a tu casa? ¿Querés volver a tu casa?*

*Paciente: No, prefiero morirme acá*

(Paciente varón, 58 años 33 de internación)

## **CONCLUSIÓN**

Con este trabajo he intentado contribuir a llenar los vacíos de las investigaciones empíricas en materia de discapacidad intelectual y, particularmente, contribuir al conocimiento del modo en que

sujetos diagnosticados con “retraso mental” desarrollan sus vidas y tratamientos en un hospital psiquiátrico del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Ahora bien, quisiera para finalizar efectuar un último comentario.

Para la mayoría de los profesionales las internaciones prolongadas -o “crónicas”- son una falla en las intervenciones terapéuticas, pues precisamente, el fin de las mismas debiera ser la externación. Mi postura es no tomar la cronicidad como una falla o un efecto no deseado, sino documentar los modos en que la cronicidad es producida de manera activa y regular. En este sentido, la internación como vida cotidiana permite comprender algunos de los elementos que contribuyen a la cronificación de las internaciones.

La ausencia o escasez de actividades terapéuticas de la población con “retraso mental” en el hospital produce la transformación de la internación en la vida cotidiana de los sujetos. Esta naturalización de la internación como vida cotidiana ocasiona que los pacientes mismos elijan quedarse en el hospital: para la gran mayoría, el hospital es el lugar donde viven y no manifiestan voluntad de irse, sino de lo contrario. En este sentido, no se registran grandes demandas de los pacientes a los profesionales tratantes para atravesar un proceso de externación y en general tampoco quejas por la internación o el “*no tratamiento*” recibido.

Mencionamos que en la vida cotidiana de internación los pacientes con “retraso mental” están integrados a las rutinas diarias. Pacientes *tranquilos* y *obedientes*, muchos de ellos son activos “*colaboradores*” que realizan a la par que los enfermeros las tareas de gestión diaria del funcionamiento de los servicios.

“*No joden a nadie*”, colaboran, no se quejan, pasan sus días tranquilos, están integrados y reproducen las rutinas diarias: estos pacientes se transforman en “*parte del paisaje institucional*” (psicoanalista), “*van quedando*” (psicoanalista), “*simplemente están*” (psicólogo). La *dócil adaptación* de los pacientes con discapacidad intelectual a la vida cotidiana del hospital favorece de un modo peculiar la cronificación de la internación:

“*Tener un débil mental donde vos le das una medicación y lo tenés tranquilo y no jode... ya está... lo tenés, el paciente no tienen ningún tipo de problemas, no son agresivos y si no joden... se queda*” (psicoanalista).

## Bibliografía:

- Balzano, Silvia y Blache Martha (2006) "*Lúcidas e idiotitas. Categorías identitarias construidas por las internas de una colonia neuropsiquiátrica: Una perspectiva folclórica*". *Revista de Investigaciones Folclóricas*. Vol. 21: 61-73
- Balzano, Silvia (2007) "Cuando las disciplinas de la norma legitiman la (norma)lidad: de "buenas y malas conductas y descompensaciones" en la Colonia Montes de Oca (provincia de Buenos Aires)" *Intersecciones en Antropología*, Vol. 8, 339-353 UNCPBA.
- Barrionuevo, H. (2005), *Salud mental y discapacidad mental en las obras sociales nacionales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Asociación de Economía de la Salud
- Fundación PAR (2006) *La discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2005*. Fundación Par Buenos Aires
- Lentini, E. (2007) *Discapacidad Mental. Un análisis del discurso psiquiátrico*. Buenos Aires: Lugar Editorial.-
- Owens, Janine (2007)'Liberating voices through narrative methods: the case for an interpretive research approach', *Disability & Society*, 22:3, 299 – 313
- Seda, Juan Antonio (2006) "Procesos de comunicación y actuación verbal en una institución de salud mental. Una aproximación a la Colonia Montes de Oca". *Revista de Investigaciones Folclóricas*. Vol. 21
- Tamburrino, María Cecilia (2009). "Discapacidad intelectual e institucionalización: un estudio sobre procesos socio-culturales, trayectorias de vida y condicionamientos económico-políticos. El caso de un hospital psiquiátrico." Buenos Aires: Salud Investiga.