

# **El discurso de poder inscripto en la economía del espacio de una institución asilar**

Patricia Spadaro  
Estudiante de Lic. en Sociología  
Fac. de Humanidades y Ciencias  
Universidad Nacional del Litoral

Eje problemático n° 2:  
Poder, Dominación y Violencia

## **Introducción**

La presente ponencia resume algunos resultados de una investigación realizada en el marco de la tesina de grado de la carrera de Sociología de la Universidad Nacional del Litoral. En esta oportunidad, se realizó un recorte que reserva como objeto de análisis el vínculo entre reglamentación y usos del espacio, y relaciones y ejercicio práctico del poder, en una institución de clausura con fines disciplinarios. Se considera el caso del servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe, a cuya realidad se accedió a través de una estrategia metodológica cualitativa, combinando las herramientas de entrevistas en profundidad –aplicadas a pacientes y personal- y observaciones etnográficas –de la vida cotidiana del servicio de internación-.

El escrito comienza resumiendo algunos puntos de las propuestas de Erving Goffman y Michel Foucault (“Referencias teóricas”), quienes, observando respectivamente un medio manicomial y otro carcelario, esclarecieron lúcidamente el vínculo entre espacio y poder en instituciones de clausura. A este apartado suceden algunas páginas destinadas al racconto de la historia del servicio de internación psiquiátrica considerado (“El servicio de internación psiquiátrica en contexto”), en tanto dicha contextualización permite leer las tensiones que se sostienen al presente dentro del establecimiento, y que son analizadas bajo el subtítulo “Estado de las relaciones de fuerza”. Luego de ello, se procede ya sí a considerar el funcionamiento del binomio espacio-poder para el caso elegido (“Usos del espacio y relaciones de poder”). Por último, hay lugar para unas “Reflexiones finales”.

## **Referencias teóricas**

El binomio espacio-poder exhibe un funcionamiento peculiar cuando se lo considera hacia el interior de una institución de clausura con fines disciplinarios. La literatura clásica sobre el tema ha insistido en la caracterización de estos establecimientos como unos en los que la distribución rigurosa de los individuos en el espacio es una pieza clave de la empresa de disciplinamiento. Erving Goffman -observando la vida íntima de un hospital psiquiátrico-

y Michel Foucault -analizando la racionalidad carcelaria a la luz de la metamorfosis de los métodos punitivos- estudiaron hondamente esta cuestión.<sup>1</sup> Ambos coincidieron en destacar el rol medular que le cabe a la administración del espacio en los ordenamientos institucionales del tipo referido, en tanto ésta dispone y habilita el gobierno de las poblaciones.

En *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Goffman toma por objeto de estudio lo que él denomina *instituciones totales*, centrándose en particular en el caso de un hospital psiquiátrico. El autor define a la institución total como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparte en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.”<sup>2</sup> Este tipo de institución se caracteriza entonces por la exclusión de vínculos con el exterior –el encierro-, desplegando hacia su interior la materialización de un plan racional diseñado para el logro de objetivos, en el que la organización rigurosa del espacio y del tiempo –rutina administrada- sirve a los fines del tratamiento de los internos. Se trata de un lugar aislado, separado de la sociedad por límites precisos e inmutables que introducen discontinuidad y ruptura. La oposición entre el afuera y el adentro es cardinal, siendo que atraviesa y determina prácticas, representaciones y configuraciones de subjetividad.

Es propio de una institución total, según la descripción de Goffman, la cuadrícula exhaustiva del espacio. Ésta sirve a los fines de trazar el sistema de relaciones al tiempo que exhibe propiedades terapéuticas, en la medida en que induce al paciente a identificarse con su propia condición tal como es definida por quienes tienen un rol de autoridad sobre él. El sistema de salas, como una serie de viviendas graduadas, actúa como una herramienta que ordena la concepción que el propio paciente tiene sobre sí mismo así como lo que se espera de él y lo que puede esperar de otros, en términos de restricciones y privaciones.

Paralelamente, el espacio de la institución total se presenta para los individuos allí aislados como el escenario de toda su vida. Éstos deben indefectiblemente compartir su cotidianeidad en el mismo lugar y bajo compañía de otros. Se asiste a una exhibición constante del propio cuerpo y se excluye la identificación con un espacio exclusivo y personal, que es constitutiva de la construcción del yo. Un territorio personal sólo es dable de existir de manera intersticial, allí donde la vigilancia admite un mínimo relajamiento.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ver: Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; y Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

<sup>2</sup> Goffman, E. (2001) *Internados*. Op. Cit. Pág. 13.

La visión de Foucault es solidaria con la de Goffman en algunos puntos, pero se distancia allí donde se descubre el nudo del planteo de cada uno. El primero está específicamente preocupado por analizar los distintos métodos punitivos y el tipo de sujeto que contribuyen a producir, y no tanto en formular un examen ceñido a los límites de una institución a la manera del segundo. Sin embargo, en su análisis de la economía de poder carcelaria, Foucault brinda unas claves más que interesantes para leer un medio institucional de tipo carcelario –análogo al hospital psiquiátrico goffmaniano-.

Es mérito de Foucault el haber delineado y retratado agudamente la tecnología de poder disciplinaria, iluminando su vínculo con el espacio y el tiempo tal y como estas dos dimensiones de la experiencia son administradas institucionalmente para el gobierno de las poblaciones. De acuerdo con el planteo foucaultiano, la disciplina, ante todo, procede a la distribución de los individuos en el espacio. Ésta última se realiza a través de la utilización de diversas técnicas: en primer lugar, la clausura, esto es, el establecimiento de un lugar cerrado en sí mismo y separado del resto de la sociedad por límites rígidos. En segundo lugar, la división en zonas, el emplazamiento o la sujeción de cada cuerpo en una parcela determinada, que permite localizar fácilmente a cada cual. Luego, los emplazamientos funcionales, establecidos por un criterio de aplicación y eficacia, con una codificación del uso específico de las distintas áreas que persigue no sólo facilitar la vigilancia sino sobre todo crear un espacio útil. Finalmente, el rango, como lugar dentro de una clasificación, que inserta a los individuos en un sistema de relaciones definiéndolos por el lugar que ocupan en una serie y por la distancia que los separa de los demás. El espacio así cartografiado es un espacio analítico, que sirve al control y el ordenamiento de los individuos. Con la fijación de localizaciones y relaciones funcionales y jerárquicas, se materializa una racionalidad disciplinadora.

La distribución disciplinaria resultante de la utilización de las cuatro técnicas enumeradas aparece sujeta a una vigilancia continua y jerárquica. Con la evocación del panóptico de Bentham, Foucault presenta a los establecimientos disciplinarios del tipo de la prisión en tanto dispositivos que coaccionan por medio de la mirada. Ya no se trata de un

---

<sup>3</sup> “Quizás el espacio mínimo que se constituía en un territorio personal era el provisto por una manta. En algunas salas, unos pocos pacientes solían andar con sus mantas a cuestas durante el día y, en un acto que se consideraba altamente regresivo, cada uno se acurrucaba en el suelo, totalmente cubierto con su manta; dentro de ese espacio cubierto, tenía cierto margen de dominio.” Goffman, E. (2001) *Internados*. Op. Cit. Pág. 244.

encierro indiferenciado, sino de un cálculo pormenorizado de los lugares de circulación y de localización que permite una visibilidad ininterrumpida por parte de un centro vigilante.

La reseña de estas perspectivas ilustra los lugares comunes a los que se suele apelar a la hora de tratar un tema como el que es objeto de este trabajo. Sin embargo, hay que prevenir de entrada cualquier pretensión de detectar en el servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López algo directamente subsumible en los esquemas goffmanianos o foucaultianos. El funcionamiento del binomio espacio-poder en el seno de este medio institucional reviste, en todo caso, una singularidad que no admite su simple correlación con determinado modelo teórico. Esta afirmación no inhibe, no obstante, el reconocimiento de la fertilidad de ambos planteos teóricos para iluminar los resultados de la investigación.

Un análisis de la realidad actual del servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López en la clave sugerida permanecería corto de vista si prescindiera de una referencia, aunque breve, a algunos elementos histórico-contextuales que le dan sentido a lo que hoy se observa. De ello se ocupará el apartado siguiente.

#### **El servicio de internación psiquiátrica en contexto <sup>4</sup>**

El hospital Dr. Emilio Mira y López fue diseñado originalmente para la atención exclusiva de personas con patologías psiquiátricas. Fundado en mayo de 1943 -tomando el nombre de quien fuera su primer director-, fue emplazado en lo que entonces era una zona despoblada en las afueras de la ciudad. La locura, con el peligro que representaba, era asilada en el margen.

La fisonomía de este primer hospital era claramente manicomial. Se inauguró con un pabellón de internación dividido en dos salas: una reservada para pacientes de sexo masculino –sala n° 1-, y otra para pacientes de sexo femenino –sala n° 2-. En ese tiempo las salas

---

<sup>4</sup> La reconstrucción de la historia del hospital se realizó tomando como fuentes una tesis de maestría en salud mental que se ocupa del mismo medio institucional que aquí se considera (Ver: Mántaras, M. G. (1998) *El “Mira y López” demandado: interrogado, acusado, necesitado. Estudio de la demanda asistida por el Hospital “Mira y López” de la ciudad de Santa Fe durante 1997*. Tesis de Maestría en Salud Mental no publicada, Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Argentina), y un trabajo de propia autoría basado en entrevistas realizadas a miembros del personal del hospital Mira y López durante el año 2007. (Ver: Spadaro, P. (2008) *El hospital psiquiátrico en la mira. Reflexiones sobre la función social del hospital psiquiátrico a partir de las representaciones de trabajadores del hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe*. En Piovani, J. y Torti, C. (comp.) (2008) *V Jornadas de Sociología de la UNLP. Cambios y continuidades sociales y políticas en la Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.)

contaban con los denominados boxes de aislamiento: habitaciones provistas de un colchón donde se encerraba a los internos en estado de excitación. Tanto las salas como el jardín circundante estaban cercados por alambrados y rejas que impedían el desplazamiento de los pacientes y sólo habilitaban el paso del personal -siempre que estuviera en posesión de la llave correspondiente-. Este pabellón aún se conserva y lleva desde su creación el nombre de Antonin Artaud.

Hasta 1984 el hospital contaba también con un espacio para asilar a personas que debían cumplir con una pena privativa de la libertad tras imputárseles la autoría de un delito, y que sufrían asimismo de afecciones en su salud mental. Pero la presión de los trabajadores en huelga, que veían en estos pacientes una amenaza, impulsó el traslado de esta sección psiquiátrico-penitenciaria a la cárcel de Coronda<sup>5</sup>. Otras dos salas, números 4 y 5, se crearon en la década del '70 con el objetivo de contribuir en el proceso de externación de los pacientes: eran salas de pre-alta. Sin embargo, se constató una rápida distorsión de esta función, siendo que el ingreso en estas salas pronto se asimiló con un privilegio, estando sujeto al estado de relaciones entre pacientes y personal. Distintos servicios de clínica médica para la atención de los internos fueron incluidos en el primer diseño del hospital, así como una sala de paidopsiquiatría, para asilar pacientes psiquiátricos menores de 15 años, a fines de la década del '60.<sup>6</sup>

El abordaje de las patologías psiquiátricas en ese entonces se realizaba a través de *técnicas y tratamientos de sujeción del cuerpo* por medio de los cuales se buscaba reducir al

---

<sup>5</sup> La sección psiquiátrica de la cárcel de Coronda, conocida como “el corralito”, se inauguró el 11 de enero de 1985 y existió hasta el 6 de octubre de 2008. El mentado corralito estaba destinado a alojar a personas declaradas inimputables por la justicia penal, a los que se imponía una medida de seguridad. Tras graves y reiteradas denuncias sobre las condiciones en las que estas personas estaban reclusas -consideradas violatorias de los derechos humanos-, se procedió a la clausura de este espacio y a la inclusión de estos sujetos en instituciones de la red de salud pública. De allí que la población de “pacientes judiciales” del Hospital Mira y López se haya acrecentado desde entonces, sobre todo en la sala n° 1. Ver: Sozzo, M. (1996) Derechos Humanos en la Intersección Institucional Psiquiatría-Justicia Penal. Informe sobre la sala psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria n° 1 de la provincia de Santa Fe. En *Informe anual sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina*. (pp. 167-200) Buenos Aires: CELS; y: Clausuran “el corralito” en la cárcel de Coronda. (2008, octubre 5) *Litoral: Política*.

<sup>6</sup> Cerrado el servicio de paidopsiquiatría en el año 2003, en 2007 se inauguró el Parami (Parador de Reintegración al Mundo Infantil): una sala con un número reducido de camas que sirve para alojar a niños en crisis subjetivas graves -previando de este modo internaciones cortas en el tiempo-. Este servicio se integra al Dispositivo Infancia, que depende de la Dirección Provincial de Salud Mental y articula distintas estrategias tendientes a contener a chicos en situación de calle, de adicción, de violencia, etc.

paciente, evitar que permaneciera excitado o agresivo, es decir, someterlo físicamente. Los recursos frecuentemente utilizados para el caso eran la insulinoterapia<sup>7</sup>, la malarioterapia<sup>8</sup>, las duchas frías, el encierro en boxes de aislamiento, los abscesos de fijación<sup>9</sup>, lobotomías en sus variaciones y terapia electroconvulsiva.<sup>10</sup>

El ingreso en junio de 1943 de una orden de religiosas –las Hijas de Nuestra Señora de la Misericordia- como personal del hospital contribuyó a que los tratamientos terapéuticos continuasen siendo pensados con este ánimo de someter al enfermo, de *moldear su conducta a través de la sujeción física*. Se reforzaron las representaciones sobre el buen comportamiento y la “adecuada penitencia”, abogándose asimismo por una represión absoluta de la sexualidad de los pacientes.<sup>11</sup>

En el escenario local, fue la transición a la democracia la que marcó el inicio de profundas transformaciones en el Mira y López. En primer lugar, se produjo una ampliación de sus facultades en el tratamiento de patologías. Conforme la zona de emplazamiento de la institución conocía un crecimiento poblacional importante, fueron muchas las demandas de la comunidad para que el mentado nosocomio incluyese nuevas especialidades y servicios además de la psiquiatría. Es así como se crearon distintos consultorios externos y servicios de guardia. Los centros asistenciales ubicados en el área programática del hospital -una amplia zona del noroeste de la ciudad con 12 centros de atención primaria- pasaron en 1984 a tomar al Mira y López como base referencial. Así las cosas, el tradicional manicomio santafesino se convirtió en un hospital polivalente. La atención psiquiátrica pasó a ser una especialidad entre otras, con los servicios de internación, guardia y consultorio externo.<sup>12</sup>

La segunda gran transformación conocida en años democráticos refiere al modo de gestionar la locura. Quienes administran la institución, dicen hacerse eco de la propuesta desmanicomializadora propugnada desde Italia por Franco Basaglia<sup>13</sup>. La identificación con el proyecto basagliano se tradujo en la concreción de una serie de medidas que cambiaron

---

<sup>7</sup> Shock insulínico.

<sup>8</sup> Provocación deliberada de fiebre palúdica.

<sup>9</sup> Inyecciones subdérmicas de trementina causantes de una severa reacción dolorosa que llega a resultar inmovilizante.

<sup>10</sup> Electroshock.

<sup>11</sup> De acuerdo con la investigación de M. Mántaras.

<sup>12</sup> Aún si en la entrada principal del edificio aún se observa la inscripción “Hospital psiquiátrico”.

<sup>13</sup> Para un resumen de la vida y la obra de Basaglia, ver: Colucci, M. y Di Vittorio, P. (2006) *Franco Basaglia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

radicalmente el perfil del servicio de internación psiquiátrica: en 1984 se eliminó el uso de electroshock, se clausuraron los boxes de aislamiento, se quitó el alambrado de las unidades de internación y se estableció un régimen denominado de *puertas abiertas*, que defiende la libre circulación de los enfermos hacia el interior del establecimiento y por fuera de él, condenando que sean retenidos contra su voluntad.

El discurso predominante en esta nueva etapa del hospital es uno de corte *progresista* que pregona la *desmanicomialización* como una forma de humanizar la respuesta médica frente al sufrimiento psíquico. En esta dirección se anota la incorporación, dentro de las instalaciones del Mira y López, del “hospital de día”, una instancia en la cual se trabaja durante media jornada con enfermos psiquiátricos en la realización de actividades laborales y expresivas, luego de lo cual los sujetos regresan a sus hogares. Esta iniciativa, nacida en 1990, tiene la intención de quebrar la dependencia de los pacientes frente a la institución, propiciando la reinserción de las personas con dificultades psíquicas en su medio social.

De unos años a esta parte, bajo la dirección de la Dra. Silvia González (2006 al presente), se profundizó este discurso progresista, materializado en la implementación de dispositivos alternativos de tratamiento que se dicen animados por una lógica no manicomial, o más específicamente desmanicomializadora. Entre ellos se cuenta un lavadero de autos, una radio, un polo de elaboración de productos de panadería, una “casa de medio camino”<sup>14</sup>, una asamblea<sup>15</sup> y un taller de artesanías. Esta política se coloca al abrigo de una nueva concepción de la psiquiatría en términos de “salud mental”: en el seno de la disciplina se comienza a apelar a un vocabulario renovado que refleja la intención de divorciarse de una historia incómoda, de un pasado censurable. Ayer, la objetivación y el dominio del loco por parte del psiquiatra. Hoy, el abordaje interdisciplinario de la persona con sufrimiento psíquico.

Esta mudanza tiene un costado jurídico, con la ley n° 10772 de Salud Mental sancionada por la legislatura santafesina en noviembre de 1991, y reglamentada por el Poder Ejecutivo -con un retraso de casi 16 años- a través del decreto n° 2155 de septiembre de 2007. El artículo 18 de la citada ley exige la transformación de los establecimientos de internación en salud mental por medio de la implementación de medidas asistenciales alternativas. En su reglamentación, se insta a la sustitución progresiva y gradual de los hospitales psiquiátricos,

---

<sup>14</sup> Una vivienda separada del hospital donde residen un grupo reducido de pacientes en condiciones de ser externados, que se encuentran allí con la tarea de autogestionarse recibiendo una supervisión del hospital paulatinamente más discontinua

<sup>15</sup> Reunión semanal de pacientes y un grupo del personal consagrada a la discusión de las problemáticas cotidianas de las salas y sus internos

con su transformación en hospitales interdisciplinarios y la creación de servicios alternativos del tipo del hospital de día, las viviendas asistidas, los centros de salud mental en la comunidad y los dispositivos de atención interdisciplinaria para niños y jóvenes. El objetivo, según la letra del decreto, es “la erradicación de las lógicas manicomiales: medicalización de los padecimientos subjetivos, internación por tiempo indeterminado, aislamiento social, silenciamiento, ausencia de estrategias terapéuticas complejas y singularizadas, perpetuación de las medidas de seguridad.”<sup>16</sup> Se coloca el acento en la necesidad de construir equipos interdisciplinarios para liderar una transformación semejante, propiciando “la externación no expulsiva de los pacientes institucionalizados, la asistencia de las crisis subjetivas que requieran internación y la implementación de dispositivos sustitutivos de lógicas manicomiales.”<sup>17</sup>

Es un denominador común a los dispositivos alternativos implementados en el Mira y López al abrigo de la citada ley de salud mental, el ser patrocinados en términos de *experiencias de salud*. Las personas que los conducen procuran todas diferenciar su propia labor de una actividad meramente recreativa. Así es como defienden estas iniciativas en tanto herramientas para combatir los riesgos de la cronificación en la internación, que buscan insertar a los pacientes en relaciones de trabajo, utilidad y valor, y con ello vincularlos con el mundo externo al hospital propiciando su externación. Este es un discurso más o menos homogéneo que es repetido sistemáticamente por quienes se identifican con el grupo reconocido como progresista dentro del personal del Mira y López. Éstos coinciden en resaltar las virtudes de la interdisciplina –siendo que allí comulgan asistentes y trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos- y en combatir la racionalidad que sostiene el encierro.

La consolidación de este nuevo modo de gestionar el hospital no supuso un simple recambio no conflictivo de un tipo de administración por otra. La reseña del discurso predominante de un tiempo a esta parte no debe dar la impresión de la existencia de un concierto en torno a un nuevo modo de organizar la locura y el servicio psiquiátrico. El movimiento descrito, originado a partir de la segunda mitad de la década del '80 y profundizado en la actual, inauguró tensiones y enfrentamientos entre el personal consolidado del viejo modelo y quienes bregan por darse un lugar en el hospital, portando a su ingreso un duro cuestionamiento a las prácticas -calificadas como represivas- perpetradas por los

---

<sup>16</sup> Poder Ejecutivo de Santa Fe. Decreto Reglamentario N° 2155 / 2007. Artículo 18. Disponible en: [www.senadosantafe.gov.ar](http://www.senadosantafe.gov.ar)

<sup>17</sup> Ídem.



primeros. Esta línea de fuerza es clave para leer hoy día el sistema de interrelaciones hacia el interior de las salas 1 y 2 cuya lógica interna se intentará retratar en lo sucesivo.

### **Estado de las relaciones de fuerza**

Para entender el sistema de interrelaciones hacia el interior del servicio de internación psiquiátrica del Mira y López, es imprescindible, como se adelantó, tener presente la historia reciente del hospital. En el debate entre dos modelos de gestión -uno anudado a la lógica manicomial y otro definido por negación a éste como alternativo y progresista-, se juegan “la vida y la muerte simbólicas”. Reconociendo los alineamientos que se dan al respecto, se puede obtener una fotografía del estado de las relaciones de fuerza susceptible de ser dinamizada al considerar las relaciones de poder tal y como éstas se despliegan en la vida diaria del hospital.

Aun si el sentido común sociológico invita a desconfiar de dicotomías demasiado cerradas, es particular al medio institucional observado el estar surcado por la polémica recién introducida, que pone frente a frente a los defensores de una y otra visión. La rivalidad se plantea de manera irrecusable, sin demasiado margen para la neutralidad. Por un lado, quienes se muestran partidarios del encierro y la vigilancia constantes, que justifican en términos de un mejor cuidado y protección de los pacientes. Por el otro, los que dicen apostar por la desmanicomialización, que apelan a “prácticas alternativas” como herramientas para restituir a los pacientes su subjetividad negada. Ambos se emparentan en la producción de un tipo de discurso que resalta las bondades del modo personal de entender la cuestión y que demoniza el ajeno, legitimando así el propio rol dentro de la institución.

La disyunción de la que se habla toca específicamente a los miembros del personal, que se dividen entre los defensores de una u otra postura. De ello resulta el entrecruzamiento de prácticas animadas por racionalidades encontradas, que toman todas al enfermo psiquiátrico como objeto de intervención. La población de internos aparece entonces atravesada por la tensión entre dos lógicas distintas, que intentan colonizarla como un modo de garantizar la supremacía de un modelo. Que ésta se adapte o no a una rutina, que adopte ciertos hábitos y no otros, etcétera, es algo que puede cuestionar o solidificar el poder de las distintas fracciones del personal. De ello se concluye que el poder de los internos reside justamente en ser la fuente del poder del personal.

El modelo que puede etiquetarse como oficialista -por ser el pregonado por la Dirección del hospital así como por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y

Medioambiente de la Provincia<sup>18</sup>- es el antimanicomial, que defiende la implementación de dispositivos de tratamiento alternativos y de un régimen de puertas abiertas. Con él se identifica un equipo interdisciplinario que trabaja en la sala n° 1, y que incluye a una jefe médico psiquiatra, tres médicos concurrentes de psiquiatría, un psicólogo, tres asistentes sociales y una terapeuta ocupacional, que tienen una antigüedad en funciones que va desde los siete meses a los dos años. Este equipo es el más eminente patrocinador de una política desmanicomializadora. Algunos de sus integrantes forman parte a su vez de un dispositivo alternativo: el psicólogo es quien impulsó la instancia de la asamblea y una de las asistentes sociales es la que conduce el lavadero de autos. Dentro del esquema del personal profesional de la sala se incluye asimismo la participación de una psicomotricista, pero se corroboró que trabaja con los pacientes de manera ocasional y ante demandas puntuales, no participando con ello de la cotidianeidad del servicio de internación.

La dinámica de la sala n° 1 está ritmada por la tirantez de las relaciones entre el equipo interdisciplinario y el plantel de enfermería. Éste último es señalado por el primero como el responsable de boicotear las iniciativas de cambio, y de reforzar el encierro y la sujeción de los enfermos. A diferencia de los profesionales que integran el equipo, entre los enfermeros hay un número importante que desempeña sus funciones de larga data. El enfermero jefe, por ejemplo, cuenta con 24 años de servicio. Se trata de diversas trayectorias y vivencias dentro de la sala, lo cual puede estar en el origen de una visión distinta de las cosas. Los mucamos, por su parte, parecen participar del mismo universo simbólico de los enfermeros, aun si su presencia y su rol no sean demasiado destacados dentro de la vida íntima del servicio de internación.

La sala n° 2 es descripta por el discurso dominante como el más vigoroso bastión de la lógica manicomial. Allí no se encuentra nada parecido a un contrapeso del poder de enfermería, sino más bien su refuerzo en la figura de una jefa médico psiquiatra (con cinco años de antigüedad en su función) que parece encarnar el personaje omnipotente del que habla Foucault.<sup>19</sup> Al momento de ser entrevistada, la misma defendió su rol como el científicamente autorizado para conducir el tratamiento de los internos, impugnando la autoridad de profesionales como asistentes o trabajadores sociales para discutir sus decisiones respecto, por ejemplo, a la medicación de los pacientes. Al referirse a la política sostenida por la Dirección, aludió a una modificación cosmética de las cosas -amplificada por la recepción que de ella hacen los medios de prensa-, que no se traduce en mejores condiciones de vida para los

---

<sup>18</sup> La reglamentación de la apuntada Ley de Salud Mental resume la postura de este organismo público.

<sup>19</sup> Ver: Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

enfermos psiquiátricos. También habló de la existencia de una batalla ideológica que se impone en detrimento de un plan de salud realista y razonable para atender a los enfermos psiquiátricos.

El resto del plantel profesional de la sala 2 lo componen un médico clínico (con 25 años de antigüedad), tres médicos concurrentes de psiquiatría (de seis meses a tres años de antigüedad) y una trabajadora social (con casi cuatro años de antigüedad). También figuran en el organigrama provisto por la División Personal dos psicólogos, pero se constató que de un tiempo a esta parte comenzaron a discontinuar su visita a las salas, concentrando su atención en el consultorio externo. El trabajo entre los profesionales mencionados respeta un esquema piramidal, en cuyo vértice se ubica la jefa de psiquiatría. Según el relato de la trabajadora social de esa sala, es precisamente por ello que no se formó en la sala de mujeres un equipo interdisciplinario semejante al que funciona en la de hombres, siendo que las asistentes sociales, la psicomotricista y los psicólogos que supieron desempeñarse en aquella, desistieron de ejercer su labor en un entorno en el que sus propios aportes se veían desestimados. La misma informante explicó su permanencia allí en términos de una lucha política por desarticular una conducta manicomial especialmente fuerte en la sala de internación n° 2.

La relación entre los dos equipos profesionales nombrados es notablemente distante, lo que contrasta con el hecho de que sus oficinas son contiguas, ubicándose ambas salas de internación en un mismo sector del territorio institucional, con un acceso compartido y un pasillo interno que las conecta. Los miembros de cada equipo entrevistados afirmaron no concertar el trabajo con la sala vecina, diciendo ignorar el modo de organizarse de la otra pero dando a entender seguidamente que existe un antagonismo básico que impide cualquier entendimiento. Sin hacer explícita tal pugna, todos los discursos coincidieron en identificar otra lógica frente a la cual se autodefinen a través de la negación.

Lo que unifica a las salas 1 y 2 es la postura del plantel de enfermería, con los mucamos como satélites. El enfermero es sin duda el personaje clave dentro del servicio de internación. Es quien cuenta con más horas de trabajo en la sala, cumpliendo todas ellas al lado del paciente en la conducción de las rutinas y el suministro de los cuidados diarios. Los internos sólo reconocen el vínculo con un otro en la figura del enfermero, no abonando mayor relación con el equipo profesional. Todo ello consiente un poder amplificado al plantel de enfermería, que resulta el más propiamente habilitado para, parafraseando a Foucault, decir la verdad de la enfermedad, producir la enfermedad en su verdad y someterla en la realidad,

merced al poder que su voluntad ejerce sobre el propio enfermo. Mientras Foucault describe al personaje médico como el “amo de la locura”<sup>20</sup>, aquí es el enfermero el que ocupa ese rol.

Esta particular ubicación del grupo de enfermeros dentro del entramado de relaciones de poder, hace que se vea habilitado para jaquear las iniciativas que amenazan con debilitar su supremacía, o atacarla en sus fundamentos. Los cimientos del poder del enfermero se ven sacudidos si éste no puede sujetar al enfermo en los límites de su propia influencia. Esto explica que enfermería comparta la desconfianza sobre los beneficios de un régimen de puertas abiertas, en un argumento que contrapone los riesgos que implica para el paciente su salida al exterior y su circulación no controlada por el hospital, a las bondades de un cuidado personal y celoso hacia el interior de un territorio demarcado. Carentes de un área con límites inmutables donde preservar a los internos, los enfermeros suelen poner en práctica la fijación mecánica de éstos, no sólo en casos de excitación aguda –como una medida de aplicación transitoria hasta que la medicación correspondiente haga efecto-, sino también como una estrategia de economía del control –salvándose entonces de una vigilancia activa a través de un territorio ampliado y más complejo- y de castigo. En caso de que los pacientes manifiesten una ingobernable tendencia escapista o estén sumamente descompensados, también ordenan los enfermeros su reclusión dentro de las habitaciones.

El vínculo que se suele entablar entre el plantel de enfermería y la población de pacientes es de una tutela semejante a la paternidad/maternidad, con una notable infantilización del enfermo psiquiátrico y un engrandecimiento del poder del enfermero. Existe una suerte de apropiación del primero por parte del segundo, que asume su alimentación, vestimenta, baño, acicalado y medicación, anulando la propia autonomía de los sujetos asistidos. Este tipo de lazo hace que el enfermero pueda verse habilitado a negar el permiso a un paciente para concurrir a un dispositivo alternativo “porque se portó mal”, cuando en teoría la inclusión en estas iniciativas no depende más que de la voluntad de los pacientes, sin requerirse en principio la venia del personal de la sala. Sin embargo, como se apuntó, la posición clave de enfermería dentro del servicio le permite obstaculizar casi cualquier política que vaya contra ella. Este grupo coincide en restar importancia al trabajo de los dispositivos alternativos, evocando un pasado mejor en el cual los internos tenían un programa activo de tareas que permitían desarrollar sus potencialidades. Esta postura se escuchó no sólo de la boca de los informantes de más edad, sino asimismo de jóvenes que, aun sin vivenciar otra época del hospital más que la presente, se hacían eco de este sentido compartido.

---

<sup>20</sup>Ibidem. Pág. 388.

De acuerdo con las consideraciones expuestas, la lógica que se plantea en la sala nº 1 es de oposición tensa entre enfermería –con un poder fuertemente cimentado- y el equipo interdisciplinario –que intenta instaurar otra racionalidad y otras prácticas-; mientras que en la sala nº 2 se observa un trabajo aceitado y una relación de camaradería entre el personal de enfermeros y mucamos y la jefa de psiquiatría, con un intento aislado de trocar el estado de las relaciones de fuerza por parte de la trabajadora social. Este estado de las relaciones de fuerza que se intentó retratar hasta aquí puede ser llevado a un nivel más profundo de análisis si se toma en cuenta la organización cotidiana de las actividades dentro del servicio. La adopción de un punto de vista tal suma en dinamismo y muestra cómo se ejercita positivamente el poder, entendido en términos de la estructuración del campo posible de acción de otros. De ahí la pertinencia de entrar de lleno, ahora sí, al examen conjunto del uso del espacio y las relaciones de poder.

### **Usos espacio y relaciones de poder**

La reseña de la cotidianeidad de las salas es la llave de entrada al análisis de las relaciones de poder tal y como éstas se manifiestan en la práctica. De acuerdo con el material obtenido de las entrevistas en profundidad y de las observaciones etnográficas, se puede afirmar que en el servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López existe un antagonismo básico entre un modelo desmanicomializador defendido por el discurso oficial de la institución, y un modelo manicomial enraizado en el hacer cotidiano de un sector clave del personal. Las rutinas cumplidas a diario por los internos son sintomáticas de esta pugna.

Antes de entrar en el detalle del discurrir de la vida íntima de las salas, es menester detenerse en una descripción del medio físico, en tanto la dimensión espacial es cardinal en este trabajo. Como se apuntó, ambas salas están situadas una al lado a la otra, separadas del cuerpo central del hospital y rodeadas de un jardín. En los patios lindantes, hay mesas y sillas fijas al suelo. Una galería abierta cruza el parque conduciendo del edificio principal al servicio de internación. En el acceso central están situadas las oficinas del equipo profesional de cada sala, a la izquierda la entrada a la sala 1 y a la derecha la correspondiente a la sala 2, diseñadas en espejo. Las puertas que comunican estos tres lugares –metálicas, gruesas y pesadas, como todas las del servicio- están continuamente abiertas durante el día.

Cada sala contiene un salón de grandes dimensiones, en cuyo interior hay varios grupos de tablonés, banquetas y sillas plásticas, un televisor y ventiladores empotrados a las paredes y un conjunto de lockers metálicos para que los pacientes dejen sus pertenencias (aunque hay menos lockers que pacientes, y no todos tienen su candado en condiciones, por

eso la mayoría carga siempre consigo sus cosas). Contiguamente está el pabellón con las camas, mediando entre ellos la oficina de enfermería y una pequeña “salita de cuidados”, que tiene menos de diez camas y sirve a los fines de enclaustrar a los pacientes que por su “patología” o su “estado” necesitan una supervisión más detenida.

El pabellón aludido alberga varias decenas de camas, de material metálico, alineadas por sectores. Posee unas pequeñas ventanas situadas casi a la altura del techo –inalcanzables sin la ayuda de una escalera u objetos que oficien de tal-, enrejadas y con cortinas. También en lo alto hay ventiladores asegurados a los muros, así como un equipo de aire acondicionado. No hay más mobiliario que el que se mencionó, de modo que los pacientes no tienen dónde preservar sus cosas más que en el suelo y al acecho de los demás. Tampoco hay nada que divida las camas o preserve a los pacientes de la mirada ajena: los cuerpos desnudos están siempre dispuestos para ser observados. Lo están también en el baño: hacia la mitad de la habitación está apostada una puerta metálica con una ventana vidriada en el medio, a través de la cual se divisan perfectamente las duchas y los sanitarios. Ni siquiera allí se está preservado del examen de un tercero.

La impersonalidad del espacio descrito, con una disposición uniforme y homogeneizadora de los pacientes y la negación de cualquier resquicio de intimidad, resuena bastante al manicomio descrito por Goffman. Se frustra la identificación con un territorio personal y la construcción con ello de la propia subjetividad.

Como regla general, se respeta en el servicio de internación una ordenación siempre idéntica de las jornadas, cuyo ritmo está pautado principalmente por los horarios de comida – las cuales son suministradas indefectiblemente en el salón-, y accesoriamente por los de higiene. La monotonía de días casi calcados que se suceden unos a otros es quebrada sólo excepcionalmente, en ocasión de un evento como las festividades de fin de año –fecha en la cual se suele preparar una comida diferente y algún espectáculo-, o de la coordinación de una salida a paseos de la ciudad como la Costanera, la granja La Esmeralda, el Parque del Sur o el camping de UPCN –cuya frecuencia es indeterminada, una vez cada tantos meses-. Los fines de semana se acata la misma rutina de los demás días, con la variante de que hay un número más reducido de personal, rotativo o de guardia, y de que en el hospital hay menos movimiento de gente.

Un día típico comienza alrededor de las 7.30 de la mañana, horario en el que los pacientes son despertados. Se procede entonces al baño de un grupo de ellos -con la entrega de la muda de ropa correspondiente-, luego de lo cual se les proporciona a todos el desayuno. Pasadas las 11.30 se sirve el almuerzo. A ello sucede el horario de la siesta, que se extiende

desde las 12 a las 15 o 15.30 horas. El resto de los pacientes que no recibieron el baño matinal tienen su momento de aseo luego de esas horas de descanso. A las 16.30 se ofrece la merienda y 19.30 la cena. Alrededor de las 21.30 se insta a los pacientes a reingresar al pabellón para permanecer allí hasta el otro día.

Entre los horarios de comida los pacientes pasan las horas tomando mate, una especie de ritual incesante en esta población. Apenas terminan de comer sacan las sillas plásticas a la galería que bordea el patio o al patio mismo, y preparan la infusión. Algunos permanecen en soledad y otros se agrupan para ello, con lo que se dan contadas interacciones entre miembros de una y otra sala, siendo no obstante lo más habitual que cada uno se vincule con personas de su mismo sexo. Estas pequeñas reuniones son generalmente circunstanciales y mudables, no existiendo por lo general una pertenencia cerrada a un círculo de confraternidad. El momento de compartir el mate a veces va acompañado de momentáneas conversaciones, aunque habitualmente predomina un silencio pesado que, junto con una disposición abandonada del propio cuerpo, parece traducir un ánimo de abulia y letargo.

El espacio en el que los internos atienden pacientemente el devenir de la jornada está mayormente circunscripto a las salas y el jardín limítrofe. Algunos se dedican a circular por el edificio central pidiendo monedas o cigarrillos a quienes se cruzan en su camino. Hay pacientes –no la mayoría- que eligen también franquear los límites del servicio para asentarse en el parque próximo a la entrada del hospital. Si bien esta zona escapa al control inmediato de los enfermeros, no se trata de un espacio eximido de vigilancia. La entrada principal de la institución permanece siempre cerrada, estando habilitada una puerta de ingreso ubicada unos metros más al norte. Dicho ingreso está franqueado por un puesto policial correspondiente al Destacamento nº 9 de un lado, y por el cubil de los serenos empleados por el hospital del otro. Aun si estos efectivos del orden no se ocupan de identificar a cada uno que entra o sale del establecimiento –siendo masiva la circulación de personas que requieren los distintos servicios del Mira y López-, sí obstaculizan el egreso de individuos cuyo aspecto exterior no deja dudas sobre su padecimiento psiquiátrico. En el límite, hay espacio para que esquiven esta barrera quienes logran disimular su pertenencia al servicio de internación.

La tentativa de salir está animada corrientemente por el interés de comprar cigarrillos, o alguna comida o bebida, en un comercio ubicado cruzando la avenida en la que se emplaza el hospital. Para adquirir tan preciados bienes también se puede negociar con un hombre apostado diariamente del otro lado del tejido perimetral del hospital, que se dedica a la venta de golosinas, tabaco y similares. Quienes por su permanencia de años en la institución y su docilidad reconocida gozan del beneplácito de enfermería, tienen más libertad que otros para

salir al exterior. Más allá de estas licencias, en principio para todos corre la obligatoriedad de cumplir con un trámite administrativo para ausentarse del hospital, debiéndose gestionar el permiso correspondiente. Si alguien manifiesta la voluntad de salir y médicamente no está en condiciones, debe ser instado a firmar un alta voluntaria de modo de eximir de responsabilidades al personal de salud. Lo que ocurre efectivamente es que se intenta evitar el egreso de los internos, sobre todo por parte de enfermería, que ve en el exterior un territorio lleno de riesgos que comienza en la avenida sobre la que se erige el establecimiento, con la eventualidad de que sobrevenga un accidente automovilístico.

Lo notable de todo esto es que, si bien se dice cumplir con un modelo de gestión de puertas abiertas, la lógica del encierro sigue todavía vigente. Pareciera como si se hubiese ampliado el terreno a través del cual los pacientes pueden desplazarse, pero en el límite el muro no logra ser derribado. Se sigue manejando un vocabulario de tipo carcelario, en tanto ante la ausencia no pactada de un paciente “se reporta la fuga”, poniendo al tanto de la situación al personal policial con competencia en el caso. Personalmente se presenciaron varios episodios en los cuales personal de enfermería literalmente corría a un paciente que intentaba marcharse, devolviéndolo a rastras al servicio de internación con ayuda de efectivos de seguridad.

La descripción realizada hasta aquí abona la tesis de que en el hospital Dr. Emilio Mira y López se defiende públicamente un modelo de gestión antimanicomial –de puertas abiertas, de tratamiento alternativo, desinstitucionalizador- del servicio de internación psiquiátrica, mientras que hacia el interior de este medio el personaje más fuerte es justamente el último bastión de la racionalidad que sostiene el encierro clásico: el enfermero. A pesar del discurso deliberadamente progresista que respalda el modelo de puertas abiertas oficialmente vigente en el hospital, y de las reformas impulsadas al abrigo de éste, yacen prácticas de tipo manicomial firmemente enraizadas en un grupo clave del plantel profesional, que logra inocular su lógica en la población de internos. En la tensión entre dos modelos de gestión de la locura, el tratamiento de la dimensión espacial se revela como una pieza clave.

## **Reflexiones finales**

A lo largo de páginas precedentes, se avanzó en el análisis del binomio espacio-poder considerando su funcionamiento hacia el interior de instituciones de clausura con fines disciplinarios, tomando por caso el servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio



Mira y López. A través de un trabajo de entrevistas en profundidad y observaciones etnográficas, se accedió a la realidad de este particular escenario social, revelándose la existencia de dos lógicas -la manicomial y la desmanicomializadora- cuya oposición tensa define en lo sustancial el entramado de relaciones sociales y la dinámica propia de este medio.

Una de las ideas que resulta como corolario de este trabajo, es que el servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López no reproduce, en toda su rigidez, un esquema de tipo manicomial o carcelario -al estilo de los descriptos por Goffman y Foucault-, no obstante se descubre que comparte su lógica fundamental, con la duplicación de un conjunto de prácticas que le son propias. La introducción de un modelo de gestión de puertas abiertas inauguró en esta institución algunas novedades que no atacan los cimientos del patrón manicomial dominante. El flamante modelo antimanicomial aboga por cierta fluidez en el uso del espacio y una continuidad sin grandes mediaciones entre el adentro y el afuera. Las iniciativas promovidas al abrigo de estos objetivos no logran sin embargo destronar al manicomio.

Los pacientes pueden ahora circular por ese territorio ampliado que suma el hospital general al servicio de internación, pero eso cuando no están inmovilizados o encerrados, y cuando logran quebrar la inercia de una disposición próxima a las salas. Su salida al exterior -que debería ser un eslabón más de un tránsito liberado- es un foco de intensos conflictos, y de controles más o menos rigurosos según el caso. La racionalidad que sostiene el encierro goza todavía de buena salud.

Con Goffman se aprendió que una institución total se define por el encierro, la cuadrícula exhaustiva del espacio y la administración minuciosa de las rutinas, y que la vida de sus internos se desenvuelve constreñida por estos límites, imponiéndose su desprendimiento de un entramado social más amplio y de las relaciones de utilidad y valor propias de cualquier sociedad. La realidad del Mira y López se asemeja bastante al cuadro retratado por Goffman, sólo que en este caso éste está algo flexibilizado. El encierro, el espacio cuadrículado y la rutina administrada goffmanianos están presentes en el servicio de internación del hospital, no obstante el discurso a favor de la desinstitucionalización en boga y el relativo ablandamiento del esquema represivo asociado a la supresión de lo más espectacularmente manicomial: el alambrado, la reja, el box de aislamiento, el electroshock.

La “arquitectura moral” que tan agudamente describe Foucault en *Vigilar y Castigar* no es susceptible de ser identificada en su perfección en el Mira y López. Tampoco esa vigilancia continua y jerárquica propia del Panóptico benthamniano analizado por el mismo autor. Sin embargo, se demostró que efectivamente pervive la racionalidad que anima a este

modelo de gestión de tipo carcelario o manicomial, siendo algunas de sus prácticas censuradas y otras transformadas en la convivencia forzosa con quienes defienden un proyecto opuesto.

## **Bibliografía**

- Clausuran “el corralito” en la cárcel de Coronda. (2008, octubre 5) *Litoral: Política*.
- Colucci, M. y Di Vittorio, P. (2006) *Franco Basaglia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mántaras, M. G. (1998) *El “Mira y López” demandado: interrogado, acusado, necesitado. Estudio de la demanda asistida por el Hospital “Mira y López” de la ciudad de Santa Fe durante 1997*. Tesis de Maestría en Salud Mental, Universidad Nacional de Entre Ríos, Facultad de Trabajo Social, Argentina.
- Poder Ejecutivo de Santa Fe. Decreto Reglamentario N° 2155 / 2007. Disponible en: [www.senadosantafe.gov.ar](http://www.senadosantafe.gov.ar)
- Sozzo, M. (1996) Derechos Humanos en la Intersección Institucional Psiquiatría-Justicia Penal. Informe sobre la sala psiquiátrica de la Unidad Penitenciaria n° 1 de la provincia de Santa Fe. En *Informe anual sobre la situación de los Derechos Humanos en la Argentina*. (pp. 167-200) Buenos Aires: CELS
- Spadaro, P. (2008) El hospital psiquiátrico en la mira. Reflexiones sobre la función social del hospital psiquiátrico a partir de las representaciones de trabajadores del hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe. En Piovani, J. y Torti, C. (comp.) (2008) *V Jornadas de Sociología de la UNLP. Cambios y continuidades sociales y políticas en la Argentina y la región en las últimas décadas. Desafíos para el conocimiento social*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.