

Título de la ponencia: 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.

Autor: Patricia Spadaro

Pertenencia institucional: Universidad Nacional del Litoral, estudiante de Lic. en Sociología.

Dirección de correo electrónico: patricia.spadaro@yahoo.com.ar

Introducción

Marginadores y marginados, ocultadores y ocultados: cada sociedad a lo largo de su historia coloca a determinados grupos en los extremos de este binomio. La puesta en funcionamiento de procesos de segregación no ocupa un lugar secundario en el seno de una formación histórica, sino que se presenta como una condición de posibilidad para la reproducción de un modelo societal. Dotados de una relación estrecha con la organización económica, política y cultural de una sociedad dada, estos procesos se desarrollan en utilización de un conjunto de dispositivos que sirven a los fines de *rotular, calificar y punir* determinadas conductas y personalidades.

Entre las instituciones clásicas que se identifican con esta empresa se cuenta al hospital psiquiátrico. Desde sus orígenes, esta institución es concebida como un proyecto orientado a ocultar algo que la sociedad rechaza y no tolera, por atentar contra su cotidianeidad. Lugar de control social, de marginación, donde se intenta mantener bajo clausura algo que se identifica como patológico, dado que es considerado como un peligro potencial para el orden social. La psiquiatría se presenta en este marco como un ámbito de prácticas donde se combinan lo médico y lo disciplinario, estando históricamente relacionada con la normalización de la subjetividad. Al saber médico se le asigna el papel de establecer en una sociedad la línea de demarcación entre lo normal y lo patológico, convirtiéndose de este modo en una práctica técnico-política. En el lugar de los marginadores, el médico. En el de los marginados, el loco.

Es materia de debate de las páginas siguientes *la función de la institución psiquiátrica hacia el interior de una sociedad dada*. El objetivo es poner en tensión esta idea de hospital psiquiátrico como entidad de ocultamiento y disciplinamiento de la locura -en línea con los planteos de Michel Foucault- a partir de una investigación

empírica llevada a cabo en el hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe a finales de 2007. Realizado fundamentalmente a partir de entrevistas en profundidad¹, este estudio apunta a desentrañar estructuras de significación y lograr un conocimiento interpretativo de las representaciones de los trabajadores del mencionado nosocomio. Particularmente, interesa conocer las *representaciones de miembros del personal del Mira y López sobre la función social del mismo*. Es necesario subrayar que se trata de un análisis de carácter exploratorio, dada la ausencia de investigaciones precedentes relativas al tema en el medio santafesino. Las líneas de indagación sugeridas se dirigen hacia la superación de este vacío de conocimiento.

La estructura del escrito contempla una primera parte que brinda algunas coordenadas para poner en contexto el objeto de estudio: una breve reseña histórica del hospital que se detiene en las formas en que se gestionó y se gestiona hoy la locura. El período de transición a la democracia aparece a este respecto como una línea divisoria entre dos formas de abordar la locura y administrar el psiquiátrico. Una segunda parte del trabajo recoge las representaciones de los trabajadores de la institución aquí considerada respecto a la función de la misma dentro de la sociedad. Al final de este recorrido, a modo de conclusión se ensaya una revisión de lo abordado y se proponen algunos puntos de partida para posibles investigaciones futuras.

Institucionalización del manicomio: encierro y sujeción del cuerpo.

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

¹ Las entrevistas son citadas en el cuerpo del texto en letras itálicas y entrecomilladas. Entre corchetes se señalan los comentarios pertinentes. Al final de la cita se indica el informante:

I1: Jefa del Departamento de Estadística.

I2: Subjefa del Departamento de Estadística.

I3: Jefa del Departamento de Enfermería.

I4: Enfermera miembro del Concejo de Administración.

I5: Jefa del Servicio de Psiquiatría.

E: Entrevistadora.

En su creación, el hospital fue dotado de un gran pabellón de internación dividido en una sala para hombres –sala nº 1- y otra para mujeres –sala nº 2. Este pabellón aún se conserva y lleva desde la fecha el nombre de Antonin Artaud².

“Las dos salas con las que [el hospital] se inaugura era psiquiatría. En ese tiempo las dos salas tenían lo que se llamaba las habitaciones de aislamiento, los boxes. Los boxes de aislamiento. Eran habitaciones con un colchón. Nosotros entrábamos con un llavín, con un llavín de hierro. No estaban las puertas abiertas. Esto es historia. El pabellón de la 1 y de la 2 estaban cerrados todo el tiempo. Y si bien tenían un patio al cual podían acceder los pacientes, el patio estaba todo alambrado. Todo alambrado.”

(11)

Hasta 1984 contaba con un pabellón psiquiátrico penitenciario, pero la presión de los trabajadores en huelga, que veían en estos pacientes una amenaza, impulsó el traslado de esta sección a la cárcel de Coronda. 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. Una construcción nueva y juzgada lujosa en el contexto hizo que rápidamente se distorsionase la función de ese espacio. La sala de hombres terminó destinada a pacientes judiciales de mayor influencia y poder adquisitivo, mientras que la de mujeres alojaba a las pacientes de más edad. Distintos servicios de clínica médica así como una sala de paidopsiquiatría –para asilar pacientes psiquiátricos menores de 15 años- fueron incluidos en el primer diseño del hospital. La posibilidad de mantener estos servicios y de incorporar otros nuevos se encontraba -y se encuentra al presente- sujeta a las vicisitudes presupuestarias.

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 paciente, evitar que permaneciera excitado o agresivo, es decir, someterlo físicamente. Los recursos frecuentemente utilizados para el caso eran la insulinoterapia –shock insulínico-, la malarioterapia –provocación deliberada de fiebre palúdica-, las duchas frías, el encierro en boxes de aislamiento, los abscesos de fijación -inyecciones

² Miembro del movimiento surrealista francés cuyos desequilibrios mentales le valieron sucesivas internaciones en asilos psiquiátricos desde la temprana edad de 16 años.

subdérmicas de trementina que causaban una severa reacción dolorosa que llegaba a resultar inmovilizante- lobotomías en sus variaciones y terapia electroconvulsiva – electroshock.

“Me han llamado para que viera [cómo se practicaba un electroshock]. Para que aprenda. Y bueno, ahora parece horroroso, es horroroso digamos, espantoso, pero en ese momento era un elemento terapéutico. [...] Nosotros teníamos pacientes en la sala de mujeres que con los medicamentos no salían y con el electroshock andaban bárbaras. Vos decís ahora a la nueva camada le decís el electroshock y “¡aaaaa, por favor, cómo lo hacían!” Y bueno, en ese momento era un recurso terapéutico, como en su momento fueron las ventosas o cualquier otra cuestión terapéutica. Yo no creo que haya sido con intención de dañar, al contrario. Pero en ese momento se usó. Se usó, como se usó el chaleco de fuerza.” (I1)

El ingreso en junio de 1943 de una orden de religiosas –las Hijas de Nuestra Señora 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.

En términos de Foucault, este ejercicio práctico del poder, la autoridad y el dominio sobre los pacientes psiquiátricos puede ser leído como un ejercicio de *poder soberano*. De un lado la figura del médico –o sus representantes-, del otro la del enfermo: soberano y súbdito, el primero investido de un poder absoluto, el segundo desprovisto de poder. Bajo esta lógica, el médico-soberano tiene la facultad de hacer sentir toda la fuerza de su poder cuando el comportamiento del enfermo-súbdito no se ajusta a su voluntad, haciendo uso para ello de una forma de castigo que se encarna sobre el cuerpo de éste último. Este “arte de las sensaciones insoportables”, como lo denomina Foucault, sirve tanto para actualizar y hacer patente el desequilibrio de fuerzas como para, a través de la misma espectacularidad de esta técnica de la economía soberana de poder, servir a la disuasión de eventuales comportamientos desviados de la parte del resto de los enfermos-súbditos. El planteo foucaultiano y lo

recuperado hasta aquí a propósito de la forma de gestionar a los pacientes psiquiátricos que era habitual en el Mira y López -de acuerdo como lo recuerdan los entrevistados- se alinea de una manera, cuando menos, sorprendente.

Transformaciones: puertas abiertas, abordaje interdisciplinario.

Las primeras décadas del siglo pasado conocieron un profundo debate en el seno de países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia e Italia respecto a las prácticas médico-psiquiátricas. Con la fenomenología de Karl Jaspers y el psicoanálisis de Sigmund Freud como herramientas teóricas, se procedió a una dura crítica de la situación de dominación inscripta en la relación psiquiatra-alienado y se buscó trocar la referencia exclusivamente médica, con su voluntad clasificatoria, por un marco filosófico que permitiese comprender al hombre como una totalidad, atendiendo asimismo a la pluralidad etiológica que está en la base de una patología.

En el escenario local, fue la transición a la democracia la que marcó el inicio de profundas transformaciones en el hospital Mira y López. Particularmente, caló hondo la propuesta de desmanicomialización propugnada desde Italia por Franco Basaglia. Esto se tradujo en una serie de medidas que cambiaron radicalmente el perfil de la institución: en 1984 se eliminó el uso de electroshock, se clausuraron los boxes de aislamiento, se quitaron los alambrados de las unidades de internación y se estableció un régimen de “puertas abiertas”.

“¿Qué se buscaba con hacerlo de puertas abiertas? (E)

Y...de sacarle el mote de manicomio. (I1)

Fue la nueva tendencia (I2)

Un modelo italiano... (I1)

Que no tenías que tenerlo privado de la libertad... (I2)

Contra su voluntad.” (I1)

Este proceso no sucedió sin tensiones y enfrentamientos entre los consolidados del viejo modelo y los advenedizos que cuestionaban las prácticas represivas otrora perpetradas por los primeros. Asimismo, significó una conmoción importante para todos los trabajadores del hospital y para los mismos pacientes, tanto como para la comunidad de la que la institución forma parte.

“Con Musacchio, en la dirección de Musacchio donde el hospital pasa a ser un hospital de puertas abiertas. Fue un despiole increíble. Porque fue abrir las puertas, sacar los alambrados, abrir los portones y dejar que los pacientes fluyan, sin haber preparado ni al personal, ni a los pacientes, ni a la comunidad sobre todo. Porque fue una invasión de pacientes pidiendo limosna acá enfrente, en los negocios y en todo... Ahora ya están habituados. Ahora el paciente, nuestros pacientes andan, circulan, siguen pidiendo, siguen babeándose, siguen estando por ahí desalineados y todo pero bueno, la gente viene al psiquiátrico y en el psiquiátrico están esos pacientes, no llama la atención. Pero hace 20 años atrás era horroroso que los pacientes se cruzaran y estuvieran pidiendo o estaban babeándose o con el pantalón por acá, entonces eso fue para la comunidad un shock muy duro. Y venían y ponían sus quejas.” (I1)

“En un primer momento no [fue positivo para los pacientes el régimen de puertas abiertas]. En un primer momento no porque pasaron de una actitud absolutamente proteccionista a un modelo de laissez-faire, hagan lo que quieran, vayan donde quieran. (I1)

Que no estaban preparados... (I2)

Entren donde quieran, coman si quieren, si no quieren tampoco...Yo te digo, yo he estado en la sala de mujeres y nosotros era una cuestión muy paternalista con los pacientes, eran nuestros pacientes. De sacarle el piojito, de acompañarlo, de llevarlo al cine, de todos así muy controlado, muy contenido. A lo mejor sí, por una cuestión de custodia que teníamos en ese momento porque respondíamos a otro modelo. Pero también con una cuestión muy paternalista de cuidado, de cuidado del paciente, de protección del paciente y todo lo demás. Bueno, cambia este modelo, pero fue así, tuc tuc, de un día para el otro. Nosotros tampoco estábamos preparados para eso, para ese cambio, entonces nos costó mucho. Ahora estamos habituados y bueno, ahí está la cuestión, en ir aggiornándose porque va cambiando la historia.” (I1)

En otro orden de cosas, cabe señalar entre los cambios del período la incorporación a las dependencias del hospital lo que hoy se denomina “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 pacientes regresan a sus hogares. A través de esta modalidad se brinda un tratamiento y una contención por parte del hospital sin que el paciente se aleje definitivamente de su entorno familiar y cotidiano. Esta iniciativa se inscribe en un ánimo de evitar la manicomialización de los pacientes, avanzando paulatinamente hacia una reinserción de las personas con dificultades psíquicas en el medio social. En la misma dirección se anota la creación de la “Casa de medio camino”, una casa separada del hospital donde residen un pequeño grupo de pacientes que están en condiciones de ser externados, que se encuentran allí con la tarea de autogestionarse recibiendo una supervisión del hospital cada vez más discontinua.

“No es que internamos tanto. Mientras pueda ser contenido por el medio familiar o el referente que tenga tratamos sí, de abordarlo en forma interdisciplinaria, y si necesita modificar el plan psicofarmacológico se le hace, y lo internamos solamente cuando es peligroso para sí o para terceros, cuando hay que hacer un corte de ese grupo familiar que está enfermo.” (15)

“Antes la consigna era evitar que salieran, ahora lo que hacemos es tratar de que haya reinserción social.” (13)

Otra de las transformaciones decisivas fue la ampliación de las facultades del Mira y López en el tratamiento de patologías. Conforme la zona de emplazamiento del hospital conocía un crecimiento poblacional importante, fueron muchas las demandas de la comunidad para que la institución incluyese nuevas especialidades y servicios además de la psiquiatría. Es así como se crearon consultorios externos, fundamentalmente relacionados con la pediatría, y distintos servicios de urgencia y consulta. 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. De este modo, el tradicional

manicomio santafesino se convirtió en un hospital polivalente.

En lo que respecta específicamente al tratamiento de las patologías psiquiátricas, se comenzó a trabajar de manera interdisciplinaria con el aporte de psicólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales, entre otros profesionales. Se avanzó hacia un abordaje que contempla a la persona como una *unidad*, que no hace caso omiso del contexto socio-económico de pertenencia del paciente, de su entorno familiar y de los conflictos que encuentran relación con su enfermedad psíquica.

“Se trabaja más interdisciplinariamente, el psiquiatra también hace psicoterapia, trabaja con el psicólogo, con el terapeuta, tiene otra relación con el trabajador social, otro abordaje. Siempre un paciente, o la mayoría de las veces, los pacientes con cuadros psiquiátricos traen aparejados un problema social, familiar, de contexto familiar o de lugar donde vivir, o de ingresos económicos. Ahora se puede trabajar de otra manera. Es un trabajo más interdisciplinario.” (I1)

“Actualmente el tratamiento depende de la situación de cada persona. Eso es un cambio importante.” (I3)

Aún si en este nuevo abordaje de la locura se privilegia construir una relación interpersonal con el paciente, basada en un diálogo con el que se busca que el enfermo exprese su conflicto y sea al mismo tiempo contenido por el equipo de profesionales – “curación por la palabra”-, no deja de ejercerse poder sobre el cuerpo. El chaleco de fuerza es ahora reemplazado por el “chaleco farmacológico”.

“¿Están todos medicados? (E)

Claro, sí (I2)

Sí, hay medicaciones fantásticas, que actúan de depósito, como el Lopidol, Fluoxetina, todo eso, que se usan ahora y que en nuestra época no había.

(I1)

No, y cuando abrió el psiquiátrico menos, cuando empezó el psiquiátrico...

(I2)

¡Chaleco de fuerza tenían!” (I1)

La tecnología de poder que adquiere centralidad en este período deja de ser la del poder soberano: desaparece el cuerpo como blanco de un castigo agudamente doloroso –las “mil muertes”- y desaparece el espectáculo de la punición. Se busca ahora *normalizar* la conducta a través de métodos librados de dolor –sobriedad punitiva-, en un castigo que no tiene como objeto exclusivo y primero al cuerpo sino que procura actuar sobre *el pensamiento, la voluntad y las disposiciones del enfermo*. Un conjunto de profesionales realiza un trabajo coordinado de conocimiento y apreciación del paciente, evaluando las técnicas más justamente adecuadas a cada cual en vistas a su curación. En el vocabulario de Foucault, se observa un pasaje desde una tecnología de poder soberano hacia una tecnología de *poder disciplinario*, como dos modelos de ejercicio del dominio de los pacientes psiquiátricos. Ésta podría ser prudentemente tomada como una traducción teórica de las representaciones del personal encuestado sobre los modos de gestión de los pacientes que predominaron en los dos momentos señalados.

Hospital psiquiátrico, ¿para qué?

Pensar al hospital como institución de tratamiento y asilo de pacientes psiquiátricos implica necesariamente reflexionar sobre la idea de locura y de las adecuadas formas de gestionarla que se hallan en la base de su constitución. A través de las entrevistas en profundidad realizadas a personal del hospital Dr. Emilio Mira y López se pudieron recorrer tres universos íntimamente ligados: cómo se piensa la locura, cómo se piensa que debe gestionarse, cómo efectivamente se gestiona. Aquí interesa especialmente recuperar cuál es, desde las representaciones de los entrevistados, la función del hospital hacia el interior de la sociedad, es decir, *cómo efectivamente se adapta a y se desempeña en el medio social*.

En primer lugar, se identifica como característico del funcionamiento de la institución la cronificación de los pacientes internados.³ En el discurso de los entrevistados se efectúa constantemente la contraposición entre lo deseable y lo realmente existente: la internación debería funcionar como una herramienta para resolver crisis agudas, luego de lo cual los pacientes retornarían a su entorno cotidiano,

³ De acuerdo con los datos recogidos, un 64% de la población internada en la sala de mujeres y un 81% de la internada en la sala de hombres son categorizados como pacientes crónicos.

en tanto que lo que efectivamente ocurre es que el proceso de externación difícilmente puede completarse con éxito.

“Siempre fue un hospital de agudos. O sea, en la crisis interna, se supera la crisis y se da el alta. Eso es el ideal. No que sea un depósito como tenemos muchos casos.” (I2)

Las causas de esta dificultad para externar a los pacientes pueden resumirse en una sola: el rechazo generalizado hacia la figura del “loco”. La propia familia no quiere volver a recibir al enfermo y éste tampoco encuentra cabida en otros espacios institucionales. El abandono es doble: familiar y social. No existen redes fuera del hospital en las que el paciente pueda ser contenido, y a esto frecuentemente se suma la carencia de recursos materiales propios y la imposibilidad –por el mismo rechazo social- de insertarse en el mercado laboral para poder generarlos de manera autónoma.

“El problema, aparte del problema mental digamos, que por ahí con un tratamiento ambulatorio andan bárbaro, está el tema social. Hay gente que no tiene dónde vivir, y es un problema actual. Ha quedado en las salas ese porcentaje de casos sociales. Bueno, ahora lo están trabajando desde otra óptica, la casa de medio camino y todo eso. Pero así y todo hay personas que han envejecido acá y que no encajan en ninguna otra institución.” (I1)

“Tenemos muchos casos sociales. Tenemos una viejita que quedó de la inundación del 2003. Por supuesto, ahora la viejita hizo como una demencia senil, pero la dejaron, nadie la buscó. Como estaban distribuidos en distintos centros de evacuados, esta viejita quedó olvidada, y bueno, eso es un caso social. Como ese tenemos un montón. Hay muchas pacientes, más mujeres que hombres en este momento, eran criados en la sala de niños cuando yo entré, ahora tienen cuarenta y pico de años y siguen en la sala grande, de adultos. Tienen un problema mental, pero podrían estar incluidos en la sociedad, podrían estar incluidos en la sociedad. Lo que pasa es que hasta ahora en nuestra sociedad la enfermedad mental es un poco tabú. Y la familia...Muy poco, muy poco. Tenemos muchos pacientes

que viven acá desde hace muchísimos años y que si tienen familia no los vienen a ver nunca, o no sé si sienten vergüenza, o qué se yo.” (I4)

Es un común denominador de las entrevistas realizadas la referencia al hospital como un “depósito” de pacientes, y a los internados crónicos como “casos sociales”. La sociedad, al rechazar y expulsar al loco, provoca su perpetua reclusión en el hospital. Éste se convierte en una instancia en la que se retiene a los pacientes para que pasen el resto de sus días neutralizados.

“Tenemos muchos casos sociales la mayoría, que no los vienen digamos después...La locura sigue siendo mal vista, sigue siendo tratada de ser ocultada en los hospitales neuropsiquiátricos. Por lo general después no los retiran. Tenemos pacientes que hace años que viven acá, te hablo de 30, 40 años que viven acá en el hospital. (I5)

¿Que no necesariamente tienen un problema psiquiátrico? (E)

No, no, que tienen un problema psiquiátrico, a lo mejor tienen un retraso mental, han tenido trastornos conductuales cuando han sido más jóvenes, ahora están bastante deteriorados, y no necesitarían vivir acá, si tuvieran un grupo continente podrían vivir en el afuera. Esos son los casos sociales que tenemos.” (I5)

Está siempre presente la referencia a la locura como un estigma, como una etiqueta que describe una identidad menospreciada, minusvalorada, objeto de segregación. Ser loco es objeto de rechazo, haber estado o estar internado en un hospital psiquiátrico lo es aún más.

“Y él [un paciente que está en la casa de medio camino] quiere trabajar. Pero ¿y a dónde, si tiene el sello del hospital psiquiátrico? Eso para mí, no sé vos que sos una chica joven, lo que la sociedad no alcanza a entender lo que es que cualquiera, nadie está exento de tener una dificultad mental y caer realmente acá en un psiquiátrico.” (I4)

Esta estigmatización de la locura y de la internación psiquiátrica aparece como un

lugar común en la sociedad, y la comunidad médica no escapa a ello. Esto provoca serios problemas para el cuidado de los enfermos, dado que ningún hospital quiere tomar a su cargo a un paciente que haya sido tratado en el Mira y López. El paciente psiquiátrico “es temido”, la locura genera miedo porque se asocia con algo difícil de dominar, imprevisible, desconocido. El enfermo mental no es visto como un hombre digno de cuidado, tampoco su enfermedad se considera de igual modo que otras enfermedades del orden físico, en tanto parece extendido el juicio de que padecer una patología psiquiátrica “deshumaniza”: *la locura como negación de la persona*.

“Un paciente desde el psiquiátrico es temido en otras instituciones. Muchas veces hemos tenido que hacer derivaciones a otros servicios y hemos tenido que asegurar turnos de enfermería para atender a esa persona en otro hospital, cuando debería ser atendido por enfermeras del servicio.” (I3)

“Los tipos que vienen acá, también tenemos problemas cuando tienen algún problema clínico. Los otros hospitales tampoco nos quieren recibir a nuestros pacientes. Porque “ay, le voy a poner una inyección y se va a excitar, me va a pegar, va a ser un desastre en el hospital.” Entonces también está ese prejuicio entre nuestros colegas. De que no, del Mira y López no, porque atienden psiquiátricos. Pero no, el paciente del Mira y López tiene corazón, tiene riñón, tiene hígado, tiene sistema respiratorio, es más vulnerable a las enfermedades, porque recibe medicación en forma permanente, porque fuma mucho, porque toma mucho mate, porque se alimenta mal, porque gastan mucha energía cuando hace sus descargas...Entonces es mucho más vulnerable. Y está solo. Y bueno, cuesta entender eso de que el hombre es un ser integral. Porque lo decimos todos cuando tenemos que rendir, pero después en la práctica no. “No, no, el paciente es tuyo”, te dicen en el Cullen. Aparece ahí con un dolor pero no, “es tuyo porque nos dijo que estuvo una vez internado en el Mira y López.” A lo mejor el paciente en ese momento sí, estuvo internado, sí, a lo mejor era un psicótico, pero también puede tener un abdomen agudo. Tenés que pelearla mucho para que te lo reciban, entonces cómo no vas a tener que pelear con el resto de la sociedad. No pelear, pero... Seguimos viste como

no queriendo ver eso.” (I5)

En algunos discursos se advirtió una alusión a la idea de que la locura no es un dato médico puro ni algo generado meramente por desarreglos en el orden individual, sino que se constituye como un *producto social e histórico*.

“Tratamos de atender las crisis y después externar al niño. ¿Por qué digo tratamos? Porque no es fácil la externación. ¿Por qué no es fácil? Porque es un niño de la calle, donde no tienen un grupo familiar que lo contenga, no tiene escolaridad, ese chico tiene trastornos en el comportamiento, generalmente comportamientos antisociales, o sociales en el caso de los chicos de la calle, lo que ha provocado la sociedad, o las políticas que hay en relación a la educación y la salud en la Argentina. (I3)

Es la misma sociedad la que objetiva a la población con problemas psíquicos como un peligro, como un adversario social, y la que coloca al hospital psiquiátrico como un dispositivo que sirve a los fines de ocultar eso que provoca rechazo y temor. En el ritual de la exclusión dentro los límites de la institución psiquiátrica se cumple la designación del enfermo psíquico como inhumano. Esta exclusión aparece justificada en términos de curación y se presenta asimismo como promesa de seguridad para el resto de la sociedad.

“La sociedad lo expulsa, por eso creo que existimos. Si uno lo integraría en su propia locura... Todos tenemos algo de locos. (I5)

¿Cuál te parece que es la función del psiquiátrico? (E)

Tranquilizador de la sociedad por saber que existe.” (I5)

Reflexiones finales

En la labor de análisis de la que se intentó dar cuenta en las páginas precedentes, se transitó por múltiples aspectos de la problemática recortada. Es preciso resaltar que un tratamiento en profundidad de los mismos requeriría un examen más detenido del apenas sugerido aquí. En este punto, y a modo de conclusión, interesa retomar las líneas centrales de lo expuesto así como plantear algunas inquietudes que podrían funcionar

como disparadores para investigaciones ulteriores. Todo ello teniendo en cuenta el carácter embrionario y acotado del presente trabajo.

El blanco de indagación de la investigación presentada fue el hospital psiquiátrico en tanto institución de asilo y tratamiento de la locura. Interesó en particular dilucidar la función del hospital Dr. Emilio Mira y López de acuerdo con las representaciones de miembros del personal allí empleado. Con la propuesta de Michel Foucault como insumo teórico, se pensó este objeto hacia el interior de procesos sociales de marginación, los cuales colocan al loco en la posición de una alteridad que amerita ser ocultada. Desde la perspectiva foucaultiana, la locura no es tanto una entidad natural como una *construcción social*. Prácticas institucionales, procesos socio-económicos y formas de discurso están en la base de una *experiencia históricamente constituida* de la cual surge la *figura cultural del loco*. Ésta se postula como objeto de aborrecimiento y marginación, y el hospital psiquiátrico como institución que responde a la necesidad de ocultamiento.

La investigación empírica realizada, cuyo objetivo fue recoger las representaciones de los trabajadores del hospital Dr. Emilio Mira y López sobre la función social del mismo, reveló una realidad en clara sintonía con los planteos teóricos citados. De acuerdo con lo que se pudo hacer inteligible a partir del discurso de los entrevistados, existe una contradicción que da en el núcleo de lo que aquí se intenta observar. Esta contradicción relaciona lo que se postula en un plano ideal como finalidad del hospital psiquiátrico, y lo que tiene que ver con la función efectiva del mismo. Al respecto se evidencia que, antes que una institución dedicada exclusivamente a la atención de crisis en el orden subjetivo, el hospital psiquiátrico se resignifica como un receptáculo de personas que, a causa de padecer una enfermedad mental, sufren un rechazo social y tienen por ello dificultades para reinsertarse en su medio. La locura se presenta como un objeto de aversión y temor, tanto de parte del núcleo familiar del enfermo como de un contexto más amplio. Sorprendió especialmente la repelencia que parece suscitar el enfermo psiquiátrico hacia el interior de la misma comunidad médica –en particular, aquella que no se dedica a la psiquiatría. Se evita tratar con ese tipo de enfermos porque se los asocia con una imprevisibilidad que provoca miedo y desconfianza. La solución que se sugiere, desde los distintos ámbitos, parece ser siempre la misma: ocultamiento, es decir, *negación*. El hospital psiquiátrico cumple efectivamente con esta demanda social de encubrimiento y

silenciamiento de la locura. Ésta, como estigma y anulación de la persona, exige ser excluida de la cotidianidad. Dicha exclusión se revela como un mecanismo que apacigua el *temor colectivo* suscitado por el loco.

De acuerdo con lo desarrollado hasta aquí, se revela como un punto de partida sumamente interesante, para posteriores análisis, la indagación en profundidad de los procesos de construcción material y simbólica de la exclusión de la locura asociados a la institucionalización del hospital psiquiátrico. Otra cuestión sobre la cual también sería interesante reparar es en los efectos que la propia internación tiene sobre los enfermos mentales. Al respecto, se aludió aquí a dos consecuencias claramente negativas de la manicomialización: la cronificación y la pérdida de lazos sociales. Una genealogía de estos y otros fenómenos permitiría reconstruir las patologías que la propia institución genera.

Como conclusión del presente escrito, es importante subrayar que lo primordial en el abordaje de la locura, y de las instituciones creadas a los fines de gestionarla, es no perder de vista que se trata de *construcciones sociales*, propias de un período histórico y una cultura particulares. Tener siempre presente esta realidad previene de caer en una referencia puramente médica de la problemática, que habla de ella como un fenómeno estrictamente fisiológico. Por otra parte, un análisis de las formas en que efectivamente se concibe y se gestiona la locura serviría, seguramente, en la tarea de contribuir a evitar que lo instituido adquiriera una rigidez tal que el sufrimiento y la marginalización sean, una vez más, naturalizados.

Bibliografía de referencia

- Bravo, O. A. (2006). "La construcción institucional de los sujetos infractores a la ley considerados penalmente inimputables". Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional sobre Democracia. Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Gros, F. (2002). *Foucault y la locura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mántaras, M. G. *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, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.