

El gobierno de los ‘locos’. Tecnologías de poder en tensión en el servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López (Santa Fe, 2009) (*)

The government of the ‘mad’. Technologies of power in tension in the internation service psychiatric of the hospital of the Dr Emilio Mira y Lopez

Patricia Spadaro

Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina; l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, Francia
patricia.spadaro@yahoo.com.ar

Resumen

En el presente artículo se analiza sociológicamente el servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe, con el objetivo de dilucidar cómo se gobierna a la población asilada en esta institución. Para ello, se consideran la reglamentación y los usos del espacio y del tiempo –por parte de personal y pacientes-, entendidos como indicadores de determinada lógica gubernativa. La aproximación a este objeto de estudio fue realizada a través de una estrategia metodológica de tipo cualitativa, utilizándose conjuntamente las herramientas de observaciones etnográficas y entrevistas en profundidad. Lo que guía a este trabajo es una inquietud típicamente foucaultiana, cual es la de revelar el ejercicio del poder, entendido como conjunto de prácticas regulares y racionales que combina tácticas y estrategias. Desde esta perspectiva, el poder es estudiado términos de tecnología. A lo largo de este escrito, se reconocen y se examinan críticamente las distintas tecnologías de poder/gobierno que conviven en tensión hacia el interior del servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López.

Palabras claves: gobierno; locura; manicomio; antipsiquiatría; tiempo; espacio; Foucault

Abstract

In the present article we analyze, from a sociological point of view, the service of confinement in psychiatry of the hospital Dr. Emilio Mira y López from the city of Santa Fe, with the aim of elucidate how its the population is governed. With this purpose in mind, we consider the regulations and the uses of the time and the space –of the medical staff and the patients- understood as indicators of certain logic of government. The approach towards this object of study was made through a qualitative methodological strategy, being used jointly the tools of ethnographic observations and interviews in depth. What guides this work is a typically foucaultian preoccupation, what is to reveal the exercise of the power, understood like set of regular and rational practices that combines tactics and strategies. From this perspective, the power is studied in the terms of a technology. Throughout this paper, we recognize and consider critically the different technologies of power/government that coexist in tension within the service of confinement in psychiatry of the hospital Dr. Emilio Mira y López.

Keywords: government; madness; mental hospital; antipsychiatry; time; space; Foucault

Los estudios que se ocupan de analizar espacios institucionales diseñados para gestionar una población de enfermos psiquiátricos, no parecen tener mayor cabida en la agenda de investigación actual en ciencias sociales. Esta situación contribuye a reforzar la



marginación de este grupo social – ligada a la construcción histórica de la figura cultural del loco como un otro que se aparta de la norma social y que escandaliza-, siendo silenciado su discurso e ignorada su realidad. Presentar una investigación que aborda este tipo de medios sociales es entonces proponer el acercamiento a un tema que no es visitado hoy con regularidad, y puede que allí radique lo interesante del caso. Constituye asimismo una invitación a conocer y comprender el escenario de vida de ese otro social que sufre un doble padecimiento: la enfermedad subjetiva y el rechazo social.

En el presente artículo, se analiza sociológicamente el servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López de la ciudad de Santa Fe, con el objetivo de dilucidar cómo se gobierna a la población asilada en esta institución. Para ello, se consideran la reglamentación y los usos del espacio y del tiempo –por parte de personal y pacientes-, entendidos como indicadores de determinada lógica gubernativa. La aproximación a este objeto de estudio fue realizada a través de una estrategia metodológica de tipo cualitativa, utilizándose conjuntamente las herramientas de observaciones etnográficas –de la cotidianidad de las salas de internación- y entrevistas en profundidad –con pacientes y personal del servicio-.⁽¹⁾ Lo que guía a este trabajo es una inquietud típicamente foucaultiana, cual es la de revelar el *ejercicio* del poder, entendido como conjunto de prácticas regulares y racionales que combina tácticas y estrategias. Desde esta perspectiva, el poder es estudiado términos de *tecnología*. A lo largo de este escrito, se reconocen y se examinan críticamente las distintas tecnologías de poder/gobierno que conviven en tensión hacia el interior del servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López.

Analítica foucaultiana del poder

Como se adelantó, existe una clara inspiración foucaultiana en los fundamentos de la investigación sociológica que aquí se discute. El vocabulario esgrimido revela la identificación con determinados planteos del autor francés, que son reconocidos como herramientas útiles para afinar la comprensión del objeto de estudio construido. Esto ocurre, principalmente, con la conceptualización foucaultiana del poder.

En primer término, hay que señalar que no se encuentra en la obra de Michel Foucault nada parecido a una *teoría* del poder. Esto es coherente con la desconfianza que suscitan en el autor estas grandes empresas totalizadoras, en tanto se erigen sobre la objetivación del sujeto y la descalificación de otros saberes. En lugar de una *teoría*, entonces, Foucault construye una *analítica*, estableciendo algunos principios que orientan el examen del *cómo* del poder, del poder en su funcionamiento.

Primera pregunta clave para desentrañar este problema: ¿qué es el poder? Con vistas a dar respuesta a este interrogante, Foucault comienza explicando que *no* es el poder. El autor se opone abierta y enfáticamente a las concepciones tradicionales,

presentes en la ciencia jurídica y en la ciencia política. Contrariamente a lo que se suele entender, el poder no es un derecho o un privilegio que se posee a la manera de un bien, tampoco es susceptible de ser enajenado o transferido por medio de una operación del tipo del contrato. El autor desdeña el planteo contractualista propio del siglo XVII -bien condensado en la obra hobbesiana- como modelo explicativo. No existen para Foucault figuras susceptibles de ser identificadas como los titulares del poder, del mismo modo que no existe un afuera del poder. El poder siempre está ahí, nadie es ajeno a él: éste es coextensivo al cuerpo social.

De acuerdo con el autor, es inconducente el planteo que enfrenta dominantes –los que “tienen el poder”- y dominados –los que “no tienen el poder”-, como si pudiese detectarse un hecho singular y homogéneo de dominación. Al contrario, existen relaciones multiformes de dominación, que son sólo parcialmente integrables en estrategias de conjunto. Todo individuo se encuentra siempre en situación de sufrir y de ejercer al mismo tiempo el poder -según los distintos roles que asume en su vida con otros-, no siendo nunca un blanco pasivo del mismo.

En pocas palabras, el poder según Foucault es una *relación entre partes*, que comporta *estrategias*. No se trata de una relación unívoca y unidireccional, sino que existen múltiples y variables puntos de enfrentamiento, un juego de relaciones móviles y no igualitarias que atraviesa y constituye el cuerpo social. Es preciso añadir, además, que para Foucault el poder sólo existe cuando se pone en acción: éste es básicamente un ejercicio.

Segunda pregunta clave: ¿cómo funciona el poder? Aquí nuevamente el autor avanza a partir de la negación. El poder no funciona como un elemento meramente *represivo*, del orden de la prohibición. El poder se explica antes y fundamentalmente a partir de su dimensión *productiva*, a la que Foucault presta particular atención. El poder sirve en lo esencial a la producción de *subjetividades*: fabrica individuos, sujetándolos a identidades y encauzando sus conductas. De ahí que, en un texto de madurez de su obra, Foucault aclare que su pregunta por el poder ha sido en verdad una pregunta por el sujeto, o mejor, que la pregunta por el poder se derivó de su pregunta por el sujeto.(2)

Dos precisiones más a propósito del modo como funciona el poder. Una de ellas tiene que ver con un nuevo elemento que Foucault introduce también en su producción tardía. Entonces el autor da un paso más allá en su conceptualización, equiparando poder con *gobierno*. Se trata del gobierno entendido como estructuración del campo posible de acción de otros, y no así en su costado institucional. Tomando la primera acepción, el gobierno es asimilable al poder. Desde esta óptica, el poder actúa sobre las acciones de otros –y no sobre sus cosas o sus cuerpos-, y tiene a la libertad como condición necesaria de existencia. Bajo supuesto de que se pueda optar por diferentes

modos de conducta, el poder se da allí donde se incitan, facilitan u obstaculizan ciertas acciones. También la resistencia está ineludiblemente ligada al poder, presente en una multiplicidad de puntos a lo largo y a lo ancho del vasto campo estratégico de las relaciones de poder.

Resta agregar en este segundo punto una pequeña alusión al vínculo poder-saber. Foucault plantea una relación de mutuo reforzamiento, siendo que el poder funciona apoyándose en un saber, y que todo saber conlleva efectos de poder. El autor identifica en toda economía de poder un régimen de racionalidad que le es propio, un conjunto de racionalizaciones y formas de discurso que sirven al sostenimiento y a la configuración de cierto ejercicio del poder. Sólo puede ejercerse poder, dice Foucault, a través de la producción de verdad. Ésta importa no como propiedad de los enunciados, sino en tanto sirve a la legitimación de las prácticas. El poder definido de este modo, en tanto un conjunto de prácticas articulado con un determinado régimen de producción de verdad, es el poder entendido a la manera de una *tecnología*.

Tercera y última pregunta: ¿cómo analizar el poder? Aquí es conveniente listar una serie de precauciones de método que Foucault sugiere en varios de sus textos, y que condensa apretadamente en la clase del 14 de enero del curso *Defender la Sociedad. (Il Faut Défendre la Société. Cours au Collège de France: 1975-1976)*.⁽³⁾ En primer lugar, se trata de considerar el poder en sus formas e instituciones locales, en sus extremos, donde se vuelve *capilar*. Y no, al contrario, atender a las formas regladas y legítimas del poder en su centro, que son a la postre el efecto de conjunto de la acción de los micropoderes. Asimismo, es preciso escapar a las disquisiciones acerca de quién tiene el poder y cuáles son sus intenciones, que no tienen cabida dentro de una perspectiva foucaultiana. Se deben analizar las prácticas reales y efectivas, estudiar el poder en su funcionamiento, allí donde se implanta y produce efectos reales.

El poder, como se apuntó, no funciona a la manera de un fenómeno único e invariable de dominio, en el que unos monopolizan el poder y subyugan a quienes están desposeídos de él. Al contrario, el poder circula, funciona en cadena, y nunca se localiza en un punto en particular, esto es, nunca es apropiado por un sujeto. El poder se ejerce en red: una red en la cual todos los individuos son susceptibles de sufrir y al mismo tiempo ejercer el poder. El poder transita por los individuos. Sin embargo, esto no debe dar la imagen de una distribución democrática o anárquica del poder. En todo caso, habría que analizar el poder de manera ascendente, prestando atención a sus mecanismos más sutiles e ínfimos, viendo cómo éstos son colonizados y transformados por mecanismos más generales y formas de dominación global.

Finalmente, es preciso ser precavidos a la hora de analizar el vínculo entre poder e ideología. Foucault desestima la idea de que la ideología esté a la cabeza de las redes de poder. Antes que construcciones ideológicas, lo que sostiene al poder es un aparato de

saber en el que se incluyen discursos de verdad, métodos de observación, técnicas de registro, procedimientos de investigación y aparatos de control. Son precisamente estos elementos y su funcionalidad en el ejercicio del poder los que deben hacerse inteligibles.

La reseña de los aportes de Michel Foucault para pensar el problema del poder, sirve a la clarificación de la carga teórica y conceptual de este trabajo. El registro utilizado en esta investigación es manifiestamente tributario de cierta herencia foucaultiana, con lo que su consideración detenida se vuelve un prolegómeno necesario para comprender en profundidad las cuestiones que aquí se discuten. Dilucidado el poder en su pureza conceptual, se puede ahora sí ensayar su análisis en un medio social concreto. Esto supone permanecer fiel a la propuesta de Foucault: la de observar el poder en su funcionamiento.

En las páginas que siguen, se avanza en un acercamiento progresivo al nudo de la investigación realizada. En primer lugar, se presenta una historización de los modelos de gestión del hospital Dr. Emilio Mira y López identificados de un tiempo a esta parte, para luego analizar la situación actual a la luz de tales antecedentes. Finalmente, se aborda de lleno el problema de las tecnologías de poder/gobierno vigentes en el servicio de internación psiquiátrica del hospital Mira y López, desde una perspectiva que atiende a la reglamentación y los usos del espacio y el tiempo como sintomáticos de determinada lógica gubernativa.

Modelos de gestión del Mira y López: perspectiva histórica

Una comprensión acabada de la realidad actual del servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López, exige volver la mirada hacia algunos hitos de la historia del establecimiento. Atendiendo a los cambios en el modelo de gestión que comenzaron a cristalizarse hace más de dos décadas, se puede afinar el análisis de lo que se observa al presente. Se trata de ofrecer una visión de conjunto de los modos de administrar la institución -y la población en ella asilada- que se han sucedido de un tiempo a esta parte. Esta reseña general habilita para una posterior consideración en detalle de las distintas racionalidades y prácticas de gobierno que conviven hoy en el servicio de internación psiquiátrica considerado, susceptibles de ser englobadas dentro de dos grandes tecnologías de poder.

El primer elemento a tener en cuenta al ofrecer un cuadro general del Mira y López, es que esta institución fue diseñada para la atención exclusiva de personas con patologías psiquiátricas. La fisonomía de este primer hospital -fundado en mayo de 1943 en lo que entonces constituía una zona despoblada en las afueras de la ciudad- era claramente manicomial. Se inauguró con un pabellón de internación dividido en dos salas: una reservada para pacientes de sexo masculino -sala nº 1-, y otra para pacientes de sexo femenino -sala nº 2-. En ese tiempo las salas 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 tránsito de los pacientes. Este pabellón de internación aún se conserva y lleva desde su creación el nombre de Antonin Artaud. Es precisamente este escenario el que fue observado en la investigación que aquí se presenta.

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 insulino terapia,(4) la malarioterapia,(5) las duchas frías, el encierro en boxes de aislamiento, los abscesos de fijación,(6) lobotomías en sus variaciones y terapia electroconvulsiva.(7)

Esta notable empresa manicomial atravesó importantes transformaciones en los años en los que la Argentina iniciaba su transición democrática, durante la primera mitad de la década de 1980. Una de las novedades más importantes es la ampliación de las facultades del hospital 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 este 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.(8) La atención psiquiátrica pasó a ser una especialidad entre otras, con los servicios de internación, guardia y consultorio externo.

Un segundo gran cambio conocido también 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.(9) Particularmente sensible a los efectos de poder de la institución asilar como empresa opresiva y alienante, Basaglia desestimó los anhelos bienintencionados de quienes querían dar un viso humanitario a los manicomios, transformando su dinámica de funcionamiento interno. A su juicio, era necesario atacar la persistencia misma de la institución total. Basaglia sostuvo una postura claramente abolicionista, y encabezó un proyecto político que contemplaba la construcción de una red de servicios por fuera del manicomio, como contención para evitar nuevas internaciones y asistir a quienes fuesen dados de alta. Su planteo es claramente sintomático de un nuevo modo de pensar la locura y los modos de administrarla, con la antipsiquiatría como movimiento crítico de mediados del siglo XX que cuestiona el derecho absoluto de la no-locura sobre la locura,

con el médico psiquiatra como el amo de ésta última y el hospital como extensión y reforzamiento de ese poder ilimitado.

La identificación con el proyecto basagliano en el Mira y López se tradujo en la concreción de 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 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 2006 y 2008 se inauguraron 6 dispositivos: un lavadero de autos, una radio, un polo de fabricación de productos de panadería, una casa de medio camino,⁽¹⁰⁾ una asamblea⁽¹¹⁾ y un taller de cerámica. Es un denominador común a estos dispositivos alternativos 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. El movimiento descrito, originado en torno a 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 primeros. Esta línea de fuerza es clave para leer hoy día el sistema de interrelaciones hacia el interior de las salas 1 y 2. 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-, parecen jugarse la vida y la muerte simbólicas.

Retrato de la situación actual

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 casi 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.

Lo que hasta aquí fue designado en términos de *modelos*, puede ser convenientemente traducido, en un lenguaje foucaultiano, como *tecnologías de poder* o *tecnologías de gobierno* –expresiones sinónimas, de acuerdo con las precisiones conceptuales apuntadas al comienzo-. Se han identificado hacia el interior del servicio de internación psiquiátrica del hospital Dr. Emilio Mira y López dos discursos bastante homogéneos, susceptibles de ser entendidos como regímenes de verdad, que justifican cada uno determinado conjunto de prácticas. El cuadro de situación observado anima a hablar de una tecnología de poder/gobierno manicomial y de una tecnología de poder/gobierno desmanicomializadora –o antimanicomial-, que conviven en tensión dentro del servicio de internación citado.

La tecnología que puede etiquetarse como oficialista -por ser la pregonada por la Dirección del hospital así como por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud y Medioambiente de la Provincia-(12) es la antimanicomial, que defiende la implementación de dispositivos de tratamiento alternativos y de un régimen de puertas abiertas. Con ella se identifica un equipo interdisciplinario que trabaja en la sala nº 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 nº 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 nº 2 es descrita 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.(13) 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 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, 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 nº 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,(14) 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”(15), 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.

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.

Espacio, tiempo y gobierno

La estrategia elegida para dilucidar el problema del gobierno de los internos en el servicio de internación psiquiatría del hospital Mira y López, consiste en atender a la

reglamentación y los usos del espacio y del tiempo. Se parte del supuesto de que toda relación social se desarrolla forzosamente en el tiempo y en el espacio, y que – desde un enfoque foucaultiano- toda relación social es en sí misma una relación de poder, en tanto en la interacción con un otro está ínsito el ejercicio de estrategias tendientes a promover o desbaratar ciertos cursos de acción. Si el poder en tanto gobierno funciona como una estructuración del campo posible de acción de otros, y si toda acción es en el tiempo y en el espacio, de ahí se sigue que el poder funciona favoreciendo determinados usos del tiempo y del espacio y censurando otros. Finalmente, tiempo-espacio-poder es un triángulo clave para leer un sistema de interacciones sociales.

La reseña de la cotidianeidad de las salas de internación, leída en clave de usos del tiempo y del espacio, es entonces la llave de entrada al análisis de las tecnologías de gobierno. 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 una tecnología de poder/gobierno desmanicomializadora defendida por el discurso oficial de la institución, y una tecnología de poder/gobierno manicomial enraizada en el hacer cotidiano de un sector clave del personal. Las rutinas cumplidas a diario por los internos son sintomáticas de esta pugna.

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, 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-. Durante 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.

Entre los horarios de comida los pacientes pasan las horas tomando mate, lo que parece ser un ritual siempre repetido para esta población. 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 de internación (compuestas por un pabellón de camas y un salón con tabloneros y sillas donde se les da la comida) y el jardín limítrofe. Algunos se dedican a circular por el edificio central del hospital pidiendo monedas o cigarrillos a quienes se cruzan en su camino. Hay pacientes –no la mayoría– que eligen también franquear los límites del servicio de internación 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 n° 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 psiquiátrica.

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.

Esta misma racionalidad manicomial se reproduce en las actividades que los pacientes realizan, o precisamente en la prescindencia de ellas. Los dispositivos de tratamiento alternativo no logran captar a los pacientes, ya sea porque su inclusión en ellos implica un período de formación profesional –como en el caso del polo productivo de

fabricación de galletitas y el lavadero de autos- o bien porque se exige un compromiso sostenido en el tiempo que se constata que los pacientes no logran mantener. Tanto la radio como el polo productivo se sostienen pura y exclusivamente con gente de fuera del hospital, algunos de ellos pacientes externados. El lavadero de autos cuenta únicamente con dos trabajadores permanentes de la sala de hombres, ninguno de la de mujeres. La asamblea sí reúne a pacientes internados, precisamente porque es pensada para discutir las problemáticas de esta población. Los pacientes que eligen participar de este dispositivo son todos de la sala de hombres, con la excepción de dos o tres mujeres que a veces se suman. El número de participantes varía de asamblea en asamblea - promediando las diez personas- y a veces a lo largo de un mismo encuentro. Otro dispositivo que congrega sólo a hombres es el taller de cerámica, que reúne regularmente a seis pacientes, siendo con ello el dispositivo más concurrido. Cuando comenzó el taller la asistencia era del orden de los 16 o 17 pacientes, pero conforme la coordinadora del taller enfatizó la necesidad de acatar determinadas reglas de trabajo - con una producción variada y numerosa de piezas de calidad para su posterior venta- la asistencia comenzó a mermar. Ocurre que los pacientes se acercan habitualmente al taller con la intención de pasar allí el tiempo tomando mates o fumando. Contra ese hábito manicomial combate la persona responsable de este dispositivo.

Considerando en conjunto la realidad de los distintos dispositivos de tratamiento alternativos, se constata que éstos no tienen pleno éxito en la captación de los sujetos asilados en el servicio de internación psiquiátrica, o bien conocen una relativa frustración en su intento de inculcar en ellos una nueva racionalidad, alejada ya del modelo manicomial. Los enfermos psiquiátricos internados en el hospital Mira y López parecen hacer suya la lógica manicomial, incorporándola en sus conductas y en su cuerpo mismo, en lo que parece ser el triunfo de las ambiciones de enfermería. Para la mayoría, la vida en el servicio se limita a cumplir con los horarios de comida y de baño, y a recibir la medicación correspondiente cada vez, episodios entre los cuales transcurre un tiempo inmutable y monótono.

El cuadro de situación que se procuró retratar 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. Así las cosas, la tensión entre una tecnología de gobierno manicomial y una tecnología de gobierno

desmanicomializadora, se resuelve las más de las veces a favor de la primera.

Reflexiones finales

De acuerdo con la investigación realizada, la introducción de un modelo de gestión de puertas abiertas en el hospital Dr. Emilio Mira y López inauguró algunas novedades que no atacan los cimientos del patrón manicomial dominante. El modelo antimanicomial que inspira estas reformas aboga por cierta fluidez en el uso del espacio y una continuidad sin grandes mediaciones entre el adentro y el afuera, además de la ruptura con la temporalidad detenida y aletargada de los hospicios a través de instancias que importan códigos que rigen en la sociedad en su conjunto, asociados fundamentalmente al trabajo. 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. También aquella que prolonga la esterilidad del tiempo de los sujetos mientras permanecen aislados en la institución. Si bien existen dispositivos pensados para incorporar a los internos en actividades laborales, múltiples factores concurren para frustrar estas tentativas. De ello resulta que la mayoría de los pacientes dejan transcurrir pasiva e improductivamente las horas entre los momentos obligados de la alimentación y la higiene.

En el proceso de transformaciones que se describió a lo largo del artículo, se identifica algo análogo a lo que Robert Castel llama *aggiornamento*.⁽¹⁶⁾ Se modifican las condiciones de ejercicio de la psiquiatría y del tratamiento de sujetos con sufrimiento mental, pero se perpetúa una misma racionalidad y cierto conjunto de prácticas. El fenómeno de la antipsiquiatría -que quienes defienden una tecnología de gobierno antimanicomial reivindican como inspiración-, es analizado por Castel como uno que no avanza más allá de una modernización psiquiátrica. Aun si amparado en un imaginario político de la liberación -que embandera ideas antiautoritarias y solivianta una sensibilidad social exacerbada ante la represión-, no es a la postre más que reformismo. Se trata siempre de tomar al enfermo mental como objeto de una intervención que es del orden de la tutela, con una total responsabilización sobre este sujeto-objeto que niega su propia autonomía.

La imposibilidad de reemplazar, en el servicio de internación psiquiátrica del Mira y López, una tecnología de poder manicomial por una tecnología de poder antimanicomial, se explica en primer lugar por la solidez del poder de enfermería. Este grupo, según se argumentó, detenta un rol clave en la conducción de las actividades cotidianas de las

salas de internación, y es un referente decisivo para el conjunto de los pacientes. Se trata de un grupo que se identifica con una tecnología de gobierno manicomial legitimadora de su función, y que tiene éxito en inculcar esta racionalidad en los enfermos psiquiátricos. Éstos últimos se pliegan a la voluntad de los enfermeros, con lo cual concurren a robustecer un modelo basado en su propia objetivación, esto es, en la negación de su subjetividad.

Finalmente, se puede argüir que el fracaso de la tentativa de instaurar plenamente una racionalidad y un conjunto de prácticas antimanicomiales, dimana de una lectura parcial de la propuesta de Franco Basaglia. El italiano expresa claramente su oposición frente a las empresas reformistas, defendiendo una postura irrecusablemente abolicionista. Las iniciativas que se ensayaron al abrigo de la propuesta basagliana en el hospital Mira y López instauraron ciertas novedades, pero siempre dentro de un marco institucional hospitalario y en convivencia con una tecnología manicomial. Así las cosas, se observa que la recepción local de las ideas de Basaglia las despojó de su radicalidad. Se puede concluir, entonces, que una de las claves explicativas de la falta de éxito de la empresa desmanicomializadora en el Mira y López se encuentra en una traducción incompleta del programa de la antipsiquiatría.

Notas

- (*) Este artículo presenta algunas conclusiones correspondientes a la investigación de tesina de licenciatura.
- (1) Se realizaron en total 11 observaciones etnográficas y 19 entrevistas en profundidad, con informantes de la población de pacientes y personal seleccionados a partir de criterios específicos. Las entrevistas suministraron un excelente material para desentrañar el entramado de relaciones de poder hacia el interior del hospital, en tanto los discursos recogidos no sólo aportaban un relato completo de la cotidianeidad de las salas. Además y fundamentalmente, exponían cómo, en la definición de las rutinas, se tensan distintos modos de entender la gestión de un servicio de internación psiquiátrica y el gobierno de la población allí asilada. Las observaciones etnográficas, por su parte, habilitaron un acceso a la dinámica diaria del hospital no mediado por las representaciones que de ella se formulan los sujetos, de modo que funcionaron como una interesante contraparte de las entrevistas.
- (2) En “El Sujeto y el poder”, Foucault explicita que el objetivo de su obra fue la historización de los modos a través de los cuales la cultura occidental transformó a los seres humanos en sujetos. En esos modos de objetivación que están en la base de la constitución de los sujetos, está forzosamente implicado el poder. Así las cosas, Foucault se ve involucrado de lleno en el análisis de éste último. Ver: Foucault, Michel. “El sujeto y el poder”, en Dreyfus, Hubert y Rabinow, Paul. *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*, Bs. As., Nueva Visión, 2001, pp. 241-259.
- (3) Foucault, Michel. *Defender la sociedad*, Bs. As., Fondo de Cultura Económica, 2001.
- (4) Shock insulínico.
- (5) Provocación deliberada de fiebre palúdica.
- (6) Inyecciones subdérmicas de trementina causantes de una severa reacción dolorosa que llega a resultar inmovilizante.
- (7) Electroshock.
- (8) Aún si en la entrada principal del edificio aún se observa la inscripción “Hospital psiquiátrico”.
- (9) Para un resumen de la vida y la obra de Basaglia, ver: Colucci, Mario y Pierangelo, Di Vittorio. *Franco Basaglia*, Bs. As., Nueva Visión, 2006.

- (10) 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.
- (11) Una reunión semanal en la que algunos pacientes –fundamentalmente de la sala de hombres- y un grupo de personal –limitado a un equipo interdisciplinario que trabaja en sala n° 1- discuten las problemáticas cotidianas de las salas y sus internos.
- (12) La postura de este último organismo está resumida en el decreto del Poder Ejecutivo n° 2155 de septiembre de 2007, que reglamenta –con un retraso de casi 16 años- la Ley 10772 de Salud Mental sancionada por la legislatura santafesina en noviembre de 1991. Ver: Poder Ejecutivo de Santa Fe, Decreto Reglamentario N° 2155 / 2007, disponible en: www.senadosantafe.gov.ar
- (13) Ver: Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico*, Bs. As., Fondo de Cultura Económica, 2007.
- (14) Con 40 horas de trabajo semanales, frente a las 24 que corresponden a las médicas jefas de psiquiatría de ambas salas y las 15 respectivas a los médicos concurrentes de psiquiatría, por citar sólo dos ejemplos.
- (15) Foucault, Michel. *El poder psiquiátrico*, Op. Cit., p. 388.
- (16) Ver: Castel, Robert. *La gestión de los riesgos: de la antipsiquiatría al post análisis*, Barcelona, Anagrama, 1984.

Recibido: 2 de septiembre de 2010

Aprobado: 15 de diciembre de 2010