

LAS INSTITUCIONES TOTALES

Características

Alicia S. Filpe

Bibliografía

Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

Selección del capítulo: "Sobre las características de las instituciones totales", pp. 15 - 132.

Goffman clasifica las instituciones totales de nuestra sociedad en cinco grupos:

- Las de cuidado de las personas incapacitadas e inofensivas: hogares de ancianos, ciegos, huérfanos, etc.
- Las de cuidado de personas que no pueden cuidarse a sí mismas y además son una amenaza para la comunidad: hospitales de enfermos infecciosos, los manicomios y los leprosarios.
- Las que protegen a la comunidad de personas que atentan deliberadamente contra ella: cárceles, presidios, campos de trabajo, etc.
- Las de carácter laboral: cuarteles, barcos, campos de trabajo, colonias, servicio en mansiones señoriales.
- Los refugios del mundo, para formación de religiosos: abadías, monasterios, conventos, etc.

“Un ordenamiento social básico en la sociedad moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en diferentes lugares, con diferentes coparticipantes, bajo autoridades diferentes, y sin un plan racional amplio” (Goffman, 2001: 19).

Goffman caracteriza las instituciones totales como aquellas en las que se produce una ruptura de las barreras que separan los ámbitos de dormir, jugar y trabajar:

- Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad.
- Cada etapa de la vida diaria de un miembro de estas instituciones se lleva a cabo en compañía de un gran número de otros, con el mismo trato y para hacer juntos las mismas cosas.
- Todas las actividades de la vida diaria están estrictamente programadas, en una secuencia que se impone desde arriba por normas explícitas y por un cuerpo de funcionarios.
- Las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, para los objetivos de la institución.

Es decir, en estas instituciones se manejan las necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles. Se da una escisión básica entre internados (la gran mayoría) y supervisores. Los primeros tienen limitado el contacto con el exterior, y se sienten inferiores, débiles, culpables, etc. mientras que los superiores, como su nombre indica, se sienten por encima, dominando a los reclusos. La información sobre éstos está también restringida y controlada por una minoría.

Un aspecto que señala Goffman con mucho detalle es el de las agresiones al yo, cómo se mortifica habitualmente y por distintos procedimientos la identidad subjetiva del interno: anulación del rol social, obediencia ciega, humillaciones en el trato con los superiores, desposeimiento de posesiones u objetos personales, uniformización, alimentación reglada, imperativos de confesar la vida privada en público, contaminaciones, control de movimientos (inmovilización, celdas especiales), violaciones de la intimidad, castigos y amenazas, malos tratos, etc. Goffman

analiza los efectos devastadores que todos estos rituales de agresión tienen sobre el yo. En el caso de los enfermos mentales, se comprende rápidamente que estas estrategias no pueden ser beneficiosas para la salud mental, sino todo lo contrario.

El autor expone las diferentes tácticas que adoptan los internos para adaptarse a esa nueva situación de control: regresión, intransigencia, colonización, conversión, etc. También describe la situación del personal laboral, y el desfase continuo entre ambos mundos, y las ceremonias institucionales, una serie de rituales de apariencia, de cara al exterior, o entre reclusos y vigilantes.

Otro aspecto interesante es el del desfase entre los presuntos fines de las instituciones totales y la realidad. Entre los fines se puede señalar el logro de algún objetivo económico, el tratamiento médico o psiquiátrico, la purificación religiosa, la protección de la comunidad contra la contaminación (moral y física), inhabilitación, retribución, intimidación y reforma, etc. Como se puede ver, la presunta "curación" del loco y la "rehabilitación social" del preso, no se pueden producir en estas instituciones.

Diccionario Crítico de Ciencias Sociales

Selección de MICROSOCIOLOGIA DEL DESPOTISMO

Una característica común de los trabajos de Foucault y los de Goffman es el interés por lo local, la mirada microscópica. En oposición a las grandes teorías sociológicas de carácter global (Marx, Weber, Durkheim), estos autores describen con detalle discursos, prácticas, ritos sociales, sin elaborar una teoría trascendental de la historia o de la sociedad, sino mostrando el cinismo de unas sociedades que se dicen libres y practican el despotismo en lugares que ocultan a la investigación y a la opinión pública (nada más difícil que investigar las cárceles españolas, por ejemplo).

De esta forma, Foucault va a revolucionar el estudio del poder, al cuestionar la visión tradicional que otorgaba a éste un lugar fijo, visible, singular, jerárquico, identificado con el Estado o la política de gobierno, inmóvil. El estudio de Foucault de la medicina, la psiquiatría, las cárceles, la historia de la sexualidad, la arqueología del saber, inaugura una visión reticular y plural del poder, que promueve la producción de discursos en distintos ámbitos (hablar del sexo de uno mismo, configurar la figura del delincuente, del loco, del pervertido, confesar todo lo que uno piensa a distintos expertos en salud mental, etc.). El poder ya no estará localizado en un lugar concreto, sino que será el conjunto de estas prácticas que nos constituyen en sujetos morales, o en sujetos de deseo, o en objetos de la ciencia, sin una finalidad última ni un motor de la historia.

En Goffman encontramos también esa mirada minuciosa, que algunos han criticado como banal o superflua, pero que en realidad muestra con lucidez la hipocresía de nuestras sociedades o la injusticia de las instituciones, el carácter de máscara de nuestra vida en sociedad, el significado de los rituales en público y en los internados.

LAS INSTITUCIONES TOTALES

Carrera del paciente

Bibliografía

Goffman, Erving (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

Selección del capítulo: “La carrera moral del paciente mental”.

Introducción

Las instituciones absorben a los individuos, a los que les insume tiempo y esfuerzo estar en ellas. Esto se ve especialmente en las que Goffman llama “instituciones totales”, que son aquellas cerradas al entorno, que

obstaculizan la interacción social (por ejemplo, asilos para ancianos; hospitales para infecciosos; cárceles; cuarteles y barcos; o monasterios y conventos). Goffman analiza estos cinco tipos de institución total.

Las instituciones totales manejan casi todas las necesidades de los sujetos mediante una organización burocrática de conglomerados humanos. Las personas están sometidas a estricta vigilancia. Los que conforman el personal vigilan a los otros, llamados “internos”. Los que vigilan tienen generalmente más contacto con el mundo exterior. La movilidad social entre ambos grupos es muy restringida: no es fácil para un interno pasar a ser supervisor o parte del personal, y viceversa. La comunicación entre ambos grupos es muy limitada, y cada grupo tiene prejuicios y estereotipos con respecto a los otros ("estos internos son todos rebeldes", por ejemplo).

El mundo del interno

El interno que ingresa, viene con una “cultura de presentación”, o sea con los hábitos que tenía en su vida de “afuera”. Al ingresar se enfrenta con otra cultura, la de la institución total, produciéndose una aculturación que, en casos extremos, puede convertirse en des-culturación: que le resulte imposible volver al mundo exterior y a sus hábitos anteriores.

El interno sufre una mutilación de su yo, a partir de la barrera que lo separa del mundo exterior. Los procedimientos de admisión y los “tests de obediencia” son una forma de iniciación a la que suele llamarse 'bienvenida', en la que, por ejemplo, se atribuyen apodos no deseados por el que ingresa. El interno es despojado de sus posesiones y la institución le proporciona, entre otras cosas, nuevas vestimentas que son iguales para todos los internos. Se confisca todo lo que no esté dado por la institución, generando que el interno se sienta desposeído. También se le da algún tipo de identificación, como un número, en reemplazo de su identificación anterior en el mundo externo.

En algunos casos los internos deben vivir en condiciones humillantes, como ciertos presos o enfermos mentales. Son frecuentes incluso los casos de

contaminación física (como por comidas en mal estado). Todas estas son agresiones -más o menos directas- al yo, ante las que el sujeto no puede reaccionar o quejarse como lo hacía afuera (efecto restringido de looping o retroalimentación).

Procesos de mortificación: al interno le está prohibido rebelarse o tener conductas de autodeterminación, incluso a veces se prescribe la automortificación o autoflagelamiento. Poco a poco también va instalándose un sistema de privilegios, lo que le permite al interno un margen para su reorganización personal (por ejemplo, existen recompensas si se cumplen las 'normas de la casa'). A veces se instala un sistema con etapas en cada una de las cuales se accede cada vez a mayores privilegios, aunque si no se cumple con todas las normas, puede volverse atrás.

Entre los internos hay agresiones, pero también solidaridad y fraternización, ya que la cultura del interno incluye la idea de haber caído en desgracia, y esto genera conductas de ayuda.

El mundo del personal

El personal suele ser consciente de la contradicción que hay entre cómo debería ser la institución (perseguir el objetivo de reformar a los internos), y lo que en realidad ocurre (infringirles castigo). La tarea del personal se caracteriza porque, -a diferencia de otros trabajadores- debe trabajar con personas, no con máquinas u objetos. Por eso en su tarea debe cumplir con ciertas normas humanitarias (como evitar suicidios, por ejemplo). Pero, además, se le exige mantener distancia de los internos, no involucrarse emocionalmente con ellos ni ceder a pedidos especiales ni acosos.

Las ceremonias institucionales

Además del tema de las vinculaciones personales ilícitas entre personal e internos, también hay otro tipo de contacto irregular: los internos pueden estar obligados a prestar beneficios personales al personal, como lavarle la

ropa, pintarle la casa, etc. Se trata de un 'relevo de rol', que incluso puede hacer de manera voluntaria el interno.

Hay ciertas ceremonias institucionales -como fiestas de fin de año, día de la independencia, navidad, etc.- en las que se generan situaciones especiales donde participan internos y personal ante un público de afuera de la institución (funciones teatrales, coros, muestras artísticas). En esos días la casa 'está abierta'. Otro ejemplo de ceremonias especiales se da cuando la institución es visitada por autoridades (por ejemplo, una cárcel es visitada por el comisionado). Ese día hay que limpiar y arreglar todo, y reina un clima diferente.

La carrera moral del paciente mental

El paciente mental hace un cierto recorrido o “carrera” como tal. Los aspectos morales de esa carrera aluden a los cambios que introduce en el yo de la persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí mismo y a los demás.

"Paciente mental" es aquí un concepto sociológico: es el individuo que es hospitalizado (no quien simplemente haga terapia o aquel que estando en libertad puede estar causando problemas). La misma internación u hospitalización genera efectos importantes sobre el yo del paciente. Su conducta muchas veces se debe más a su confinamiento social que a su enfermedad mental. Una vez internados, los sujetos inician su "carrera como paciente mental", que es más o menos similar en todos los casos, en cuanto a las etapas por las que debe pasar.

La carrera del enfermo mental se divide en tres etapas:

1. Etapa del pre-paciente: período previo a la internación.
2. Etapa del paciente: período de estadía en el hospital.
3. Etapa del ex-paciente: período posterior al alta.

Aquí consideramos solamente las dos primeras.

Etapa del pre-paciente

Algunos pacientes se internan por voluntad propia y con consentimiento familiar, cuando advierten en ellos síntomas de locura, desintegración, desorientación espacio-temporal, audición de voces, etc., pero muchos de estos síntomas -aterradores para el paciente- pueden ser sólo disturbios pasajeros debidos, por ejemplo, a un estado de tensión.

A veces la internación es sentida como un alivio: en vez de sentirse un sospechoso que busca engañar a los demás, el paciente se convierte en un sospechoso abierto y franco. Otras veces la internación es traumática, cuando el paciente confirma que lo que padece es algo más que su experiencia subjetiva de enfermedad.

Los pacientes pueden entrar al hospital de tres modos: por presión familiar, por presión policial o -esto sucede especialmente con los más jóvenes- por haber sido llevados engañados. La internación es un proceso de expropiación donde la persona pierde casi todos sus derechos. Incluso, más allá de su enfermedad o no, un paciente puede ser internado porque alguien hizo alguna denuncia contra él.

Existen ciertas "contingencias de carrera" que influyen en la internación, como por ejemplo la proximidad del hospital psiquiátrico, el prestigio del paciente y su status socioeconómico. También sucede que una persona es internada en una institución psiquiátrica porque no hay lugar en la cárcel, o porque su cónyuge formó nueva pareja (cuando hasta entonces lo soportaba en su condición de psicótico), entre otras causas. O sea, muchos internados son más víctimas de estas contingencias que de la misma enfermedad mental supuestamente padecida.

Además de las contingencias, hay un segundo factor en la internación, que es el circuito de personas que intervienen en ella. En primer lugar los allegados, familiares o conocidos que influyen en dicha internación. Después están los denunciantes, y en tercer lugar los mediadores que establecen el contacto entre el hospital y los familiares (policías, sacerdotes, médicos, etc.). El paciente siente muchas veces que todas estas personas se han confabulado

para internarlo y a veces hay razones para pensar así. Esto enfría las relaciones del paciente con sus allegados, pues se siente traicionado.

El paciente va sintiéndose cada vez menos libre y más engañado a medida que se van cumpliendo las condiciones para que sea internado. Los pre-pacientes suelen sentir la internación como una privación injusta y masiva de todas sus posesiones, y a veces consiguen convencer de esto a otras personas externas al entorno de agentes que participaron del proceso de internación (o sea personas que no son allegados, ni denunciadores, ni mediadores).

Sucede también que muchas veces los allegados y mediadores necesitan y buscan alguna justificación racional para retener por la fuerza al paciente en un lugar de internación. La carrera del paciente dentro del hospital depende en gran medida de las formas en que ha reconstruido -en forma retrospectiva- toda su etapa previa de pre-paciente (por ejemplo, provocará diferentes sentimientos si fue denunciado o si fue internado por presiones familiares).

Etapas del paciente

El último paso en la etapa de pre-paciente puede conllevar la certeza, justificada o no, de que fue abandonado: quedó al margen de la sociedad, y sus allegados le han vuelto la espalda.

Al principio, el paciente en el hospital se aísla para no mostrar una imagen mala de sí mismo, pero después suele empezar a colaborar y participar de la nueva interacción social que supone el hospital. El paciente empieza a recorrer el hospital, pero participa sólo con su apodo como modo de continuar en el anonimato. Es la etapa del asentamiento. Debe adaptarse a un nuevo régimen de vida, a una vida en común con los otros que empobrece la imagen que él tenía de sí mismo. Empieza a adaptarse a un "sistema de salas", donde hay habitaciones mejores y otras peores, comidas mejores y peores. Aparecen castigos y privilegios, pero el hecho de ir a una sala mejor

no implica una recompensa sino un acceso a un nivel mejor de socialización, y a una posibilidad para que el paciente mejore su imagen de sí mismo.

El ambiente y las normas del hospital psiquiátrico presionan al paciente a sentirse un caso patológico más, sintiendo que ha sufrido algún colapso social en el exterior, que fracasó, y que dentro del hospital no tiene la libertad ni la gravitación o importancia que tenía afuera. Puede fantasear con una historia "triste": él en realidad no está enfermo, sino que las circunstancias lo llevaron allí, y habla de injusticias. En la comunidad de los pacientes se puede construir todo un rol social sobre la base de estas ficciones recíprocamente sostenidas.

Como hay una relación directa entre las dificultades que ocasiona un paciente y su versión personal sobre el modo en que llegó allí, al desacreditar esta versión será más fácil que se avenga a cooperar. Esto hace que el interno debe "compenetrarse" -o fingir que se compenetra- con la perspectiva de sí mismo que auspicia el hospital.

El paciente siente que han invadido toda su vida, incluyendo el pasado, porque la concepción psiquiátrica supone que la enfermedad mental se origina en los primeros años de vida. El pasado del paciente pasa a ser condenatorio, y las historias clínicas mencionan hechos infantiles como ejemplos de su enfermedad (en realidad, todos los seres humanos contienen en su vida suficientes hechos denigrantes como para ser internados).

Así, el personal del hospital tiene derecho a conocer todo el pasado del paciente, generando una invasión de su intimidad. En la vida cotidiana del hospital corren rumores, hay murmuraciones, cualquier conducta fuera de lo común del paciente acentúa su patología a los ojos de los demás. Por regla general, las instituciones totales divulgan sistemáticamente el tipo de información sobre cada interno que éste puede tener interés máximo en ocultar. Allí todo lo privado se vuelve público.

El sistema funciona como una incubadora: los pacientes ingresan en condiciones sociales de primera infancia para pasar -al año- a salas de convalecientes en condiciones de adultos resocializados. Según su conducta,

Fundamentos de la Educación – Facultad de Psicología
Prof. Alicia Filpe

los pacientes son destinados a mejores o peores salas. Puede suceder que un descenso de su status moral en la institución, no revista importancia para el paciente ya que siente que no cambia su etiqueta de insano, que mantiene siempre desde que entró. En estos casos se percibe en el enfermo una cierta relajación y fatiga moral, donde nada importa.

A medida que el paciente hace su carrera, va cambiando su concepción acerca de su propio yo, y acerca del mundo en general, influyendo en esto notablemente el entorno social del hospital.