



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

G

La representación del espacio en instituciones totales

Una mirada desde la Antropología Visual

Autor:

Alvarez, Camila

Tutor:

Guarini, Carmen

2003

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas

Grado



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad
de Filosofía y Letras, UBA

TESIS

10-2-05

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

TESIS DE LICENCIATURA

Tema: LA REPRESENTACIÓN DEL ESPACIO EN INSTITUCIONES TOTALES

Una Mirada desde la Antropología Visual

56283

Autora: CAMILA ALVAREZ 91/22425287

Directora: CARMEN GUARINI

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS
Dirección de Post-Grado

Noviembre de 2003

Índice

Introducción.....	2
Capítulo 1. Teorías sobre el espacio.....	7
Capítulo 2. Pensar en imágenes y palabras.....	13
Capítulo 3. Emplazamiento de campo	16
<i>Breve Descripción y Reseña Histórica del Hospital Borda</i>	16
<i>Curso de Fotografía del Servicio N° 65</i>	19
<i>Sujetos involucrados: recorte y presentación</i>	21
<i>Mi rol en el campo</i>	26
Capítulo 4. Algunas consideraciones metodológicas.....	32
<i>Trabajo de Campo</i>	33
<i>Estrategias de filmación en las diversas instancias</i>	36
<i>Observación Diferida</i>	40
<i>Estrategias de Montaje del film "Uno se hace lugar en cualquier parte"</i>	41
Capítulo 5. El espacio institucional.....	44
<i>Sobre el Hospital Psiquiátrico como Institución Total</i>	44
<i>El espacio institucional en el Hospital Borda</i>	49
<i>Vivencia del Tiempo</i>	62
Capítulo 6. El espacio personal del paciente mental como interno	64
<i>Consideraciones sobre la categorización de enfermo mental e internado</i>	64
<i>El espacio personal de los internos</i>	67
<i>El placard -el ropeluz-</i>	81
<i>La cama y el parque</i>	83
<i>Lugares imaginarios</i>	85
Capítulo 7. El espacio fotográfico.....	91
Capítulo 8. Retratos.....	103
<i>Adrián Babic</i>	103
<i>Eduardo Fiamengo</i>	105
<i>Raúl Maciel</i>	107
<i>Alberto de la Iglesia</i>	111
Conclusiones.....	115
Agradecimientos.....	121
Bibliografía Seleccionada.....	122
Videografía y Filmografía.....	124

LA REPRESENTACIÓN DEL ESPACIO EN INSTITUCIONES TOTALES

Una Mirada desde la Antropología Visual.

La investigación etnográfica consiste en lanzarnos a una desalentadora aventura cuyo éxito sólo se vislumbra a lo lejos; tratar de formular las bases en que uno imagina, siempre con excesos, haber encontrado apoyo, es aquello en que consiste el escrito antropológico como desempeño científico.

C. Geertz

Podría escribirse toda una historia de los espacios, que sería al mismo tiempo una historia de los poderes [...]. Es preciso continuarla sin decirse simplemente que el espacio predetermina una historia que a su vez lo remodela y se sedimenta en él. El anclaje espacial es una forma económico-política que hay que estudiar en detalle.

M. Foucault¹

Introducción

Reflexionar sobre el origen en el desarrollo de mi tesis, me remonta a una sucesión de instancias encadenadas, en las que fue gestándose la temática, el trabajo de campo, y la investigación bibliográfica. Creo que tanto la elección del tema de esta investigación, como el emplazamiento de campo, fueron surgiendo a lo largo del '99, año en el que dicté un Curso de Fotografía para internos del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda. Aunque mi interés principal no estaba puesto en lo antropológico, mientras daba clases a los pacientes, fui vislumbrando ciertas cuestiones ligadas al uso del espacio que posteriormente maduraron en la temática elegida para un ensayo visual y textual² que realicé allí en el 2001, en el cual las palabras unas veces completaban las imágenes, donde la fotografía daba paso a la expresión gráfica de percepciones difíciles de verbalizar. Desde ese momento, quedó latente en mí el deseo de explorar en mayor profundidad ciertos interrogantes e hipótesis que surgieron a partir de esa experiencia (cosa que finalmente hice).

¹ en J. Bentham [1980].

² Que fue concebido en sus comienzos, como un trabajo fotográfico, acompañado por un pequeño texto que explicitaba la temática elegida y la metodología. Trabajé con unos diez pacientes, a quienes ya conocía porque habían sido mis alumnos. Durante un año, tuve encuentros con estas personas con una frecuencia semanal o quincenal, en los que conversaba y tomaba fotografías a partir de lo dicho por ellos. Más adelante, al ir llevando registros escritos de cada encuentro, se fue abriendo la posibilidad de las palabras. Este ensayo fue desarrollado dentro del marco del Seminario de Antropología Visual dictado por S. Sel en 2001, y presentado como trabajo final para la aprobación del mismo

Siendo fotógrafa, quizás mi primera afinidad con la antropología haya sido el énfasis en lo que se denomina *enfoque* antropológico³ que, en tanto doble movimiento de extrañamiento y familiarización, me resulta próximo a lo que considero como *mirada* fotográfica⁴. Diversos autores⁵ han puesto de relieve el hecho del nacimiento simultáneo de la antropología, la sociología y la fotografía, y sus intereses equivalentes en explorar lo social. De un modo aún más profundo, *“el cine y la antropología tienen una historia y desarrollo paralelos”*⁶, compartiendo orígenes e intereses comunes -los eventos de la vida cotidiana de las personas-, y metodologías -observación participante, y en las últimas décadas reflexividad-.

Dentro de la Antropología, siempre despertaron en mí particular interés aquellas cuestiones abordadas desde la Antropología Visual, a través del uso de la fotografía, el cine y el video, como algo más que una mera ilustración en imágenes del texto de una investigación (como pudo haberlo sido en sus inicios y aún bastante tardíamente⁷). La antropología visual constituye un abordaje autónomo⁸, puesto que el pensamiento que desarrollan las imágenes *“ofrece una materia específica, tan densa como la escritura aunque a menudo es irreductible a ella”*⁹.

Considero que cuestiones ligadas a la categoría del espacio son pasibles de ser abordadas desde lo visual¹⁰, por lo que esta tesis está constituida tanto por el texto escrito, como por las imágenes producidas (fotografías y video).

Los antecedentes de la presente investigación se remontan al referido ensayo fotográfico y textual, en el cual me adentré en la representación del espacio de personas que son consideradas enfermos mentales -psicóticos, desde ciertos saberes como la psicología y la psiquiatría-, y que se encuentran internadas en un hospital neuropsiquiátrico (Hospital interdisciplinario psicoasistencial José T. Borda). Mi principal hipótesis entonces era que la

³ Sobre la mirada antropológica, un artículo de M. I. Jociles Rubio [1999].

⁴ *Mirada y enfoque* son palabras propias del lenguaje visual. *“Despite the fact that ‘vision’ is used as a metaphor for ‘understanding’”*. J. C. Scherer, en E. Edwards [1992:33].

⁵ H. Becker [1974] y C. Pinney en E. Edwards [1992: 74].

⁶ J. Ruby *“Exposing yourself: Reflexivity, anthropology and film”* [pg. 166].

⁷ *“Since de invention or photography in 1839, pictures have more often than not been subordinated to the written word. Visuals have been used to seduce [...] readers rather than convey information.”* J. C. Scherer [1992], pg. 32.

⁸ Retomo en esta cuestión la perspectiva de Elisenda Ardèvol, *Por una Antropología de la Mirada: etnografía, representación y construcción de datos audiovisuales*, en Revista de Dialectología y Tradiciones Populares del CSIC, Madrid, 1998.

⁹ S. Guzinski [1995], pg. 13.

¹⁰ Como fuera remarcado por MacDougall, *“visual forms are thus attracting the attention of those anthropologists interested in the limitations and potential of anthropological texts, as well as those studying a variety of emergent social and cultural subjects. Their interests include (among other things): memory, the emotions, the senses, time and duration, the uses of space, the clustering of cultural phenomena, the shaping of personality, gender, posture and gesture.”* D. MacDougall [1998: 68].

concepción del espacio de estos individuos -que mantienen con la realidad exterior una particular relación¹¹, hecho al que se le sobreañadía la realidad de la internación en un hospital con determinadas características-, debía ser singular. Analicé cuestiones vinculadas al espacio personal en un medio social donde la intimidad está prácticamente vedada por el hecho de compartir los internos absolutamente todos los espacios destinados a las actividades cotidianas.

Mi punto de partida fue la idea de Durkheim, del espacio como una categoría básica del entendimiento¹², que no siendo innata sino de origen social, es reflejo de la forma en que los individuos se organizan socialmente¹³, y mi propósito consistía en indagar cómo, al modificarse radicalmente los lazos sociales de las personas que son internadas en una institución total, y al residir en un espacio íntegramente socializado¹⁴, los internos reestructuraban sus parámetros espaciales y construían un espacio personal¹⁵.

En esta instancia, si bien considero las cuestiones generales explicitadas más arriba, y retomo algunos puntos de dicho trabajo, consideraré aquí el Hospital Borda dentro del horizonte de establecimientos públicos que E. Goffman denomina "instituciones totales"¹⁶, y en este emplazamiento de campo pretendo analizar cómo es la representación del espacio sustentada por la institución y por los internos, desde la visión de los pacientes.

La hipótesis que funcionara como hilo conductor de mis preguntas y planteos a lo largo de esta investigación, puede resumirse en la siguiente afirmación: dadas las condiciones de vida para un interno dentro de la lógica totalizadora en el Hospital Borda, en un medio que inscribe la negación casi absoluta de un espacio individual, quienes residen en él encuentran maneras de generar sus propios espacios a través de tácticas que se filtran por las mínimas grietas de la estructura institucional. Mi principal objetivo consistió en llegar a descubrir y dilucidar las características de estos espacios personales.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las investigaciones sociológicas llevadas a cabo en hospitales psiquiátricos, giran en torno a la estructura y la organización hospitalaria,

¹¹ Desde una perspectiva médica, refiriéndome principalmente a los enfoques psiquiátricos y psicoanalíticos que sostienen que en estas personas, la realidad es resquebrajada (esquizofrenia) o reconstruida (paranoia). Según S. Freud, en Anna Freud [1986], y Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset [1979].

¹² Fundamentalmente en M. Mauss, E. Durkheim [1971], *De Ciertas Formas Primitivas de Clasificación*, y en Durkheim [1982].

¹³ La noción de espacio es *ocupada* de las maneras más diferentes, de acuerdo con las fuerzas sociales a las que esté vinculada.

¹⁴ donde la noción de hogar se diluye, y la de institución (con las consecuentes relaciones de poder, control y de disciplina puestas en juego) pasa a ser un organizador de las vidas.

¹⁵ Esta cuestión es desarrollada en el apartado *El Espacio Personal del Paciente Mental*.

¹⁶ Para una definición de esta categoría, ver el apartado "El hospital Psiquiátrico como Institución Total", en el Cap. *El Espacio Institucional*.

siendo las menos las que se concentran en la participación del enfermo en dicha lógica¹⁷, en este trabajo focalizaré precisamente en la perspectiva de los internos: cómo es apropiado, vivenciado, utilizado, y cómo se articulan el espacio personal y la intimidad de las personas en este medio. Me basaré para ello en las propias afirmaciones de los sujetos, en mis observaciones sobre ciertas prácticas cotidianas, como también en el análisis de tomas fotográficas efectuadas por ellos.

Considerando la perspectiva de los residentes en instituciones cerradas, sería factible un eventual replanteo de la organización institucional del espacio en función de los principales involucrados y no sólo del establecimiento¹⁸, por lo que, creo que un mayor conocimiento de estas cuestiones, abriría la posibilidad de una mejora en las condiciones espaciales de residencia en estos establecimientos. Afirmando con Lefebvre, que *todo espacio es significativo*¹⁹, y si, como considero, la organización espacial de una institución total como la abordada aquí, se construye en función de una lógica más amplia del cual el establecimiento forma parte²⁰, contribuir a dicho conocimiento, permitirá contar con ciertos elementos que permitan abordar un eventual replanteo de algunos aspectos del tratamiento de enfermedades mentales. *"Porque es posible que el espacio desempeñe un papel o una función decisiva en la estructuración de una totalidad, de una lógica, de un sistema; entonces, precisamente por ello no se le puede deducir de este sistema, de esa lógica, de esa totalidad. Se tiene, muy al contrario, que poner de manifiesto su función en dicha intención (práctica y estratégica)"*²¹.

Por último, quisiera con este trabajo aportar a la construcción de la antropología visual y al reconocimiento de la relevancia de un conocimiento audiovisual, como una alternativa de conocimiento (diferente a la textual) con sus propias características. Confío en que el material visual resultante, producto del abordaje de esta problemática desde esta perspectiva, permitirá el acceso al conocimiento obtenido a un público mayor (y aún no

¹⁷ como plantea Gilli en "Una Entrevista: La Negación Sociológica", en F. Basaglia [1976: 323]. Además, aunque se tomen en consideración las prácticas de los internos, en última instancia, el punto de vista adoptado en estos casos es el mismo, puesto que se trata de evaluarlas como ajustes al mecanismo institucional. Tal como afirman Levinson y Gallagher, es necesario considerar no sólo "lo que se les hace a los pacientes" sino al paciente mismo. En D. Levinson y E. Gallagher [1971].

¹⁸ Como sostiene Sommer que ocurre, según su propia investigación; *"Las modificaciones [de las instalaciones] se planearon e iniciaron desde arriba, y se realizaron por personas que no pasaron tiempo alguno en el hospital [...]"*. En R. Sommer [1974], pg. 154.

¹⁹ Una semiología de los espacios que permita comprender la relación entre la teoría [del espacio] y las prácticas [espaciales], siendo que *"en el seno del espacio percibido y concebido ya se encuentran el espacio teórico y la teoría del espacio"*. H. Lefebvre [1976: 24].

²⁰ De acuerdo con la hipótesis de Lefebvre del espacio como el lugar de la reproducción de las relaciones sociales de producción y sus planteos sobre espacio y política. En Lefebvre [1976: 23 / 62].

²¹ H. Lefebvre [1976 :25].

especializado) y, con ello, una posible apertura hacia la transformación de determinadas situaciones.

Capítulo 1. Teorías sobre el espacio

El objetivo de este capítulo es efectuar un breve recorrido por las principales teorizaciones referentes al espacio, para llegar a conformar un marco que me permita abordar la problemática central de la presente investigación.

Desde Kant, el espacio fue considerado como una categoría fundamental del entendimiento, una representación *a priori*, es decir, como una intuición pura, anterior a toda percepción de los objetos externos. Según Kant, si bien el espacio tiene una realidad empírica (en tanto se refiere a objetos externos), esta experiencia sólo es posible mediante la representación, lo cual hace que posea también un carácter de idealidad (ya que no es nada sin la razón que considera las cosas) y de subjetividad (la realidad del espacio no puede prescindir de su condición subjetiva)²².

Esta noción estuvo profundamente arraigada entre muchos pensadores que lo sucedieron, y fue Durkheim quien intentó superar el apriorismo y aún el empirismo imperante a partir del positivismo -que abordaba el estudio del espacio a partir de la descripción antes de toda teorización²³-.

Durkheim discute, en sus textos, con estas posturas imperantes en su época acerca del conocimiento científico, con el idealismo y con el materialismo (o empirismo) puros. En relación con las categorías del pensamiento (espacio, tiempo, sustancia, causa), critica a los primeros el supuesto de que estas categorías sean innatas, que no deriven de la experiencia, y que por tanto estén vacías de contenido real, y a los segundos, que las hagan depender de la experiencia individual, lo que no agota la complejidad de las mismas. Retoma algunos de los aciertos de ambas posturas, y adopta una posición racionalista, en términos de una preocupación por la búsqueda de leyes de causalidad, considerando las representaciones sociales. Concretamente, las categorías son para Durkheim representaciones colectivas que dependen del modo en que está organizada la sociedad.²⁴ Los individuos clasifican y lo hacen de acuerdo a cómo está organizada la morfología y las instituciones morales de la sociedad²⁵: "*la jerarquía lógica no es más que otro aspecto de la jerarquía social*"²⁶. Las condiciones de las que dependen las operaciones lógicas y las categorías del entendimiento,

²² En E. Kant [1987: 42 / 47].

²³ Concepción reinante en el urbanismo. En H. Lefebvre [1976: 30].

²⁴ E. Durkheim, *Las Formas Elementales de la Vida Religiosa*, [1982: 14], y M. Mauss, *Instituciones y Culto. Obras II*, [1971: 73].

²⁵ M. Mauss, [1971:14].

²⁶ M. Mauss, [1971:70].

son de naturaleza social: la organización social sirve de base a las relaciones lógicas entre las cosas. Lo universal es la existencia de una función clasificadora en todos los hombres, la manera en que ésta opera varía con cada organización social.

Tomando como referente también a Kant, Merleau-Ponty pondrá en cuestionamiento la separación que aquel estableciera entre la experiencia externa del espacio y las cosas dadas en él, planteando la existencia de una tercera espacialidad (diferente a la de forma y contenido) que da cuenta de la relación entre un sujeto (y no el pensador universal kantiano) situado en un medio (como totalidad o sistema), a la que él llama *espacio antropológico* en tanto es un *espacio vivido*, vinculante de objetividad y subjetividad. "*El espacio es existencial y la existencia es espacial*"²⁷, siendo así, entonces habrá tantos espacios como experiencias espaciales distintas.

En sus planteos, M. de Certeau retoma la perspectiva fenomenológica de M. Ponty efectuando una distinción entre *espacio* y *lugar*. Para de Certeau, el lugar se define por sus componentes físicos (el espacio geométrico de M. Ponty) que son estables ("están ahí"). El espacio aparece como la realización, la vivencia del lugar, como una categoría dinámica dependiente de las acciones de los sujetos: "*el espacio es un lugar practicado*"²⁸.

Pero De Certeau va más allá: traza un paralelismo en la relación existente entre espacio y lugar con la de la palabra el acto de habla. La analogía reside en el hecho de que tanto la enunciación y el andar consisten en una puesta en práctica de la estructura, en una realización (del lugar), a partir de la apropiación del sistema por parte del actor, y las relaciones que se establecen entre posiciones diferenciales (los movimientos). Como la palabra, el espacio (geométrico) es una totalidad inmóvil y normativa.

Esta propuesta me permite considerar la organización del espacio de una institución como una estructura, a partir de la cual cada sujeto postula su propia enunciación espacial.

En su ensayo sobre los *no lugares*, M. Augé retoma los planteos de M. De Certeau, para definir el concepto de lugar y su par antagónico (aunque no excluyente) de no lugar, aunque aclara que su dicotomía no es la misma que la planteada por Certeau entre espacio y lugar. Según la hipótesis central de Augé, el lugar, cargado de un sentido inscripto y simbolizado, con una identidad históricamente definida, sería lo propio de la modernidad. Por el contrario, la sobre [o pos] modernidad sería productora de no lugares, de espacios anónimos de ocupación provisional, efímera, situados más bien en el pasaje (el viaje como experiencia de no lugar arquetípico). Conserva así el término espacio para aquellas referencias más abstractas, de ámbitos no simbolizados.

²⁷ M. Merleau-Ponty [1975: 306].

²⁸ M. de Certeau [1996: 129].

Según creo, el Hospital Borda tiene en sí elementos de ambas categorías, de allí la pertinencia de estos planteos para su posterior análisis.

Otro enfoque sociológico clásico es el de Pierre Bourdieu, que retoma los planteos durkheimianos²⁹ -el supuesto de la sociedad como matriz formal de las clasificaciones- y los desarrolla efectuando un análisis del espacio social³⁰.

Por su parte, los planteos de Bourdieu sobre la construcción estatal de las mentalidades, como *"estructura organizativa e instancia reguladora de las prácticas, [que] ejerce permanentemente una acción formadora de disposiciones duraderas, a través de todas las coerciones y de las disciplinas corporales y mentales que impone uniformemente al conjunto de los agentes"*³¹, pueden ser reconsiderados desde la perspectiva de instituciones totales aquí propuesta³², si consideramos con M. Douglas, las instituciones imprimen etiquetas y lo que se produce es una suerte de retroalimentación: *"las etiquetas estabilizan el flujo de la vida social, e incluso crean realidades a las que se aplican"*³³.

Las relaciones de fuerza tendidas entre acciones de control y orden ejercidas desde el poder de un establecimiento cerrado [o de un estado según dice Bourdieu], y la obediencia o sumisión por parte de los agentes, pueden ser entendidas como relaciones simbólicas que ponen en funcionamiento estructuras cognitivas (las "formas de clasificación" durkheimianas), y la capacidad de entes totalizadores de inculcar formas simbólicas *"constituye el fundamento de un conformismo lógico y de un conformismo moral"*³⁴.

La originalidad de los planteos bourdianos reside en considerar las relaciones de fuerza dentro de la coherencia de sistemas simbólicos, lo que permite comprender la eficacia de una dominación ejercida a través de estructuras cognitivas que actúan de manera "pre-reflexiva".³⁵ Esto es así dado que *"las estructuras cognitivas no son formas de la conciencia sino disposiciones del cuerpo"*³⁶.

Me interesa, por último, detenerme en las ideas de Lefebvre quien, como Durkheim (aunque más recientemente), también pondrá en cuestionamiento las teorías imperantes

²⁹ Bourdieu ve en Durkheim un neokantiano.

³⁰ En Bourdieu [1991], Anexo.

³¹ P. Bourdieu [1997, pg. 117].

³² Teniendo en cuenta que *"el Estado, institución de instituciones, atraviesa a todas las organizaciones que operan dentro de su jurisdicción y las determina, de acuerdo al sistema de la organización técnico-política y la ideología imperantes"*. En A. N. Corvalán de Mezzano [2000, pg. 89].

³³ M. Douglas [1996: 147].

³⁴ Las expresiones son de Durkheim, retomadas por Bourdieu [1997, pg. 116].

³⁵ P. Bourdieu [1997, pg. 119].

³⁶ *"El mundo social está lleno de llamadas al orden que sólo funcionan como tales para aquellos que están predispuestos a percibirlos, y que despiertan unas disposiciones corporales profundamente arraigadas, sin pasar por las vías de la conciencia y del cálculo"*. P. Bourdieu [1997, pg. 118].

sobre el espacio, analizando las limitaciones de cada una de las tendencias. Desde una perspectiva neomarxista, discute una serie de hipótesis, entre ellas aquella que tiene sus orígenes en la filosofía kantiana, del espacio como categoría cognitiva de forma pura, transparente y que, como tal, excluye la ideología, acusándola de cientificismo abstracto y ahistórico. Es una crítica equivalente a la que efectuara Foucault a Kant: "*el espacio aparece del lado del entendimiento, de lo analítico, de lo conceptual, de lo muerto, de lo fijo, de lo inerte*"³⁷. En otro extremo, aquellas vinculadas a tendencias empiristas, en las cuales el espacio es un punto de llegada, un producto histórico, una objetivación de lo social, que se limitan a estudios meramente descriptivos. En una tercera hipótesis, el espacio es visto como un intermediario, un instrumento político manipulado al servicio de una determinada estrategia. Su objeción a esta postura reside en que contempla únicamente la reproducción de los medios de producción, y es válida exclusivamente en el contexto del capitalismo del siglo XIX, pero en el marco de la sociedad neocapitalista, la reproducción de las relaciones de producción "*no coincide ya con la reproducción de los medios de producción, se lleva a cabo a través de lo cotidiano de las cosas, a través de los ocios y de la cultura, a través de la escuela [...] a través de la totalidad del espacio*"³⁸. Y de esta objeción se desprende su propia hipótesis del espacio, como el *lugar de la reproducción de las relaciones de producción*. Se trata de una acepción más abarcativa que contempla a la vez un espacio abstracto y otro concreto, la fragmentación a la que se ve sometido el espacio en nuestra sociedad siendo luego ocupado globalmente, dislocado y homogeneizado, el espacio unido-desunido que es vuelto a unir por el poder. "*El espacio es inmediato y mediato, es decir, que pertenece a un cierto orden cercano, el orden de la adyacencia, y a un orden más alejado, la sociedad, el Estado*". A través de estos planteos, Lefebvre complejiza las hipótesis anteriores (y aún la perspectiva marxista de determinismo material), situando en el espacio el despliegue de la actividad social, a través del concepto de *producción del espacio*, que articula el espacio social y el espacio mental en un esquema de la sociedad para alcanzar su coherencia en sistema. Idea esta que remite indirectamente a los postulados durkheimianos, aunque entroncando lo social en las reproducción de las relaciones sociales de producción, y el espacio entonces no como mero reflejo de la organización social, dado que "*esta sociedad no obedece a una lógica: tiende hacia ella. Esta sociedad no representa un sistema; se esfuerza en serlo, aunando el constreñimiento y la utilización de las representaciones*"³⁹. Es esta pretensión de racionalidad la que da cuenta de la existencia de contradicciones del

³⁷ M. Foucault, en J. Bentham [1980].

³⁸ H. Lefebvre [1976: 33].

³⁹ H. Lefebvre [1976: 42].

espacio, entre el espacio abstracto (conceptual, global) y el espacio inmediato (percibido, vivido, pulverizado). Son éstas contradicciones que se hacen evidentes en el plano institucional, ya que allí se encuentran conflictivamente planos generales de ordenación con proyectos parciales. Estas contradicciones aparecerán como se irá viendo en el análisis en la concepción del espacio en el Borda.

Para Lefebvre, el urbanismo, que debía constituirse como la ciencia del espacio, consideraba el espacio como forma, como continente neutro y apolítico, dejando de lado lo que puebla ese vehículo, y limitándose al estudio de las propiedades formales del espacio. Ante este enfoque, es que va a afirmar que *"el espacio es político. El espacio no es un objeto científico descarrado por la ideología o por la política; siempre ha sido político y estratégico [...] El espacio ha sido formado, modelado a partir de elementos históricos o naturales, pero siempre políticamente [...] Es una representación literalmente plagada de ideología [...] Porque este espacio que parece homogéneo, hecho por una sola pieza dentro de su objetividad, en su forma pura, tal como lo constatamos, es un producto social [...]. Esta última producción se la adjudican grupos particulares que se apropian del espacio para administrarlo, para explotarlo. El espacio es un producto de la Historia"⁴⁰*, análogamente a los planteos foucaultianos sobre el espacio y su relación con el poder –que serán planteados más adelante, ya que específicamente, Foucault vinculó el estudio del espacio al de las instituciones del encierro-. Los postulados de Lefebvre desembocan en la convicción de la utilidad de un método dialéctico para abordar el estudio del espacio, que permita dar cuenta de las contradicciones en las prácticas sociales.

Afirmaría entonces que, si las representaciones son de origen social y cultural, tal como planteara Durkheim, y por mi parte, creo que las representaciones siguen siendo categorías que conforman el marco según el cual abrazamos el sentido del mundo son, no obstante, móviles, no están dadas de una vez y para siempre, sino que están en continuo cambio, atravesadas por factores económicos, políticos, de poder. Cabe preguntarse entonces por los fundamentos de la representación del espacio en una institución total que, como plantea Goffman, reúne todos los ámbitos de realización de actividades en un solo lugar y apartado de la sociedad, donde la organización del espacio es unívoca e impuesta, no teniendo los internos la posibilidad de alterar esta lógica más que en mínimos márgenes. Puesto que el espacio es el sustrato en el cual lo material se articula con lo simbólico, con lo ideológico construyendo el edificio de lo social.

⁴⁰ H. Lefebvre [1976: 46 / 47].

Desde esta perspectiva, y tomando las consideraciones de Foucault en su visión sobre el espacio, como un lugar donde se materializan las relaciones de poder, pueden ser relativizadas posturas dialécticas ingenuas entre el espacio geométrico y el espacio conceptual, plasmadas en afirmaciones del tipo "*nosotros configuramos nuestros edificios, y ellos nos configuran a nosotros*"⁴¹, ya que no son los mismos actores quienes definen el espacio y, especialmente en un hospital psiquiátrico, el margen de acción para los internos es aún mucho menor que el del resto de los individuos en sus hogares y la ciudad.

⁴¹ Churchill, citado por E. Hall [1991: 132]. Posturas como la de Leibniz.

Capítulo 2. Pensar en imágenes y palabras

"From the beginning, the visual has both fascinated and troubled anthropologists, like a horse that is both beautiful and anridable"

D. MacDougall⁴²

Si consideramos que la representación de espacio occidental vigente desde la modernidad hasta hoy es predominantemente visual (en detrimento de factores táctiles y de movimiento) –*"representarse es ver algo con el ojo interior"*⁴³–, resulta propicio entonces tomar aquí la *imagen* como forma de conocimiento de esas representaciones que son básicamente visuales.

No obstante la omnipresencia de imágenes en el mundo occidental, resulta paradójico que el uso de medios audiovisuales en Antropología se encuentre tan limitado, y que la Antropología Visual permanezca aún hoy como subdisciplina con status científico constantemente puesto en cuestionamiento⁴⁴.

Desde mi perspectiva, la antropología clásica basada en el texto, y la antropología visual, son dos formas complementarias de conocimiento, y es ésta la razón por la cual el trabajo escrito hace referencia en ocasiones a las imágenes filmadas, y ciertas escenas del film, retrotraen a elaboraciones conceptuales desarrolladas verbalmente. Es que –y como personalmente he podido apreciar– el discurso fílmico reviste una forma y textura diferentes a la del texto escrito, en tanto se detiene en gestualidades, miradas, espacios, sonidos, reiteraciones, variaciones, temporalidades cuya materia es restituible a través de la imagen, y que resultan difíciles de poner en palabras, del mismo modo que una traducción no es nunca una transposición directa de significados sino, a menudo, una reducción o, con suerte, una reconstrucción. Hecho éste que fuera puesto de relieve en numerosas ocasiones por los antropólogos visuales, quienes como MacDougall, Ruby, Ardévol, entre otros, afirman la necesidad, para la antropología visual, de generar sus propios criterios metodológicos y de estructurar sus propios códigos en un lenguaje distintivo. Parafraseando a MacDougall, *"there is no smooth continuity from knowledge produced through prose to knowledge produced through images. [...] It means conceiving of an image – and – sequence – based anthropology thought as distinct from a word – and – sentence – based anthropological!"*⁴⁵

⁴² D. MacDougall [1998: 64].

⁴³ L. Wittgenstein, *Remarques sur la philosophie de la psychologie*, citado en C. Enaudeau [1999: 101].

⁴⁴ Al respecto, un artículo de P. Henley, [2001].

⁴⁵ D. MacDougall [1998: 63]. El subrayado es mío.

Las definiciones acerca de la especificidad de la Antropología Visual, oscilaron a lo largo del tiempo y a través de los diferentes autores y realizadores, en una doble concepción, esto es, como estudio de las formas culturales visibles y como especialidad que se vale de medios visuales para el análisis de la cultura⁴⁶. Por mi parte, considero que su naturaleza no reside en ninguna de las dos acepciones excluyendo a la otra, sino más bien en el proceso a través del cual el antropólogo hace uso de los medios audiovisuales para registrar su mirada sobre aquello que es objeto de su investigación. La cámara entonces registra no sólo aquello que capta el lente, sino también "*ofrece una huella de la posición ética, política e ideológica de quien la usa*"⁴⁷. En este sentido, me parece acertada una concepción como la propuesta por E. Ardèvol, de la Antropología Visual como el estudio de la mirada⁴⁸. Como plantearan J. Rouch y D. MacDougall, la imagen cinematográfica no es el reflejo de una realidad externa, sino de una interrelación social que se produce a través de ella, el encuentro entre el realizador y los sujetos.

Lo que define el carácter etnográfico de un film no reside en el producto, sino en el *proceso de producción*, que involucra el modelo de colaboración que se establece entre el investigador y los sujetos, el estilo de filmación y las características del montaje. Es en el contexto de elaboración donde se inscriben los criterios de rigurosidad científica (teórico - metodológicos) que son inherentes a la etnografía en general, además de los conocimientos y entrenamiento en la práctica de la comunicación visual.

Asimismo, "*la cámara no es una mera herramienta auxiliar, sino que la introducción del video en la investigación antropológica modifica la experiencia etnográfica, la relación del investigador con el campo, la interacción con los participantes y análisis de los datos*"⁴⁹, y en este caso, no se trata de un trabajo documental, puesto que la cámara no busca aquello que resulta de una investigación teórica previa, sino que es parte del mismo proceso de investigación.

Al filmar se registra además no sólo aquello que capta el lente, sino también factores subjetivos, ideológicos, teóricos, y contextuales que median y atraviesan cada una de las instancias involucradas en la realización de un film etnográfico. La cámara *ofrece una huella de la posición ética, política e ideológica de quien la usa: "es un instrumento conceptual que puede tocarse con las manos."*⁵⁰

⁴⁶ D. Mac Dougall [2000:48].

⁴⁷ B. Nichols [1997].

⁴⁸ E. Ardèvol [1998].

⁴⁹ E. Ardèvol [1998].

⁵⁰ E. Ardèvol Piera, [1998].

Si en una instancia anterior⁵¹, hice uso de la fotografía como herramienta visual, para esta investigación me planteé la necesidad de incorporar el video, ya que consideré que en la fotografía faltaría algo propio del contexto de la acción registrada, de la temporalidad y del sentido dado por los sujetos, que eran pasibles de ser restituidos a través de una filmación.

Dado que la relación que se establece con los sujetos en una película no puede pasarse por alto (puesto que lo transmitido por las imágenes y los sonidos es altamente experiencial, y está allí), son las propias circunstancias de realización del film las que obligan a tomar definiciones en torno a estas cuestiones. Nichols planteaba que "*el documental es un registro de la mirada*". Desde mi punto de vista, ciertas consideraciones que tienen que ver particularmente con la reflexividad, se encuentran más presentes en filmación que en el texto escrito, puesto que la presencia del investigador (en este caso, la mía) es puesta de relieve por los sujetos, y no puede ser ocultada detrás de las palabras. Trabajar con una cámara filmadora en el campo, implica asumir una responsabilidad que no es fácilmente manipulable, y obliga a reflexionar sobre ciertas cuestiones que eventualmente podrían pasar desapercibidas para un antropólogo clásico haciendo trabajo de campo.

Debido a una particularidad del cine etnográfico, que Henley denomina *inscripción gruesa*, término que define la manera tan detallada en que se registran los eventos, la gente, los lugares, hay ciertas cosas que sobrepasan la mirada y la interpretación del antropólogo visual. Estos cabos sueltos que persisten como tales aún luego de la edición, hacen que el discurso filmico sea de una naturaleza más libre y no lleve en sí un significado unívoco, sino que abra sentidos para que el espectador pueda seguir descubriendo, conectando, y reinterpretando. A diferencia del texto etnográfico escrito, en el cual la conceptualización está dada, un antropólogo visual no *inscribe discursos sociales* (en los términos de Geertz, a propósito del antropólogo clásico) sino *fragmentos de evidencia* a partir de los cuales el espectador construye su propia interpretación. "*Anthropological writing usually tells us what it is about, but films expect us to find out*"⁵².

⁵¹ Me refiero al ensayo fotográfico del 2000.

⁵² D. MacDougall [1998: 72].

Capítulo 3. Emplazamiento de campo

Consideraré aquí el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José. T. Borda, de la ciudad de Buenos Aires, dentro del horizonte de establecimientos públicos que E. Goffman denomina "instituciones totales"⁵³, y circunscribiré el estudio al período que transcurre desde 1999 hasta el presente⁵⁴, suponiendo que no han tenido lugar modificaciones estructurales en la organización hospitalaria desde la última dirección.

Dentro de este hospital, trabajé en una primera etapa con personas de los servicios ubicados en el 3º piso del hospital que asisten al Curso de Fotografía para pacientes que se dicta en el Servicio Nº 65. En las siguientes etapas del trabajo de campo, los sujetos con quienes proseguí mi investigación eran personas cuya relación conmigo tiene su origen en dicho marco.

Creo, siguiendo a Durkheim, que es posible generalizar partiendo de casos particulares, pero a diferencia de aquel no con el propósito de elaboración de leyes generales, sino más bien, tal como plantea Geertz, con la idea de que se puede "*generalizar dentro de casos particulares [lo que se denomina] inferencia clínica: en lugar de comenzar con una serie de observaciones e intentar incluirlas bajo el dominio de una ley, esa inferencia comienza con una serie de significantes (presuntivos) e intenta situarlos dentro de un marco inteligible*".⁵⁵

Breve Descripción y Reseña Histórica del Hospital Borda

El 11 de octubre de 1863 se inaugura el asilo para orates "De San Buenaventura", en homenaje al Dr. Ventura Bosch, propulsor de la obra. En 1905 se lo declara Hospicio Nacional. En el mes de octubre de 1949 cambia la denominación de Hospicio de las Mercedes, por la de "Hospital Nacional Neuro-psiquiátrico de Hombres". Y en 1967, por el de "Hospital Nacional José T. Borda". Hoy, "Hospital Municipal José T. Borda". A partir de 1957 se estableció la Residencia Psiquiátrica.

En 1993 es designado Hospital Asociado a la Facultad de Medicina, de la Universidad de Buenos Aires, por resolución de su Consejo Directivo.

⁵³ Para una definición de este concepto, ver el apartado correspondiente en cap. *El espacio institucional*.

⁵⁴ Fecha que marca el inicio de la actual dirección a cargo de M.A. Materazzi.

⁵⁵ C. Geertz [2000:pg. 36]. O bien, tal como lo plantea R. Guber [1990, pg. 305]: "*dos búsquedas simultáneas: una, la de lo universal en su singularidad, y otra, la de lo singular en su universalidad. En este doble sentido es posible establecer generalidades que den cuenta de particularidades y, a su vez, de particularidades que no se agoten en sí mismas, sino que puedan ser integradas a un conocimiento global sobre la sociedad humana*".

Ubicado en la calle Dr. Ramón Carrillo N° 375, se encuentra emplazado sobre un predio de 14, 5 hectáreas.

La población de individuos internados fue variando a lo largo del tiempo:

- En 1878: 350
- En 1931: 2287
- En 1944 3464,
- y en 1994 1160.

Los primeros directores⁵⁶ del hospital fueron José María Uriarte (1863-76); Lucio Meléndez (1876-92); y los dos últimos Raúl M. Kotrba (1992-99); y Miguel Angel Materazzi (en la actualidad)⁵⁷.

Desde los primeros tiempos hasta el presente, los directores y administradores del hospital Borda se han quejado de la falta de espacio, de insumos y de personal, definiendo una *"insuficiencia crónica de recursos [...] si el hospicio tiende a brindar una imagen de precariedad y marginalidad, es en una especie de indigencia estructural en la que tiende a asimilarse la imagen más común del loco-mendigo"*⁵⁸.

En los últimos años de la década del '90, los cambios sustanciales producidos en el funcionamiento del Estado -hacia una mayor descentralización de sus organismos, y reducción presupuestaria, en un perfil de Estado retirado de funciones tradicionales de subsidiaridad-, afectaron la estructura de las organizaciones de los hospitales públicos.

Bajo la actual dirección, se ha reconvertido la institución según el Modelo de Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial, que implica la inclusión en la práctica hospitalaria de temáticas tales como *"la interacción con el sufriente, el marco referencial, la relación con grupos y familia, los aspectos culturales sublimatorios, y creativos, las temáticas de la muerte, las crisis, la vejez, el sida, los trastornos de las adicciones y de la alimentación, incluyendo aspectos técnicos del manejo de entrevistas, intervenciones médicas, institucionales y preventivas, en el ámbito de la salud mental"*⁵⁹.

Siendo así, estos ejes deberían aparecer en el tipo de prestaciones que el hospital brinda a sus internos y en la estructura hospitalaria, a saber:

A.1.- Área de Internación

⁵⁶ Para una estructura de la organización formal según los cargos, M. Fernández, F. Vilallonga, "El hospital público. Estructura, abordajes, o lo que se limpia no siempre está sucio..." en una compilación de A. N. Corvalán de Mezzano [2000].

⁵⁷ En base a material extraído de www.drwebsa.com.ar/borda.

⁵⁸ H. Vezzetti [1983: 66].

⁵⁹ En Prof. Dr. M. A. Materazzi "Salud Mental. Enfoque Transdisciplinario", citado en sitio web del hospital www.drwebsa.com.ar/borda/index.htm.

- A.1.1.- Guardia (las 24 horas los 365 días del año)
- A.1.2.- Admisión (periodos breves)
- A.1.3.- Emergencias (30 a 60 días)
- A.1.4.- Terapia a Corto Plazo (hombres y mujeres)
- A.1.5.- Terapia a Mediano Plazo (hombres)
- A.1.6.- Terapia a Largo Plazo (internaciones prolongadas)

Estas áreas se encuentran organizadas en servicios, con normas de funcionamiento propias para cada uno de ellos.

El hospital brinda por igual a todos los pacientes determinadas prestaciones:

A.2.- Prestaciones del hospital a los pacientes:

- A.2.1.- Hospital de Día
- A.2.2.- Hospital de Noche
- A.2.3.- Terapia Ocupacional
- A.2.4.- Psicología Social, Programa Pre-Alta, Casa de Medio Camino
- A.2.5.- Servicio Social
- A.2.6.- Atención Psicosocial en Espacios Compartidos
- A.2.7.- Trabajo Corporal, Sección Salud Mental
- A.2.8.- Clínica Médica
- A.2.9.- Diagnóstico por Imágenes
- A.2.10.- Odontología
- A.2.11.- Farmacia
- A.2.12.- Cirugía
- A.2.13.- Área Neurofísica (EEG)
- A.2.14.- Medicina Legal
- A.2.15.- Clínica Quirúrgica
- A.2.16.- Laboratorio de Análisis Clínicos
- A.2.17.- Neurología
- A.2.18.- Infectología (CIAIPI)
- A.2.19.- Radiología
- A.2.20.- Trabajo Corporal
- A.2.21.- Kinesiología y Fisiatría

Los servicios brindan la siguiente atención al paciente internado:

- a.- terapia individual
- b.- terapia familiar
- c.- terapia grupal
- d.- psicodiagnóstico
- e.- laborterapia
- f.- asamblea de convivencia
- g.- talleres de creatividad
- h.- talleres comunitarios
- i.- terapia ocupacional

Quisiera reflexionar brevemente sobre este listado de atenciones al interno. En primer lugar, marcar la fuerte presencia de prestaciones médicas que la institución proporciona en su calidad de hospital. Asimismo, la presencia de otro tipo de prestaciones, que tienen más que ver con la condición de internación propiamente dicha: programa pre-

alta y casa de medio camino, laborterapia, asamblea de convivencia, talleres de creatividad, talleres comunitarios, terapia ocupacional. Esta estructura parecería estar dando cuenta de la existencia de una suerte de transacción entre dos facetas: en primer lugar la que se corresponde con el aspecto físico del interno en tanto enfermo, y luego aquella que contempla el componente de encierro y asilamiento de la sociedad que conlleva una internación, a través de actividades que apuntan a reducir los efectos negativos sobre el individuo. En un terreno intermedio de esta dualidad, se insertan las prestaciones más características de la psiquiatría, como las terapias.

Es necesario no perder de vista que la práctica hospitalaria implica dos tipos de experiencia psiquiátrica, ya que, como sostiene H. Vezzetti⁶⁰, *"entre el campo abstracto de una teoría médica y el espacio concreto del asilo, la psiquiatría nace como un transacción"*⁶¹.

Curso de Fotografía del Servicio N° 65

Dentro de lo que constituye el Área de Rehabilitación del Hospital Borda, se desarrollan un conjunto de actividades ligadas al arte comprendidas en el Servicio N° 65 de Arte-Terapia. Como se irá viendo, se trata del ala menos "institucionalista" en términos de la lógica formal del Borda como establecimiento psiquiátrico. Los talleres de plástica y actualidad, y los cursos de fotografía y teatro, forman parte del proceso terapéutico de los pacientes, y están abiertos a todo aquel que desee participar, se trate de internos⁶² o pacientes que se encuentren ya externados⁶³.

Se trata de una actividad que, si bien tiene una frecuencia semanal, por ser de esparcimiento y creación individual, rompe en algún punto con la rutina diaria de los internos. Si como señala Goffman, el arte, como otras actividades recreativas, son *actividades de evasión*, ya que *"proporcionan al individuo la posibilidad de olvidarse de sí mismo, y borran temporariamente toda conciencia del medio circundante en el cual*

⁶⁰ Quien efectúa un recorrido histórico de la medicina mental en la Argentina, reconstruyendo la trama del sistema manicomial. En *La locura en la Argentina*, el autor define el objeto de la locura dentro de un campo de intersecciones que desborda el de la psiquiatría. Según nos dice Vezzetti, en la Argentina, es a partir del período de las Reformas Rivadavianas cuando se plantea la cuestión de la separación de los locos en instituciones especiales, respondiendo a un ordenamiento de tipo administrativo y con una intención ejemplificadora. A partir de la caída de Rosas en 1853, se constituye el hospicio como espacio propio de la locura, impulsado por el proyecto de orden y progreso imperantes entonces. H. Vezzetti [1983].

⁶¹ H. Vezzetti [1983: 60].

⁶² En teoría dirigido a todos los internos, porque en la práctica la convocatoria previa a cada clase se circunscribe a los servicios del tercer piso.

⁶³ Es el caso de algunos que concurren al hospital especialmente en los días y horarios correspondientes a las actividades, como asisten a su "terapia de mantenimiento".

*permanece y está obligado a habitar*⁶⁴; entonces, a través del arte sería posible lograr una huída de la realidad (de la internación) y, al mismo tiempo, un encuadre, un marco de aprehensión para esa misma realidad.

Encuentro que puede establecerse un vínculo entre los cursos y talleres y el tema del espacio: todas estas actividades tienen en común que apuntan a otorgar un marco y generar límites de contención para el "desborde psicótico"⁶⁵. En fotografía, está dado por el encuadre; en pintura por el marco del cuadro; en teatro, por el escenario; en el taller de actualidad (en el cual se leen y discuten noticias periodísticas), es más que nada la contextualización temporal. Así, el espacio infinito -que parece ser lo propio de estas personas que son consideradas individuos psicóticos desde la perspectiva médica- es aquí acotado. De lo que se trata en el proceso terapéutico de los cursos de arte-terapia es de darle al paciente ciertas herramientas a partir del arte que le permitan construir sus propios límites para enmarcar sus acciones.

Según los principios que sustentan estas actividades, el arte funcionaría como mediador, como marco, brindando canales donde depositar la desbordante subjetividad del psicótico, que se encontraría desarticulada, desintegrada, desarmada. El trabajo en el curso de fotografía supone un encuadre, un andamiaje simbólico y una metodología de producción, con el objetivo explícito de brindarles a los pacientes un conocimiento sobre el manejo de las variables fotográficas (manejo mecánico de la cámara, concepto de encuadre, foco, exposición, iluminación, registro de movimiento y profundidad de campo). Como resultado, surge un producto que circula y puede ser criticado entre los pacientes y por otros. La obra realizada le permitiría al paciente reconocer en el afuera (en esa realidad temida y rechazada) algo de su propia subjetividad hecho arte, y además que sus producciones se den a conocer y circulen en muchos otros ámbitos de la cultura (muestras, concursos). *"La producción fotográfica propiamente dicha, el tiempo de espera del revelado, la crítica de lo producido por el fotógrafo (paciente) y los compañeros del curso, la comparación del producto fotográfico con la idea inicial del boceto, de la un valor a la creación desde el fotógrafo y sus pares. Plasma una diferencia y motoriza la producción de*

⁶⁴ E. Goffman, [2001, pg. 304].

⁶⁵ Según escritos producidos por los coordinadores de dicho servicio. *Informe del Taller Abierto de Fotografía del Servicio 65; Curso de Fotografía o Instancia de la Imagen*, G. Hönig, V. del Giudice. 1996.

nuevas obras⁶⁶. "En el curso se enseñan las técnicas, los artificios, pero ellos son los verdaderos autores de sus obras⁶⁷.

Es necesario insertar la propuesta de este servicio dentro de la organización de un hospital psiquiátrico en tanto institución total, conlleva una estructura impersonal de la rutina y del espacio, que se impone sobre los pacientes sin dejar más que resquicios para el desarrollo de las individualidades, organización de los aspectos de la vida que parece ir en contra de los fines terapéuticos⁶⁸.

Sujetos involucrados: recorte y presentación

Retomando aquí la existencia de dos categorías separadas de agentes en las instituciones totales que propone Goffman⁶⁹ -*internos* y *personal*-, construiré la perspectiva institucional desde la visión de los propios internos como miembros de la institución, sin necesidad de interactuar para ello con médicos psiquiatras, enfermeros o personal directivo del establecimiento.

Mi investigación se concentra en uno de los tipos de instituciones de la clasificación propuesta por Goffman,

*"las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad (hospitales psiquiátricos)."*⁷⁰

Sabiendo que cada tipo de institución total⁷¹ nudea a una población de individuos que comparten características comunes (ya sean enfermedades, situación legal, indefensión, tarea de carácter laboral, etc.), una posibilidad en este estudio sería considerar ciertos trastornos neuropsíquicos propios de los internos del Hospital Borda como una variable que podría estar incidiendo en las representaciones. Para ello, habría que tomar algunas conceptualizaciones que provienen de ciertos saberes como la psicología y la psiquiatría. Desde estas disciplinas, se considera que la mayor parte de las personas que se encuentran allí internadas son sujetos psicóticos, y en ese sentido, sus cosmovisiones difieren de las del

⁶⁶ V. del Giudice, *Propuesta para taller de fotografía para pacientes del Hospital Borda*, 1996. [texto proporcionado por la autora].

⁶⁷ G. Hönig, V. del Giudice, *Informe Curso de Fotografía o Instancia de la Imagen*, 1997. [préstamo personal de los autores].

⁶⁸ Ver esta cuestión en el apartado de Espacio Institucional.

⁶⁹ En E. Goffman [1988].

⁷⁰ E. Goffman [1980: pg. 18]

⁷¹ Según la tipología de instituciones propuesta por E. Goffman [ibid.].

resto de los individuos de nuestra cultura⁷², aportando su propia especificidad a las representaciones. Aún así, considero, con Basaglia, que "es necesario aproximarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis, por que la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma [...] este es el sentido de que pongamos entre paréntesis la enfermedad, que es colocar entre paréntesis la definición y la etiqueta. Lo esencial es tomar conciencia de lo que representa ese individuo para mí, cuál es la realidad social en que vive, cuál es su relación con esta realidad"⁷³. Es ésta la razón por la cual en ninguna instancia de mi trabajo consideré el diagnóstico dado por los médicos a ninguno de los internos con quienes interactué.

Trabajar con dichos sujetos, implica un recorte en el universo de la población de internos del hospital en varios niveles: circunscribo al espacio de los servicios ubicados en el tercer piso del hospital (que es donde tengo permitido trabajar por las autoridades del hospital) a las personas que tienen acceso a los talleres del Servicio N°65; por otra parte, dentro del conjunto de los asistentes a los cursos, trabajo con ciertas personas con quienes es posible establecer un diálogo⁷⁴(fundamentalmente para las entrevistas individuales); y en última instancia, los posibles sujetos quedan circunscriptos a aquellos que se muestran más activos y participativos. Gilli plantea una serie de consideraciones que resultan esclarecedoras en este punto, referentes al grupo de gente con el cual un sociólogo o antropólogo trabaja en un hospital psiquiátrico. Según él, en definitiva, quienes aceptan participar en la investigación no constituyen una muestra representativa de la población del hospital, "en realidad, sólo representa al grupo de internados dispuestos a colaborar con el investigador"⁷⁵. Como los informantes clave del antropólogo, se trata de "individuos

⁷² La diferencia genética más importante entre la neurosis y la psicosis: la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el Yo y su Ello y en cambio la psicosis el desenlace análogo de tal perturbación de las relaciones entre el Yo y el mundo exterior. En la psicosis, en este conflicto del Yo con el mundo exterior: "...el Yo se procura independientemente un mundo exterior y surgen dos hechos indubitables, que este nuevo mundo es construido de acuerdo con estas tendencias optativas del Ello y que la causa de esta disociación del mundo exterior es una privación impuesta por la realidad y considerada intolerable". Se va conformando una condición de la realidad donde ésta siempre va a representar lo temido, lo insoportable, aquello de lo cual hay que huir. Formas de psicosis: la paranoia que implica un doble movimiento de pérdida y reconstrucción, y la esquizofrenia que implica un momento de pérdida sin la reconstrucción de la realidad a través de un delirio sistematizado. En la esquizofrenia si bien podemos ver la aparición de fenómenos delirantes, no tienen el efecto, la fuerza, la convicción y la organización reconstructiva que aparecen en la paranoia. La tendencia hacia el autismo en la esquizofrenia es mucho mayor que en la paranoia. Extracto de S. Freud [1986].

⁷³ F. Basaglia, [1976: 16].

⁷⁴ Ya se a porque no están sumidos en su mundo, o porque simplemente les entienda las palabras. Aún así, esta consideración es relativa, puesto que uno de los sujetos que resultó ser una de las personas con quien más activamente interactué, E. Fiamengo, fue alguien que yo había considerado como imposible de abordar por su mutismo en una instancia previa (en el ensayo fotográfico y textual realizado en el año 2000).

⁷⁵ G. A. Gilli "Una Entrevista: La Negación Sociológica", en F. Basaglia [1975: 326].

dispuestos a participar en la expresión de un poder [...]. El miembro de la sociedad primitiva que presta su colaboración al antropólogo, así como el "buen enfermo" que acepta formar parte de la muestra, afrontan y sufren "voluntariamente" su reducción a objeto por parte del investigador⁷⁶. Aún considerando que estas afirmaciones son pertinentes, creo que son fundamentalmente válidas para posturas epistemológicas que no se corresponden con la sostenida aquí por mí. Me permito en este punto detenerme en algunas consideraciones que fueron centrales al iniciar mi trabajo en el 2000 con los pacientes del Borda.

Una de las cuestiones que definieron en un primer momento el trabajo para el ensayo fotográfico, tuvo que ver con procurar romper con una práctica bastante extendida tradicionalmente (y todavía aún hoy) entre algunos antropólogos, como también entre ciertos fotógrafos, relativa al tipo de vínculo que se establece entre éstos y determinados grupos sociales considerados diferentes o marginales: consistente en tratar al otro como objeto –de estudio, en un caso, fotografiable, en el otro-. En el caso de personas internadas en un hospital neuropsiquiátrico, ser retratados por fotógrafos que buscan en ellos una representación del prototipo del "loco", refuerza el hecho de ser ubicados en el papel de objeto en el que los coloca la institución al tomar decisiones sobre sus actos⁷⁷. Precisamente, una de las premisas del curso de fotografía que se dicta en el Borda, consistía en modificar esta díada Sujeto – Objeto, acercándoles un modelo simbólico (el lenguaje fotográfico) y las herramientas (conocimiento y equipo necesario) para posibilitarles ser ellos mismos –los pacientes- sujetos fotografiantes, activos y creadores, decidiendo aquello a mostrar de sus mundos y de su condición de pacientes. En este sentido, muchas de las fotografías tomadas por los internos, que son retratos de quienes dictaban y coordinaban el curso⁷⁸, así como de médicos y personal del hospital, representan una suerte de inversión de la relación (fotógrafos siendo fotografiados, y médicos actuando como modelos a los que se les decía cómo debían posar).

Por la misma razón, prácticamente la totalidad de las fotografías que efectué, fueron tomadas en los lugares señalados por los pacientes, y en el caso de las fotografías en que aparecen ellos, se encuentran ubicados en sitios que fueron marcados como relevantes por ellos mismos.

Esta perspectiva fue sostenida posteriormente en el trabajo de campo de esta tesis, intentando en todo momento adoptar una actitud que me permitiera dejarme guiar por las

⁷⁶ G. A. Gilli, [op.cit: 327].

⁷⁷ Aún sin adherir a concepciones psicoanalíticas que sostienen la dificultad de estas personas para constituirse como individuos dadas las patologías. Ver Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brisset [1979], y Sigmund Freud [1996].

⁷⁸ Entre quienes me incluía en otras instancias (previas y posteriores a esta investigación).

líneas que ellos iban mostrando, tanto para los registros fílmicos, como para las entrevistas y más aún en la filmación de los recorridos por espacios del hospital dirigidos por ellos.

En esta situación, se da la transformación del rol de objeto al de sujeto que interviene co-actuando en el proceso de construcción de conocimiento.

Pacientes

El trabajo sostenido con cuatro de los pacientes, Raúl Maciel, Eduardo Fiamengo, Alberto de la Iglesia y Adrián Babic, fue convirtiéndolos en los protagonistas de mi investigación, presentes como tales en el film y en el texto escrito⁷⁹. Mi decisión respecto de la pertinencia de este protagonismo tuvo su origen en el hecho de que todos ellos eran asiduos asistentes al curso de fotografía, tenían una obra fotográfica, y hacía muchos años que estaban internados en el hospital, lo cual me permitía acceder a una formada perspectiva acerca del espacio hospitalario por parte de un paciente mental. Inicialmente, me había propuesto trabajar con un número mayor de sujetos, pero a medida que se iban sucediendo las cosas en el transcurso del tiempo, comencé a plantearme la pertinencia de un trabajo aún más profundo exclusivamente con estas cuatro personas, con quienes, además, fui estableciendo un vínculo especial.

Docentes del Curso de Fotografía

A lo largo de mi trabajo de campo, que duró un año de cursada, pero dividida en dos ciclos (la primera parte durante el segundo cuatrimestre del año 2002, y la segunda en la primera mitad del 2003), registré las clases que dictaron alternativamente cuatro profesores de fotografía: María Vázquez y Ezequiel Valdez, y posteriormente Sergio Chiosonne y Carlos Karamanian (el Negro).

A los dos últimos, los conocía de antes: el Negro era docente en la misma cátedra de Fotografía en la que yo daba clases⁸⁰, y a Sergio lo conocía desde hacía muchos años atrás a través de un amigo en común-, y aunque hacía ya tiempo que no nos veíamos tanto con él como con el Negro existían experiencias compartidas que generaron una cierta complicidad durante mi trabajo de filmación. Este elemento aparece evidenciado en rasgos se hacen aparecen más claramente en los registros fílmicos que en los escritos -en los saludos de ellos al llegar e incorporarse a la situación que estoy filmando, sus sonrisas a cámara, y comentarios dirigidos a mi persona-, debido a que, como plantea C. Guarini, la investigación

⁷⁹ Un desarrollo acerca de ellos se encuentra más adelante en el apartado *Retratos*.

⁸⁰ En la materia Fotografía de la cátedra Larraín, de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la UBA.

filmica evidencia que los sujetos "se ponen en escena", se muestran y actúan influenciados por la presencia de la cámara y el investigador⁸¹.

Ayudantes

El equipo coordinador del curso de fotografía incluía otras personas como Gabriela, una estudiante de fotografía que funcionaba como asistente de los profesores, y un pequeño grupo de estudiantes de psicología (Ricardo, Jorge) que colaboraban en la parte de organización de las clases, y contención ante eventuales situaciones conflictivas que pudieran presentarse entre los pacientes. En la práctica, su labor se circunscribía a registrar por escrito lo que sucedía en la clase, tomar lista a los pacientes, colaborar en la convocatoria y recibirlos en el aula. Raramente intervenían en la dinámica de la clase.

Coordinador del curso de fotografía

A cargo del curso de fotografía está un médico psiquiatra, el Dr. Guillermo Hönig, primera persona que conocí al llegar al hospital, y que funcionó en todas las instancias de mi trabajo en el Borda (ya fuera como docente de fotografía, o como estudiante de antropología) como intermediario con la institución, y sólo en un primer momento (muy breve) con los pacientes.

Su lugar en la institución es clave: es un psiquiatra que trabaja desde hace mucho tiempo, unos once años como médico de planta, es el coordinador de los cursos de fotografía y teatro, tiene buena relación con la mayoría de los pacientes (como se pone de manifiesto en muchas escenas filmadas), y está abierto a conversar conmigo con confianza sobre sus consideraciones sobre el hospital, su jefe de servicio, los pacientes. Su rol lo ubica dentro de la categoría de personal del hospital, su visión es la institucional, sin embargo difiere de otros como su jefe Zappia y aún más de la de otros médicos con una perspectiva más dura en relación a la concepción de los pacientes como individuos. Además su actividad en los cursos de Arte-Terapia lo aproxima a los pacientes desde un rol poco convencional. Conoce personalmente a la mayoría de los que residen en el tercer piso, en el cual centro mi trabajo de campo. Trabaja en la guardia los días lunes, posición que lo sitúa próximo al ingreso de pacientes al hospital, y con un mayor contacto con el medio exterior.

G. Hönig fue una especie de facilitador de la tarea que emprendí: a ninguno de mis pedidos opuso resistencia, e hizo lo que estaba a su alcance para liberarme los accesos en mi trabajo. Además, su rol para conmigo osciló entre un trato igualitario, casi de colegas, y un cierto paternalismo en relación a mí, que se traducía en gestos de protección y cuidado. Interpreto esto como un reconocimiento de mi rol de antropóloga (aunque aún no lo fuera,

⁸¹ C. Guarini en R. Guber [1990], retomando el concepto de *profilmia* de C. de France.

pero él me veía en actitud de trabajo, como varias veces decía: "para los que trabajamos en el Borda" y me incluía en su nosotros), en algunos casos, pero también de mi condición de mujer: en el Borda (como en otros medios predominantemente masculinos) "a las mujeres se las cuida" como dijera él mismo en varias oportunidades⁸².

Mi rol en el campo

Todo trabajo de campo requiere una buena inserción. Esta exigencia de construcción de una relación con las personas con quienes uno pretende interactuar y trabajar (y en mi caso además filmar), se dio de manera diferida en el tiempo. A la mayoría de las personas las conocía antes de empezar mi investigación desde hacía más de tres años, con un período intermedio de un año de alejamiento de mi parte (existiendo, sin embargo, encuentros ocasionales en las inauguraciones de sus muestras de fotografía).

Mi presencia en el campo en sus sucesivas entradas conforma una suerte de extracto de currículum, con fechas y actividades distintivas en cada momento.

Marzo a diciembre 1999- Primer acercamiento al Borda, como profesora de fotografía. Llegué a través de una amiga, estudiante de psicología, que me contó sobre los cursos y talleres que se dictaban para pacientes, y me comentó que estaban buscando docente para el de fotografía. Dicté el curso a lo largo del año, con una interrupción de tres meses, porque estaba embarazada y en el interín nació mi hijo. Este hecho es recordado constantemente por los pacientes que eran entonces alumnos míos, ejerciendo una influencia positiva, debido probablemente a que no son muchas las personas que se encuentran en este tipo de circunstancias dentro del hospital⁸³.

2000- Segunda entrada, como fotógrafa realizando un ensayo fotográfico, para el cual concurrí durante varios meses y trabajé con diez personas, dos de las cuales fueron luego también sujetos protagonistas de mi tesis: Eduardo Fiamengo y Alberto de la Iglesia.

Luego, un período intermedio en el que me distancio físicamente del hospital, y en el cual comienza a generarse en mí una separación que involucra otros aspectos más internos. Hacia fines del 2001, ya tenía más o menos en claro cuál sería la temática que pretendía abordar para mi proyecto de tesis, sin embargo, aunque el trabajo que ya había efectuado previamente en el Borda aparecía como experiencia de campo y materialización de aquellas

⁸² Esta cuestión de la influencia del género en el campo es planteada por R. Guber, como algo que propicia por un lado protección y, por otro, desvalorización y desconfianza (En R. Guber [2002]). Esto último, pude percibir en varias oportunidades principalmente en comentarios de jefes de servicio, acerca de mi capacidad de convocar pacientes al curso por mi aspecto físico, y no por mi vínculo con ellos, o porque fuera docente de fotografía.

⁸³ De hecho, posteriormente conocieron a mi bebé en la inauguración de la muestra de fotografías que se hizo a fin de año, en la Casa de la Cultura de la UBA, y más adelante lo vieron en eventos equivalentes.

ideas, era sistemáticamente descartado por mí, puesto de lado, aún ante la insistencia de terceros (compañeros, profesores) que asumían el Borda como mi campo de estudio.

En ese entonces, me preguntaba, "¿es el espacio del Borda o son los internos los que me provocaban cierta resistencia, rechazo o temor a volver allí?"

Esos largos pasillos, mi andar solitario a través de ellos, los dormitorios tan poco acogedores, ese adentro en el cual uno se siente inmerso –preso- en este orden del manicomio.

Tal vez fueran las personas, que en su diferencia marcan la distancia conmigo, ponen de manifiesto mi soledad. La dificultad para establecer una empatía, no sólo por sentirlos tan "otro", también por saber que muy próxima a ellos no puedo situarme: -si les das la mano, te toman la mano, si les das un beso, querrán más que eso- dijo Guillermo Hönig para precaverme de posibles problemas con los pacientes. Además, la dificultad para establecer un diálogo con ellos, ya que en determinados momentos parecen irse, y retornan, pero desde algo de lo dicho que les remite a algo de su pasado (de su inmensidad íntima, diría hoy).

¿Entonces? Probablemente fueran ambas cuestiones, que terminaban por generar en mí un gran espacio de soledad".

Introduzco estas reflexiones, porque considero que como emplazamiento de campo, el hospital Borda no es un lugar sencillo: es sabido lo hostil que resulta para la mayoría de las personas apenas una visita a este sitio, que implica un enfrentamiento con condiciones de vida no muy deseables, más aún podría serlo una investigación que requiere muchísimas de ellas. Hallar la manera de trabajar allí, requirió de un esfuerzo cotidiano por sobreponerme a las adversidades, dejarlas pasar como un mal trago, más sin hacer abstracción de ellas. Posteriormente, supe encontrar en mi estancia allí una veta sumamente disfrutable para mí, y que tuvo que ver no con el lugar ni con la lógica impuesta a quienes viven allí -que constituye el componente áspero de mi estar allí- sino con las interacciones con las personas internadas, las situaciones que se presentan a partir de este encuentro, y el vínculo que fue conformándose con algunos de ellos.

Septiembre de 2002/ Julio de 2003- Como estudiante de antropología, realizando el trabajo de investigación de mi tesis, filmando las clases del curso de fotografía, y trabajando individualmente con cuatro pacientes.

Mi acercamiento e inserción para filmar las clases del curso de fotografía fue particular, ya que no llegaba como antropóloga observadora, sino como parte de dicho curso, habiéndolo dictado durante un año. Creo que el consenso colectivo que logré en la aceptación por parte de los internos de mi presencia como observadora y para filmar lo que allí sucedía, en parte estuvo dado por la aceptación previa de mí como profesora (en un primer momento) y luego como estudiante de antropología realizando un trabajo fotográfico

de investigación. Son estas dos instancias previas las que redujeron mi entrada al campo en esta tesis a una clase de presentación: la siguiente vez ya estaba filmando.

Agosto de 2003 a la fecha- Nuevamente como docente del curso de fotografía.

Creo que la diversidad de roles que cumplí para quienes me conocieron en las distintas etapas, fue conformando un lugar muy especial, que no se corresponde directamente con el ya de por sí ambiguo rol del antropólogo en el campo, definido tan sólo por el "estar allí".

Tampoco yo tenía muy definido un lugar en relación con alguna de las categorías más habituales dentro del hospital: personal, interna, profesora, visita. Cuando me encontraba en situaciones que implicaban una definición, oscilaba indecisa entre uno u otro lugar y, por lo general, eran los otros quienes me asignaban un rol.

La utilización de ciertos espacios en una institución por lo general depende de a qué categoría uno pertenezca. No hace falta que el acceso a determinados lugares esté restringido mediante prohibiciones explícitas para que su uso sea diferencial. Ejemplificador de esto puede ser la utilización de los baños, ya de por sí experiencias cuyas posibilidades de elección no son muy atractivas. Los baños públicos en P.B. y los de los servicios están en condiciones de higiene degradantes para quien los utilice (internos y visitas). Desde mis primeras idas al hospital, fue Guillermo Hönig quien me sugiriera que utilizara el baño de las enfermeras del servicio de mujeres, al que no tienen acceso las pacientes, puesto que está cerrado con llave. En las pocas ocasiones que acepté esta sugerencia, era él entonces quien me daba la llave. En cierta oportunidad en que me encontraba dentro de ese servicio, convocando para el curso de fotografía, al salir del baño de las enfermeras, una de las pacientes (que era alumna del curso de fotografía) me interpela sorprendida, diciendo "te equivocaste, no tenías que entrar ahí, vos te mandaste solita, no te diste cuenta". Es ella quien pone de manifiesto esta ambigüedad: no soy parte del personal, por lo que no tendría que usar ese baño, pero tampoco formo parte de su nosotros, como lo marca al hacerme saber que no conozco los códigos de las internas y "me confundo" de baño.

Esta ambigüedad en el rol no me generaba, no obstante, indecisión o confusión, sino que me permitía ubicarme desde un lugar particular, el cual (según fui comenzando a vislumbrar con el correr del tiempo) se tomaba cada vez más valorado sobre todo por los pacientes, pero también por el personal.

Para el personal, creo que fue el hecho de no estar allí simplemente "tomando" aquello que necesitaba para mi tesis, sino también "devolviendo" algo a través de mi rol como docente de fotografía. Una devolución es algo que siempre se le pide a todo estudiante que solicite permiso para realizar observaciones, o trabajos dentro del hospital:

quienes ocupan cargos jerárquicos en condiciones de aprobar un permiso a un estudiante no lo hacen si éste no se compromete, en contrapartida, a brindar algo que sea considerado útil en algún sentido para la institución. Particularmente, lo mío fue mucho más que una devolución, puesto que mi trabajo como profesora del curso de fotografía excedió en tiempo y dedicación largamente las expectativas de quienes me otorgaron el permiso⁸⁴.

Mi rol en el campo y el vínculo con los sujetos se vieron modificados hondamente por la presencia de la cámara, a un punto tal que comencé a ser considerada por ellos como *Camila, la que filma*. "¿Trajiste la filma [apócope dado por los pacientes a la filmadora]?", solían preguntarme cuando me veían sin la cámara en la mano; entonces a qué vine, era la pregunta implícita.

Mi presencia filmando tenía un sentido claro para todos. Para los pacientes, que me conocían desde mi profesión como fotógrafa, el vínculo con la imagen ya estaba establecido, y la filmación constituía un modo adicional pero relacionado de registrar en imágenes. Lo que yo estaba haciendo allí resultaba casi evidente, y se mostraban abiertos a participar de mi trabajo, como cuando me mostraban sus lugares personales en los recorridos guiados de un modo que, seguramente, no hubiesen hecho ante mí como mera observadora.

En esta investigación (como en otras en las que hice uso de la filmación), me percaté de un tipo de relación particular que los sujetos establecen con la cámara: su presencia genera un mayor compromiso para con el trabajo, y las personas se abren a mostrar y contarle cosas a la cámara, que de otro modo no se verían impulsados a decir o hacer. Creo que podría deberse al hecho de que al elegir filmar a determinados individuos, implícitamente les estoy otorgando importancia, y eso es percibido por ellos.

Asimismo, creo que el ser vista en innumerables ocasiones con una cámara, trípode, bolsos abultados, carpetas con fotos, debe haber ejercido su peso en la imagen que de mí se iban haciendo los jefes de servicio, enfermeros, psicólogos⁸⁵, puesto que disipaba eventuales dudas respecto de mi dedicación a un trabajo concreto, arduo y extenso. Como plantea MacDougall, la presencia de un antropólogo tomando notas y observando puede resultar hasta sospechosa, y su función no ser clara para los sujetos; mientras que ante un antropólogo visual, a veces las personas se comportan más naturalmente siendo filmadas que en presencia de un observador ordinario. Una persona con una cámara tiene un trabajo

⁸⁴ Permiso que fuera aprobado por el Dr. G. Hönig (coordinador psiquiátrico del curso de fotografía), el jefe del servicio Nº 65 de Arte Terapia (al cual pertenece el curso) Dr. D. Zappia, y por el Dr. A. Imbriano, jefe del área de rehabilitación del hospital.

⁸⁵ Como también personal subalterno (como ascensoristas, cantineros, guardias de seguridad) y familiares de los pacientes.

obvio que realizar, que es filmar. Se mantiene ocupada, escondida a medias detrás de su máquina, y satisfecha de ser dejada en soledad.⁸⁶

Aún así, tal vez yo aparezca más presente en la filmación que en los registros de campo y aún en el texto escrito: mi voz, (en casos en que soy interpelada por los participantes, o cuando me río, o pienso en voz alta movida por alguna situación) y también corporalmente, por asomos (en reflejos en un espejo, mi mano tomando algún objeto que me extienden, o saludando a alguien), o completamente, como en las entrevistas individuales (para las cuales decidí incluirme en escena, para dar cuenta de la situación de conversación). Mi propia presencia en los registros, me permitió, a través de la observación diferida, ir reflexionando sobre mi ubicación en el campo, mi vínculo con ellos, y más profundamente, sobre ciertos cuestionamientos de naturaleza epistemológica.

Más allá de las influencias que ejerció el uso del video en el campo, mi propia concepción de lo que para mí era el Otro, fue modificándose. En un largo primer momento, los "otros" eran para mí claramente los pacientes, desde el sentido común, llegaba a ellos (los consideraba diferentes, aunque en muchísima menor medida que la mayoría de las personas que conozco, puesto que ya había interactuado hondamente con ellos) desde el supuesto de la existencia de particulares cosmovisiones que los diferenciaban de internos de otras instituciones: eran locos, psicóticos, enfermos mentales o como fuera que en un primer acercamiento los considerara. Cuando hoy releo mis primeros escritos, me llama poderosamente la atención el énfasis que ponía entonces en la pertinencia de la perspectiva psicoanalítica para construir la identidad de las personas con quienes trabajaba. Sin embargo, seguramente no sea casual que en ningún momento de mi investigación me interioricé específicamente en las enfermedades mentales diagnosticadas a los pacientes. Preferí, por alguna razón que el tiempo fue revelando, dejar en suspenso esa información, no guiarme por las etiquetas ni por la idea que de estas personas se hacen los médicos y psicólogos, sino ir descubriendo, por mis propios medios y desde el punto de vista de los propios sujetos involucrados, sus mundos, que primero se me presentaron como totalmente otros respecto del mío, y hacia el final de mi trabajo de campo, con muchísimos puntos en común que fueron socavando la misma idea de alteridad que había construido. Y la naturaleza de este descubrimiento fue de una sensibilidad y profundidad difícil de transmitir en palabras, ni aún en imágenes. Implicó una distensión del componente racional en el conocimiento y el vínculo con ellos, hacia una lógica más emocional. Como dice R. Guber, la dimensión de la perplejidad cabe en una categoría sistemáticamente negada por la

⁸⁶ D. MacDougall [1998:119-120].

metodología de investigación social: la emoción, contracara subjetiva, privada e íntima de la persona.

Casi imperceptiblemente, fue produciéndose una suerte de viraje en mi ubicación respecto de los pacientes y el personal: si en un principio mi lugar estaba más próximo al de los médicos y psicólogos, en un segundo momento, las ideas y prácticas del personal comenzaron a tomarse ajenas para mí, y muchas de ellas hasta hostiles. Creo que un mayor conocimiento de las cosmovisiones de las personas con quienes interactué, me fue mostrando la ignorancia e indiferencia que ante ellas muestran los psiquiatras y los psicólogos. Lo que para mí eran manifestaciones del mundo privado, personal e imaginario de alguno de los pacientes, eran tomadas por los profesionales como delirios o alucinaciones producto de la psicosis.

"Lo que nos jugamos en el campo, cada uno con su solitaria y frecuentemente incomprendida individualidad, es sostener la utopía de ser social y culturalmente solidarios, que estamos dispuestos a escuchar y a entender lo que otros no escuchan ni entienden"⁸⁷.

⁸⁷ R. Guber [2000: 108].

Capítulo 4. Algunas consideraciones metodológicas

Si como plantea P. Bourdieu, "*las técnicas son teorías en actos*"⁸⁸, quisiera hacer explícitas aquí la modalidad de las diversas instancias metodológicas involucradas en el trabajo de campo, la fundamentación teórica que sustentó cada una de ellas, y las reflexiones que suscitaron, ya que considero que están inextricablemente unidas a la estructura de la investigación.

En esta investigación, he hecho uso de metodología propia de la antropología social (observaciones, y entrevistas, conversaciones informales, etc.)⁸⁹, como también de la antropología visual (registros filmicos y fotográficos, entrevistas filmadas y observación diferida).

Como aproximación para el trabajo de campo, me manejé con diferentes tipos de datos, según una distinción que propone G. Bateson⁹⁰:

- a) La descripción escrita de lo que el etnógrafo ha escuchado de un individuo [retomando lo dicho por los sujetos en las entrevistas],
- b) La descripción escrita de lo que el etnógrafo ha observado hacer a un individuo [partiendo de las prácticas de los sujetos observables por mí],
- c) La descripción escrita de artefactos, objetos, espacios... utilizando a veces dibujos, esquemas y cuantificadores.

Añado, con E. Ardèvol Piera, un cuarto tipo de datos: el *registro videográfico*, que proporciona una *descripción audiovisual no escrita*⁹¹. Éstos serán efectuados por mí en el marco del curso de fotografía que se dicta para los pacientes del hospital, en la práctica fotográfica llevada a cabo por los internos, porque considero que sus elecciones de lugares dentro del hospital para realizar las tomas (a partir de la consigna de fotografía de locaciones, paisajes, rincones), los desplazamientos espaciales correspondientes, las decisiones ligadas al acto fotográfico (los encuadres, las distancias, los puntos de vista y perspectivas) pueden tomarse como manifestaciones de la manera en que ellos conciben el espacio. Creo que será una manera de aproximarme en mayor medida a sus propios análisis del espacio. Por otra parte, sostengo que la cámara constituye una herramienta apta para analizar el uso del espacio de una manera dinámica, ya que permite "*estudiar el movimiento*

⁸⁸ P. Bourdieu, citado por R. Guber [1990: 92].

⁸⁹ Según el requisito de *profundidad e intensidad* característico del trabajo de campo antropológico, en términos de J. Clifford [1997], pgs. 79 a 91.

⁹⁰ G. Bateson [1993: 72-76], citado en E. Ardèvol Piera [1998].

⁹¹ E. Ardèvol Piera [op.cit.].

*a través del espacio y del tiempo*⁹². Una tercera acotación en relación con este tipo de dato: mediante una filmación es posible captar elementos de mi relación con los sujetos (pacientes, médicos, fotógrafos, psicólogos), relevantes para un criterio reflexivo de investigación que de cuenta del proceso de construcción de conocimiento⁹³.

En las instancias audiovisuales, la combinatoria del *estilo de filmación* (que define qué ha de ser visto, de acuerdo a la perspectiva del realizador), el *modelo de colaboración* (el cual está dado por el tipo de vínculo establecido entre los sujetos y el realizador durante la filmación y aún en etapas posteriores de edición y exhibición) y las *técnicas de montaje* (que le confieren estructura narrativa al film, y están ellas mismas configuradas por la teoría antropológica que sustenta la etnografía filmica)⁹⁴ definen las modalidades de representación que serán adoptados en cada instancia.

La utilidad del trabajo con imágenes para una temática espacial como la abordada aquí es opera en dos niveles: sobre las fotografías, bocetos y dibujos realizados por los pacientes, y a partir de mis fotografías y registros videográficos.

Tendré presente que trabajar con cualquiera de los tipos de datos anteriormente citados implica manejarse siempre con interpretaciones, dado que, siguiendo a Geertz, el antropólogo realiza interpretaciones de segundo y tercer grado⁹⁵.

Trabajo de Campo

1º etapa [Mi perspectiva]:

a) Filmación en el Curso de Fotografía

El trabajo en esta etapa se llevó a cabo en el marco del Curso de Fotografía para pacientes que se dicta en el Servicio N° 65, los viernes de 14 a 15:30 hs. Acompañé y filmé las situaciones que allí se presentaron, considerando que las elecciones de lugares a fotografiar por parte de los pacientes, los desplazamientos correspondientes, las decisiones inherentes al acto fotográfico (como encuadre, punto de vista, sujeto de la fotografía⁹⁶), ponen en juego cuestiones relativas a la noción y uso del espacio.

⁹² J. Ruby [1996: pg. 166].

⁹³ Me refiero a la concepción de una antropología reflexiva, que manejan autores como R. Guber [1990 y 2001], J. Ruby [op.cit].

⁹⁴ En E. Ardèvol Piera [1996].

⁹⁵ Ya que "por definición sólo un nativo hace interpretaciones de primer orden: se trata de su cultura". C. Geertz [2000: 28].

⁹⁶ según se analiza en el apartado *El Espacio Fotográfico*.

"¿Qué estás filmando?" -me pregunta un paciente que no formaba parte del grupo de alumnos en el marco de una toma fotográfica que estaba realizando en su servicio un alumno del curso de fotografía-, "yo filmo lo que ellos fotografíar", defino⁹⁷.

Este contexto me permitió, asimismo, efectuar observaciones de lugares como: el aula del Servicio Nº 65 (donde se dictan los cursos y talleres); áreas de paso (pasillos, halls, escaleras, ascensor); lugares de residencia de los pacientes (como habitaciones, baños, comedores, salas); el parque del hospital -el *afuera* del *adentro*-.

Estas observaciones y los registros videográficos, conforman un material que me permitió ir definiendo lo que fue luego categorizado como *espacio institucional* y su vinculación con el espacio de los internos.

b) observación en convocatoria

Veinte minutos antes del comienzo de cada clase, se efectúa una *convocatoria*, en la que los coordinadores del curso (psiquiatra, fotógrafos y estudiantes de psicología) realizan una recorrida por diferentes servicios del tercer piso del hospital, invitando de manera personalizada a los pacientes al curso. Es ésta una instancia propicia para el abordaje del espacio institucional -la vida en el *adentro* del hospital-, en tanto contexto de observación del lugar y también de los roles al interior de la institución -en las interacciones entre los médicos y psicólogos, con los enfermeros y pacientes-. En los momentos en que consideré pertinente las imágenes como manera de restituir mi perspectiva de ciertas observaciones, recurrí al registro videográfico.

2º etapa [perspectiva de los internos]

Material Fotográfico del Curso

En determinadas clases del curso de fotografía, se visualizan las fotografías realizadas hasta el momento por los alumnos, y se realiza una crítica colectiva del material (por parte de los fotógrafos y los pacientes). En estas ocasiones, es posible acceder a un análisis de los pacientes sobre su propia producción y sobre cuestiones ligadas al espacio que se desprenden del acto fotográfico (según planteo más arriba).

3º etapa [construcción en colaboración]

a) Entrevistas Individuales

Luego de finalizado el ciclo anual del curso de fotografía, fui coordinando una serie de encuentros individuales (con carácter de entrevistas) con cuatro de los pacientes que

⁹⁷ Registro videográfico de clase nº 12, 11 de julio de 2003.

asistieron regularmente al curso. El punto de partida lo constituyó en todos los casos el trabajo en base a las fotografías realizadas por cada uno de ellos (y en dos de ellos incluí las fotografías realizadas por mí en el marco del ensayo fotográfico previo), para incorporar su análisis sobre la imagen, y relatos sobre el acto fotográfico. Por otra parte, les solicité que realizaran dibujos (técnica de mapas mentales, que me permitiera analizar divergencias con el discurso hablado y obtener un abordaje desde otro modo de representación visual), como una manera de indagar en cómo ven ellos que incide la organización institucional en sus vidas, y para ir construyendo las categorías de *espacio individual e intimidad*, y lo que luego fui definiendo como *lugares imaginarios*. Si éste era el objetivo principal del uso de esta herramienta, en algunas de las entrevistas, el recurso al dibujo adquirió un protagonismo tal que las personas se abocaron a la tarea abstrayéndose de la consigna dada por mí y hasta la situación misma de entrevista. La primera vez que sucediera, supe darle el espacio que estaba requiriendo el sujeto y la situación, y dejé que la situación prosiguiera su curso, la persona dibujando, yo permanecí casi en silencio, y la riqueza de ese encuentro me sirvió como experiencia para posteriores situaciones equivalentes. Lo que constituía un recurso, un medio, se convertía en fin.

b) *Entrevistas informales*

Las entrevistas informales son concebidas un poco como charlas de igual a igual, y se desarrollan en lugares como la cantina o el parque ya que, aunque originalmente mi idea era trabajar en el servicio de cada paciente, me topé con la imposibilidad de filmar al interior de los servicios: mi permiso me habilitaba a filmar en el contexto de los cursos del Servicio Nº 65 o en el parque⁹⁸. Muchos de estos encuentros, como la totalidad de las entrevistas formales, fueron registrados en imágenes.

c) *Recorrido guiado por sujeto*

Según Amheim, existen "acontecimientos en el espacio" cuya aprehensión requiere tiempo. Es el caso de los recorridos por entornos arquitectónicos, que si bien transcurren en el tiempo, son esencialmente espaciales. Aumont también da cuenta de esta clase de descripciones a las que refiere como "relatos en el espacio"⁹⁹.

En el marco del trabajo individualizado, realicé lo que denomino *recorridos guiados* por los sujetos, por lugares significativos para ellos dentro del hospital, acompañándolos con la cámara, para tener una visión dinámica del espacio desde la perspectiva del paciente, que complete la construida a partir de las entrevistas individuales y de las fotografías tomadas

⁹⁸ Si bien en la cantina tuve asimismo alguna dificultad, la persona a cargo del lugar no pertenece a la Institución sino a la concesión del bar, por lo tanto, sus parámetros de permiso no son los mismos.

⁹⁹ J. Aumont [1992: 261].

por ellos. Como sustento para esta aproximación, retomo la distinción entre dos tipos de descripciones que establece M. de Certeau entre *recorridos* y *mapas*, que remite a la oposición entre espacio y lugar¹⁰⁰. El mapa es un elemento de carácter estático, "*escena totalizante donde elementos de origen dispar se conjuntan para formar el cuadro de un estado del saber geográfico, rechaza antes o después*"¹⁰¹. Este aspecto estaría dado, en este caso, por los dibujos efectuados en el marco de las entrevistas, por sus descripciones de lugares a nivel discursivo, y por sus propias fotografías (sacadas en el contexto del curso al que asisten). En el recorrido entran los aspectos más dinámicos del uso de espacio, "*una exacerbación del "hacer" anima los relatos que narran recorridos en lugares que tienen como característica [...] ser las formas diversas de un orden impuesto*"¹⁰².

d) Proyección

Al finalizar el trabajo de campo, pretendo proyectar el material filmado hasta el momento, para que sea visualizado por los pacientes. Esto responde, por un lado, a una iniciativa mía, en tanto me permite considerar las opiniones de los sujetos (con quienes trabajé) sobre mi interpretación. Asimismo, tomo en cuenta la demanda de una *devolución* que me efectuaron algunos de ellos cuando les presenté mi trabajo y solicité su permiso para filmarlos.

Estrategias de filmación en las diversas instancias

De acuerdo con las características de las diferentes instancias de filmación, fui adoptando diferentes estrategias de filmación que respondían a las modalidades de representación involucradas.

a) Curso de fotografía

Mi manera de filmar y mi vínculo con los sujetos adoptaron un carácter de tipo *observacional* en la etapa de filmación en el curso de fotografía, siendo mi objetivo entonces que fuesen la propia lógica del curso y de las acciones de los sujetos las que guiaran mi mirada, no hablando más que cuando era interpelada, y aún así lo mínimo indispensable (aunque determinadas situaciones provocaban mi risa, que no reprimí).

La modalidad observacional en cine, siendo un tipo de abordaje propio del género documental, ha resultado propicio para el film etnográfico, puesto que implica estrategias metodológicas paralelas al trabajo de campo antropológico basado en la observación

¹⁰⁰ Estos conceptos se encuentran desarrollados el capítulo *Teorías sobre el Espacio*.

¹⁰¹ M. De Certeau [1996: 133-134].

¹⁰² Ibidem.

participante. Es así como se convierte en la ortodoxia dominante dentro del cine antropológico¹⁰³. El cine observacional apunta a registrar detalladamente comportamientos cotidianos, basándose para ello en un tipo de relación entre el realizador y los sujetos, en la cual éstos sustentan un protagonismo real, tal que la estructura de la película respeta la lógica de sus realidades. Como lo que se filma son las acciones y los procesos, y hay un interés puesto en el respeto en la duración de los acontecimientos, son característicos en este estilo los largos planos secuencia, que hacen coincidir la temporalidad de la percepción con la de la representación.

La manera en que comencé a filmar desde esta perspectiva entonces fue partiendo desde adentro hacia fuera, ampliando el radio por círculos concéntricos en las sucesivas veces, respetando el acostumbramiento progresivo a la presencia de la cámara: las primeras veces que utilicé la cámara, partí desde adentro del aula del servicio 65 y sólo filmé en ese contexto; luego salí con la cámara del aula, acompañando los desplazamientos de los pacientes que iban a tomar fotografías en otros lugares del hospital; luego desde la llegada de los pacientes al aula y la salida al finalizar la clase; por último, acompañé con la cámara la convocatoria, para poder filmar en los diferentes servicios, el encuentro de los coordinadores del curso y los pacientes en sus prácticas cotidianas.

Me ubiqué como observadora situada, conocida por ellos, y muchos de los planos fueron generados desde el punto de vista de los alumnos, intentando sostener una misma perspectiva, aunque en ocasiones cambiara de lugar para captar acciones que sino se perdían. Para ello, me situé en el espacio como uno de ellos (no desde afuera de la situación, ni desde el lugar de los docentes, si bien tal vez fuera el más cercano al mío, puesto que habiendo sido docente, muchos de ellos me recordaban en esa función, y asimismo, los coordinadores del grupo, psiquiatra, fotógrafos, estudiantes de psicología, me posicionaban dentro de su "nosotros" en los momentos previos y posteriores a la clase: los acompañaba en su recorrido por los servicios en la instancia de la convocatoria, y me quedaba con ellos al interior del aula cuando finalizaba la clase). Los encuadres que utilicé apuntaban a restituir esa mirada posicionada dentro del curso, y no privilegiada –en términos de MacDougall, quien refiere al *unprivileged camera style* como aquel que da cuenta del realizador en tanto ser humano falible, limitado en su percepción y sujeto al azar, oponiéndose a los privilegios formales de omnisciencia del narrador propios del documental de tipo expositivo y de los films de ficción hollywoodenses¹⁰⁴–.

¹⁰³ Como refiere P. Henley [2001: 23], y [2003:1].

¹⁰⁴ *Unprivileged Camera Style*, en D. MacDougall [1998].

En algunas ocasiones, y ante el pedido específico de una de las alumnas, cedía la cámara para que fuera ella quien filmara.

Mi presencia detrás de la cámara filmando continuamente, fue alcanzando cada vez mayor naturalidad para los pacientes. Cierta vez, uno de los pacientes que me veía siempre filmando, me preguntó: "*yo tengo una duda, ¿cómo hace para cocinar con una sola mano?*". No era posible para él imaginarme sin cámara, ni aún fuera de allí.

b) Entrevistas Formales

Más *participativa* fue la modalidad que adopté en las instancias de trabajo individual, en las entrevistas y conversaciones informales. Si bien en un primer momento, y como claramente puede verse en las entrevistas filmadas, mi actitud era la propia de los antropólogos clásicos que, como Geertz dijera lúcidamente, importunan a personas sutiles con preguntas obtusas¹⁰⁵, interpellando activamente a las personas con quienes trabajaba, fui retomando ciertas actitudes propias de una modalidad más observacional -derivadas de una cámara en situación de apertura, contemplativa y paciente, que no pretende sacar provecho de su posición- ya que fui descubriendo la riqueza y sutileza propias del ascetismo metodológico (al que refiere D. MacDougall), como una forma de mirar y un estar más pasivo.

No quise trabajar aquí (ni en ningún otro momento de mi tesis) con otra persona - aunque ciertamente por motivos de índole técnica hubiera sido conveniente en diversas oportunidades alguien que hiciera cámara y/o sonido- porque consideré que dada la fragilidad y el carácter sutil de los vínculos que lograra formar con cada uno, la intimidad se vería perturbada por la presencia de un tercero, y porque alguien externo podría resultar intimidante. Como afirma MacDougall¹⁰⁶, el uso de equipos digitales de pequeño formato ha hecho posible para los antropólogos visuales trabajar en soledad, con un mayor grado de espontaneidad, libertad y, sobre todo, establecer un mejor rapport con los sujetos. Como él aventura, trabajar sola me permitió situarme en una actitud más observante, pensante, intuitiva, que permite aprender en el mismo proceso de investigación fílmica.

En sintonía con esto, para las entrevistas formales decidí trabajar con la cámara fija, colocada en un trípode, para desentenderme de cuestiones técnicas y abocarme de lleno a la entrevista. Utilicé un micrófono corbatero, que por lo general tenían los entrevistados, exceptuando las veces en que uno de ellos se resistiera y me lo colocara yo¹⁰⁷.

¹⁰⁵ C. Geertz [2000: 39].

¹⁰⁶ D. MacDougall [2001].

¹⁰⁷ Me refiero a Adrián Babic.

Una de las falencias de la modalidad observacional tiene que ver con el hecho de que, al no introducirse al realizador como parte del film, hay una parte del encuentro que está faltando, aunque se brinden todos los detalles de la vida de los sujetos. En esta instancia, decidí utilizar planos lo suficientemente amplios como para incluir mi presencia física en la escena, con encuadres frontales, con el objetivo de explicitar el tipo de relación que establecía con cada uno de los sujetos, como parte de una conversación y no como imposición de significados. Quise evitar la modalidad de ciertas películas que se construyen en torno a entrevistas, que *"reproducen al realizador como una presencia fuera de la pantalla, una inteligencia incorpórea"*¹⁰⁸.

c) Convocatoria y Recorridos Guiados

En otras instancias como la convocatoria o los recorridos guiados, trabajé con cámara en mano, caminando del mismo modo que lo haría sin la cámara, para restituir mi propia perspectiva de dicha situación.

En los recorridos por los lugares dentro del hospital, acompañé y filmé lo que los sujetos me mostraban, con cámara en mano, un poco más a la manera de la filmación en el curso de fotografía, más activa la cámara, pero menos activa yo en el diálogo.

Particularmente en el caso de la convocatoria (como también en las clases de fotografía), mis registros fueron observacionales. En relación a la cuestión de la observación en el campo, un etnógrafo tradicional ve aquello que su mirada cultural, teórica y subjetivamente condicionada le permite captar. Diría que un antropólogo visual también recorta de la realidad que registra, en sus elecciones de encuadre, duración de las tomas, ángulo de visión, lentes y, posteriormente, en la edición. No obstante, un antropólogo tomando notas está ya aplicando ciertos esquemas propios de selección y análisis en el momento mismo de la observación; en cambio, si bien la elección de aquello que se registra con la cámara está atravesada por prioridades subjetivas, es posible –como dice C. Young–posponer la observación detallada y analítica de los sucesos¹⁰⁹.

d) Entrevistas Informales

Los planos son bastante cortos, como para trabajar con el micrófono de cámara, y debido a la cercanía a la que me encontraba de la otra persona: por lo general mesa mediante o compartiendo un asiento en el parque. Mi manera de filmar estaba supeditada a

¹⁰⁸ B. Nichols [1997: 130].

¹⁰⁹ "aunque el film etnográfico es también selectivo, está más cercano a la observación en un sentido espacial y temporal que otras formas de grabar la información". T. y P. Asch [op.cit.: 17]. El subrayado es mío.

la situación de diálogo, y en ocasiones, realizaba acciones con la mano libre¹¹⁰. Hubiera preferido poder alejarme más para lograr encuadres más amplios, pero hacerlo implicaba resignar la cercanía establecida, afectando el carácter intimista de la conversación. Mi decisión apuntó a privilegiar el vínculo por sobre la estética.

Oscilaba entre mantener el ojo detrás del visor (permaneciendo semioculta para mi interlocutor detrás de cámara) y sostener la cámara en un encuadre a la altura del ojo, pero con los ojos puestos en la persona y chequeando cada tanto el encuadre. Esta última alternativa, reforzaba la sensación de charla espontánea y operaba como incentivo para la comunicación.

e) Fotografías

Las fotografías realizadas por los pacientes son filmadas en sincronía con lo por ellos explicitado en el marco de las entrevistas filmadas, cuando se referían a cuestiones relativas al acto fotográfico, a la imagen, al referente. La filmación pretende recuperar el recorrido de la mirada del fotógrafo.

Observación Diferida

El proceso de observación diferida de las imágenes permite la interpretación posterior (y aún sucesivas interpretaciones posibles) de los acontecimientos registrados¹¹¹, añadiendo una dimensión única en la tarea de análisis del material de campo.

Esto es algo que se hizo evidente para mí al comparar mis registros de campo escritos con los filmicos: cuando volvía sobre ellos luego de un tiempo, si bien en los primeros encontraba ciertos elementos significativos que en un primer análisis y en los registros escritos había pasado por alto, en las imágenes aparecían una enorme cantidad de ellos.

Cito un extracto de un registro a modo de ejemplo de mi propia experiencia:

Al mirar los registros filmicos, comienzo a notar que, las veces en que hablando con otros, De la Iglesia hace referencia a alguno de sus personajes o lugares imaginarios, mira a cámara y sonrío cómplice –quizás en señal de reconocimiento sobre mi interés, mi comprensión, o tal vez dedicándome esos comentarios-. Sus miradas demoradas e intensas, rematadas por una sonrisa, daban cuenta de un afecto que fue surgiendo, que se manifestaban en pequeños gestos.

¹¹⁰ Como tomar un jugo o revolver un café, dar un lápiz y un block.

¹¹¹ Según plantea Schaeffer. En J. Grau Rebollo [2002: 225].

Otros ejemplos de acciones que pasaron inadvertidas para mí en el momento de observación y filmación: la emoción hasta las lágrimas de un paciente al contemplar una fotografía, la disposición espacial de los alumnos en el curso, los constantes levantarse e irse, para luego regresar de algunos pacientes, el balanceo intermitente de Eduardo Fiamengo.

Precisamente, la particularidad del cine etnográfico tiene que ver con un tipo de "inscripción gruesa"¹¹², en la cual siempre persiste un plus de imágenes y sonidos que sobrepasan los marcos del antropólogo, filmando aquello sobre lo que no sabe nada y que trascienden su propia mirada e interpretación. Es debido a este exceso de sentido que MacDougall sostiene que los filmes observacionales son en parte más de los sujetos que en otras modalidades, puesto que sus propios significados están presentes en las películas.

Estrategias de Montaje del film "Uno se hace lugar en cualquier parte"

Elementos de la estructura del film

Retratos en imágenes

- Entrevistas formales
- Entrevistas informales
- Recorridos guiados
- Dibujos de los lugares
- Bocetos
- Actos fotográficos
- Fotografías finales
- Fotografías anteriores

Clases de fotografía

- Roles: docentes, alumnos, coordinadores
- Contenido teórico y de dinámica del curso
- Prácticas ilustrativas de lo dicho por los docentes (en tomas fotográficas)
- Situaciones que den cuenta de conceptos (como espacio fotográfico, mundos imaginarios)

Convocatoria

- El "adentro"
- La condición de vida del paciente
- Uso de los espacios (colectivos e individuales)

¹¹² Según un término de P. Henley [2001].

El proceso previo por el cual fui trabajando la edición incluyó desgrabaciones de la totalidad de las entrevistas formales, informales y recorridos guiados por los sujetos, un logueo detallado de las escenas –(trabajo equivalente a la desgrabación), inscribiendo en una planilla con varias columnas indicaciones de tiempo, lugar, sujetos presentes en la escena, descripción de acciones, transcripción de la conversación y registro del sonido y observaciones personales-, selección y captura de escenas significativas, armado de borrador de edición, para luego llegar a la instancia de montaje).

Debido a la gran cantidad de material filmico existente, fue necesario efectuar un recorte drástico para el montaje final, dejando de lado buena parte de registros que fueran planteados inicialmente como fundamentales. De las 31 hs. filmadas, a lo largo de un año, sólo entre 20 a 30 minutos quedarían finalmente en el armado.

Para la presentación y las primeras escenas, decidí no incluir planos de ubicación del frente del hospital, porque no es una visión que podría tener un interno, sino alguien de afuera, y en todo momento mi postura en esta investigación fue dar cuenta de la perspectiva de los sujetos internados. Por esta razón, preferí introducir al espectador desde el afuera del adentro del hospital: un plano del parque seguido por una toma de ingreso al adentro por una puerta interna.

Uno de mis objetivos consistió en plasmar el proceso de producción fotográfica, desde el planteo inicial de la idea que se plasma en el boceto, el acto fotográfico en sí mismo, y el producto final (imagen fotográfica), por lo cual incorporo elementos de estos tres momentos, como una manera de restituir la relación entre mi mirada sobre lo que ellos miran al fotografiar.

Uno de los dilemas que se me presentó en relación a la estructura del film, derivaba del hecho de que, si bien yo abordo la temática desde la antropología visual, porque considero que es factible tratar el espacio en términos visuales, paralelamente, hay algunos aspectos del espacio -que tienen que ver con lo que Lefèbvre entiende por espacio mediato, o conceptual¹¹³- que resultan bastante abstractos, lo cual hace que sea más difícil transmitir en imágenes un conocimiento sobre él. Así como en el texto escrito, incorporo referencias al film, una posibilidad era entonces, introducir extractos de mis palabras, de categorías, de frases que son elaboraciones conceptuales de ciertas prácticas filmadas en el cuerpo mismo del film, como textos podían tomar la forma de intertítulos o sobreimpresiones de títulos en las imágenes.

¹¹³ Este tema es desarrollado en el capítulo correspondiente a teorías sobre el espacio.

Esta pequeña película está pensada de un producto complementario pero autónomo respecto del texto escrito. Su estructura no se corresponde linealmente con el contenido de la tesis escrita, aunque en ella estén presentes la mayoría de las cuestiones abordadas aquí, mas de un modo diferente. Lo mismo puede pensarse a la inversa: hay ciertos elementos que aparecen expresados más explícitamente en ella.

Capítulo 5. El espacio institucional

Podría escribirse toda una historia de los espacios –que sería al mismo tiempo una historia de los poderes- que comprendería desde las grandes estrategias de geopolítica hasta las pequeñas tácticas del hábitat, de la arquitectura institucional, de la sala de clase o de la organización hospitalaria, pasando por las implantaciones económico-políticas”.

M. Foucault¹¹⁴

Sobre el Hospital Psiquiátrico como Institución Total

Previo al análisis del espacio institucional del Borda y para comprender más profundamente su sentido, considero necesario insertar la lógica que rige su funcionamiento en el anclaje histórico, social y político que le da su razón de ser.

Los trabajos de Foucault sobre la institucionalización de la mirada médica en el espacio de las instituciones erigidas en la modernidad (el problema de la total visibilidad de los cuerpos, de los individuos, de las cosas, bajo una mirada centralizada, como uno de los principios básicos más constantes), aunque pueden resultar cuestionables y ya superados en algunos de sus aspectos (puesto que fueron escritos en la década de los ´70, momento previo a los cambios sociales de la posmodernidad) resultan sin embargo útiles en algunas consideraciones que hacen a la arquitectura hospitalaria, dado que el Borda fue construido según el modelo y dentro del período histórico considerados por Foucault¹¹⁵.

Según Foucault, el encierro en asilos tiene su origen y fundamento en una construcción de una noción de sujeto en vinculación con doble experiencia de la locura. En la época clásica, el loco era abordado desde el derecho, y como ser social, en la primera concepción, es la enfermedad mental y la idea de individuo alienado e irresponsable, objeto de cuidados, la que determina la internación en hospitales, en la segunda acepción, son determinantes morales y de factor de desorden para el resto de sus semejantes los que conducirán a la noción de internación pero en correccionales. Será en el siglo XVIII cuando ambas experiencias de la locura sean unidas en una sola concepción del loco, y esta yuxtaposición de dos tendencias separadas en sus orígenes, derivará la actual noción de enfermo mental regida por la psiquiatría positivista y su materialización en la internación hospitalaria que conservará elementos de ambas funciones: terapéutico y de control social. El hospital aparece, plantea Foucault, como el espacio de institucionalización de la mirada médica.

“En la compleja organización del espacio cerrado donde el enfermo mental se ha visto reducido durante siglos, las necesidades del régimen, del sistema, sólo han exigido del

¹¹⁴ en J. Bentham [1980].

¹¹⁵ M. Foucault [1976].

*médico un papel de vigilante, de tutor interior, de moderador de los excesos a los cuales podía abocar la enfermedad: el sistema tenía más validez que el objeto de sus cuidados*¹¹⁶.

¿En función de qué se concibe el espacio institucional? Esta era una pregunta inicial en mi recorrido, y a partir de un rastreo histórico, y un estudio que inserta la institución dentro del contexto más amplio de la sociedad, parecería ser que esta organización responde en primer lugar a los intereses del sistema más que a los fines terapéuticos del enfermo mental, puesto que aquí no aparece la curación como el sentido rector en la estructuración del espacio hospitalario.

Así, el manicomio no sirve al contenido mismo de la institución, ya que no encuentra su fundamento en la rehabilitación del enfermo mental, sino en las exigencias del sistema social (eficiencia y estabilidad de las fuerzas productivas).

Según sostiene Castoriadis, el hospital psiquiátrico puede ser considerado como una institución que va más allá de su contenido funcional, como "*una red simbólica socialmente sancionada, en la que se combinan, en proporción y relación variables, un componente funcional y un componente imaginario*"¹¹⁷.

Quizás una característica común a los establecimientos cerrados sea el hecho de que a la sociedad moderna le resulta más simple excluir a ciertas personas que representan un problema para su normal funcionamiento (como pueden serlo los enfermos mentales, los delincuentes, los niños huérfanos), estableciendo distancia y limitando con el encierro antes que integrarlos como parte del sistema.

Para ésta y otra institución cerrada de nuestra sociedad como es la cárcel, Basaglia acuña la categoría de *instituciones de la violencia*, que están basadas en la división de roles y en el control y poder de unos sobre otros, bajo una ideología punitiva, de castigo, fundamentada por la protección del conjunto de la sociedad de aquellos individuos que se desvían de la norma a partir de la exclusión del enfermo mental o el delincuente¹¹⁸.

Desde esta perspectiva puede verse que los hospitales psiquiátricos responden a una necesidad social que es producto de una cierta elaboración histórico-cultural, definitoria tanto del manicomio como de la categoría de enfermo mental¹¹⁹. "*Nuestra sociedad no*

¹¹⁶ F. Basaglia [1976: 147].

¹¹⁷ C. Castoriadis [2003: 197].

¹¹⁸ F. Basaglia [1976: 132] y F. Basaglia, M. Langer y otros [1985: 15 a 30].

¹¹⁹ Como diré más adelante. Retomando un trabajo monográfico de S. Torres Agüero, "Teorización sobre el lugar de la perspectiva psicoanalítica en la teoría social: Reflexiones en torno a la subjetividad", *Seminario de Antropología Social* (Thisted), Facultad de Filosofía y Letras, UBA, 2002.

*quiere reconocerse en ese enfermo que lleva dentro y lo aparta o lo encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo*¹²⁰.

¿Qué sucede al interior de estas instituciones? Para introducirme en esta cuestión, partiré del trabajo de E. Goffman *Internados*,¹²¹ un conjunto de ensayos sobre la situación social de los internos mentales, en lo que el autor define como "instituciones totales",

*"un lugar de residencia [...] donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. [...] La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal. [...] El ingreso de los internados no es voluntario. [Una de las características de las instituciones totales es que] todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única"*¹²²

Este concepto es central en mi proyecto, ya que involucra en su definición consideraciones espaciales. Asimismo, Goffman aporta una clasificación de tipos ideales de instituciones totales¹²³, siendo el orden formal una manera de estructurar en este espacio el tema del control.

En los trabajos de F. Basaglia sobre la desmanicomialización -producto de la corriente antipsiquiátrica en boga fundamentalmente en los años '70¹²⁴- es posible encontrar una definición equivalente en cuanto a los criterios considerados por Goffman y Levinson/Gallagher en su categorización, planteando que este tipo de instituciones oscilan en la dualidad entre la función terapéutica (la cura del paciente) y la de custodia, siendo el psiquiatra quien debe elegir entre ambas, puesto que son contradictorias¹²⁵.

Si bien estos elementos pueden encontrarse en el concepto de institución total tal como lo definiera Goffman, afirman Levinson y Gallagher que se trata de un tipo ideal exagerado y monolítico, en tanto no establece diferencias entre instituciones como un campo de concentración y un hospital psiquiátrico, aunque sea necesario destacar ciertas similitudes. Por mi parte, considero asimismo que si bien su análisis y planteos teóricos pueden ser esclarecedores en muchos sentidos, como tipología no está basada en un criterio unívoco, y resulta un tanto forzada en tanto pretende ser exhaustiva. Asimismo, aún considerando exclusivamente el hospital psiquiátrico, su enfoque no da cuenta de los cambios que se han dado, siendo algunos hospitales de puertas abiertas, éstos no entrarían

¹²⁰ M. Foucault, [1961].

¹²¹ E. Goffman [1988].

¹²² [el subrayado es mío]. E. Goffman [1988: 13, 14 y 25]

¹²³ Goffman las divide en cinco grupos en función de rasgos denotativos comunes. E. Goffman [1988]

¹²⁴ Me refiero aquí fundamentalmente a F. Basaglia [1976], y F. y F. Basaglia [1973].

¹²⁵ Hasta ahora, dice Basaglia, el psiquiatra ha elegido entre los términos de la contradicción el de custodia. En F. Basaglia, M. Langer y otros [1985:21].

dentro de su categoría. Su aplicación al estudio de un hospital neuropsiquiátrico como el considerado aquí, deja a oscuras ciertos matices pero, fundamentalmente, mi distancia respecto del enfoque de Goffman reside en el hecho de que no comparto el supuesto básico de un determinismo estructural directo entre la institución que impone una cierta noción de sujeto, y los pacientes como objetos de manipulación social.¹²⁶

Concentrándonos en un tipo de institución total, R. Bastide parte de la idea de que "el hospital psiquiátrico presenta particularidades y los enfermos que son allí tratados no son enfermos como los otros"¹²⁷, y plantea como relevantes desde un punto de vista sociológico algunas características tales como:

-la *desaparición de procesos ordinarios de interacción* para el enfermo quien deja de tener relaciones familiares y sexuales, ni profesionales o laborales¹²⁸.

-el hospital constituye una *sociedad fuertemente jerarquizada*, de movilidad bloqueada entre dos estratos sociales separados.¹²⁹

-como *lugar espacial*, se caracteriza por estar *cerrado*, con elevados muros, puertas con cerrojos (equivalente a una prisión, dice Bastide)¹³⁰.

Estas características tienen que ver con los objetivos del hospital psiquiátrico, el cual, como toda institución, es una forma de organización dirigida a determinados fines. Como plantean Levinson y Gallagher¹³¹, entre los objetivos del hospital psiquiátrico pueden identificarse las funciones de *reclusión*, de *cuidado y mantenimiento de la vida*, y de *rehabilitación y terapéutica*, en grados diversos según la institución y contexto histórico. Estos autores definen el hospital psiquiátrico en su dualidad de comunidad cuasi burocrática: como lugar de trabajo con división de tareas definidas formalmente bajo la forma de autoridad legal racional (en términos weberianos) gobernada por códigos de normas, y como mundo relativamente autónomo.

Según Levinson y Gallagher, muchas de las contradicciones internas del hospital psiquiátrico y las paradojas que esto implica en la condición de vida del paciente, derivan del hecho de que como institución ejerce múltiples funciones¹³², a menudo con sentidos

¹²⁶ Como se verá más adelante.

¹²⁷ R. Bastide [1983: 16].

¹²⁸ Aunque ciertos internos desarrollan tareas laborales al interior del hospital, la remuneración que perciben no está en relación al trabajo efectuado (son retribuidos en privilegios o en cigarrillos). A partir de mi trabajo de campo y en E. Goffman [1980].

¹²⁹ entre los cuales el enfermero, aún perteneciendo al personal, actúa como intermediario entre estos dos mundos superpuestos y de relaciones asimétricas.

¹³⁰ R. Bastide [1983: 316/317].

¹³¹ D. Levinson, E. Gallagher, [1971].

¹³² Según lo planteado más arriba.

superpuestos. Estas consideraciones los llevan a definirlo como un *sistema terapéutico* (reducción de enfermedad) – *educativo* (desarrollo personal) – *correctivo* (reducción de tendencias a conductas desviadas), que apunta a inducir cambios en los pacientes, a partir de un *ambiente inclusivo* (derivado de la función de reclusión) que adopta un *carácter comunal*.¹³³

Para un individuo, el ingreso al hospital implica su inserción en un mecanismo en funcionamiento, al que debe someterse según una determinada rutina formal, y cuyo espacio se encuentra determinado de antemano, no pudiendo más que plegarse a ese orden. Esta es una lógica de vida completamente diferente a la de un hogar, que aparece como un espacio que se construye activamente.

¿Cómo opera esto sobre las personas? *El poder deshistorizante, destructivo e institucionalizante a todos los niveles, propio de la organización de los asilos, se ejerce únicamente sobre quienes no tienen más elección posible que el hospital psiquiátrico*¹³⁴. En este punto aparece la vinculación con la cuestión de la exclusión y marginación, ya que no todas las personas que son consideradas como enfermas mentales atraviesan una internación en un hospital psiquiátrico de las características del Borda, probablemente sólo aquellas que no tienen otras opciones, ya sea por su situación económica (no pueden acceder a clínicas privadas ni a tratamientos psiquiátricos particulares) o por factores de desintegración de lazos sociales (núcleo familiar disperso, antecedentes delictivos, etc.).

*Por el simple hecho de ser internado en un hospital psiquiátrico, éste se convierte – automáticamente – en un ciudadano sin derechos, abandonado a la arbitrariedad del médico y de los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran, sin posibilidad de apelación. En la dimensión institucional la reciprocidad no existe [...]. No es tanto la enfermedad en sí misma lo que está en juego, como la ausencia de cualquier valor contractual en el enfermo, el cual no tiene más posibilidad de oposición que un comportamiento anormal*¹³⁵. La relación institucional se basa en un incremento del poder del médico por sobre una disminución en el poder del enfermo. La principal diferencia que existe entre el personal del hospital (médicos, psicólogos y enfermeros) y el paciente no es tanto la enfermedad o la salud, como ese poder.

Es así como, según Bastide, podría estudiarse el grupo de los enfermos hospitalizados como los etnólogos estudian los pequeños grupos tradicionales, ya que al interior de él se dan ciertos procesos análogos a los existentes en sociedades fuertemente

¹³³ En Levinson y Gallagher [1971: 48/49].

¹³⁴ F. Basaglia [1976: 140].

¹³⁵ F. Basaglia [1976: 138].

jerarquizadas, y a través de conceptos tales como papeles, status, solidaridad, control social, desviación a la norma, etc.¹³⁶

La cuestión de la comunidad fue planteada por diversos autores, ya que es fundamental para comprender la situación de un paciente, que como interno, se convierte en un habitante de un mundo limitado, en el cual "*todas sus necesidades como persona (recreación soledad, estudio, intimidad, relaciones familiares, hábitos de comida) son satisfechas o retaceadas dentro de los confines de la estructura hospitalaria*"¹³⁷ que lo tiene cautivo en su situación.

El espacio institucional en el Hospital Borda

Retomando la perspectiva de R. Sommer en *Espacio y Comportamiento Individual*, quien estudiara la organización institucional del espacio y su utilización por parte de residentes¹³⁸, considerando los establecimientos desde su arquitectura hasta la disposición del mobiliario (aunque no comparto personalmente su enfoque experimental y conductista), es posible analizar la organización del espacio a nivel institucional.

Para introducirme ahora en el espacio institucional del Hospital Borda, quisiera referirme a los "*no lugares*" definidos por Augé como espacios del anonimato, que promueven una ocupación provisional, situados fundamentalmente en el camino, en el pasaje, y que abre un mundo para individualidades solitarias, reunión temporal, circunstancial en una "soledad compartida". ¿Podría considerarse el espacio hospitalario de una institución como la del hospital Borda como un *no lugar*? Si tenemos en cuenta lo dicho, parecería corresponder a esa categoría. Las personas que lo habitan son también, como en los viajes -no lugar por excelencia- pasajeros, aunque el tránsito muchas veces se extienda más de lo esperado y no sea posible precisar el regreso. No obstante, si junto a este concepto introducimos el par necesario de *lugar* definido por Augé como "*lugar de identidad, relacional e histórico*"¹³⁹, con un sentido inscripto y simbolizado, como lo propio de la modernidad, llegaríamos a una definición más exhaustiva. Desde este punto de vista, también el hospital psiquiátrico aparecería como un lugar que si bien en sus orígenes se remonta a la época clásica, persiste y se convierte claramente en un producto de la

¹³⁶ Añadiría que todo esto no debe hacernos perder de vista que se trata de una institución que forma parte de una sociedad determinada, y que para los miembros se trata de un encierro impuesto.

¹³⁷ D. Levinson y E. Gallagher [1971: 33].

¹³⁸ El autor centra su estudio en un establecimiento geriátrico. R. Sommer [1974].

¹³⁹ M. Augé [1994: 83].

modernidad¹⁴⁰. Esta aparente dualidad no es contradictoria, puesto que en los términos de Augé, "el lugar y el no lugar son más bien polaridades falsas: el primero no queda nunca completamente borrado y el segundo no se cumple nunca totalmente: son palimpsestos donde se reinscribe sin cesar el juego intrincado de la identidad y de la relación"¹⁴¹.

Consideraré dentro de la categoría de espacio institucional todos los definidos desde la institución que inscriben una determinada lógica espacial en el ámbito de residencia para los pacientes. Arquitectónicamente, responden a un problema básico que es el de la vigilancia global e individualizante, la omnicontemplación, el problema de la visibilidad de los cuerpos -tal como le fue planteado a Bentham, quien inventara el panóptico como una tecnología de poder que aporta solución al problema-. El espacio físico del hospital es a la vez un *espacio abierto*, para favorecer la circulación, y un *espacio dividido*¹⁴², que permite evitar los contactos y facilita la clasificación. Ambas características son consecuencias derivadas de la necesidad de vigilancia y control. Son lugares que se erigen sobre un determinado esquema que parece repetirse y configura espacios colectivos. Están definidos según un criterio de exclusión y reclusión que se asienta físicamente en un sitio apartado y cerrado por rejas, muros, custodias.

Algunos lugares operan como una suerte de pasaje de una a otra lógica espacial: esa gran entrada con su estacionamiento que limita el afuera del adentro y provoca la sensación de estar transitando una franja liminal -no se está ya en la calle, pero aún no se está dentro del edificio del hospital-, aún más que el hall central, que es ya parte del adentro del hospital, aunque sus características no difieran prácticamente en nada respecto de otros espacios equivalentes en instituciones públicas. En ellos pueden encontrarse las características de un no lugar.

Aún siendo parte del establecimiento, ciertos lugares destinados al uso de del personal, no parecen regirse por los mismos principios que rigen la estructura hospitalaria destinada a los internos.

Tal es el caso de lugares como Junta Médica (asociación de profesionales médicos), un par de salas ubicadas en P.B., a la derecha del ascensor principal.

Entramos en una puerta a la derecha de la escalera, hay una sala pintada de color rosa durazno, hace calor y el ventilador de techo refresca bien el ambiente, que está agradable, hay cortinas, una computadora a la que está sentada Gabriel Cavia (jefe del servicio N° 12, del tercer piso), está Daniel Zappia, jefe del Servicio N°65, está su mujer, Ana María (que también

¹⁴⁰ Lo que nos remitiría nuevamente a los estudios de Foucault sobre el surgimiento de las instituciones de la locura. En M. Foucault [2000] y M. Foucault [1984].

¹⁴¹ M. Augé [1994: 84].

¹⁴² Sobre esta característica, volveré más adelante.

es jefa de uno de los servicios), y unas tres personas más, un hombre que me saluda. El clima es ameno, aunque un tanto forzado. Parece distendido, pero hay una cierta estructuración en los saludos y en las posturas que adoptan los que están allí. Charlamos de nimiedades con Zappia.

Zappia- [dirigiéndose a mí] Y esta nena, vos cómo estás, cómo van tus cosas?

Yo- Bien, retomando el trabajo.

Zappia- Y la familia?

Yo- Bien, gracias. [ante la formalidad vacía de la pregunta, respondí con otra igual].

Z- Vos tenías una nena, no?

Yo- Un nene. De tres y medio.

Z- Ya! Cómo pasa el tiempo! Querés un café?

Yo- Gracias, pero ya tomé recién en el bar.

Z- Sentate, siéntensé.

GH- No, ya nos vamos, subimos. Pero yo sí me voy a servir un café.

Se sirve un café de una máquina eléctrica.

Z- Se está bien en este lugar. No es nuestro, tendríamos que tener otro igual, un duplicado. Porque este se lo tomamos prestado a los de la asociación de médicos.¹⁴³

En ese entonces, había llamado mi atención la manera en que este médico se comportaba un poco como anfitrión en un espacio que no era totalmente suyo, como él mismo adaraba, pero del cual se apropiaba porque en cierto sentido le pertenecía (por extensión) en su categoría de personal y profesional médico.

Ahora considero que éste y otros espacios destinados a uso del personal del establecimiento, constituyen una suerte de injertos del mundo exterior dentro de la superficie circunscripta por el perímetro del muro: la lógica que subyace a estos sitios es la misma que opera en el exterior.

Es que, como se ha visto, las características propias del espacio institucional en su carácter de impuesto, coercitivo, jerárquico, colectivo, público, visible, incuestionable, proviene de un sentido subyacente muy particular que le es propia y que difiere del de la mayoría de los espacios de nuestra sociedad¹⁴⁴.

Siendo la *vigilancia* el valor fundamental aquí, se comprende entonces que este espacio no contemple la individualidad de los sujetos que allí residen: es más sencillo para estos fines disponer a los internos en grandes pabellones, con habitaciones compartidas por un gran número de ellos, de puertas abiertas y máxima visibilidad. Paradójicamente, se trata

¹⁴³ Extracto de Registro del 19 de marzo de 2003.

¹⁴⁴ Exceptuando la lógica espacial de otro tipo de instituciones totales (como cárceles, colegios de internados).

de *grandes espacios colectivos* y, correlativamente, *pequeños* (por no decir nulos) *espacios privados* (individuales). Es esta una característica definitoria del espacio institucional.

La intimidad se presenta como contradictoria a los mandatos de vigilancia y control que se imponen prioritariamente, aún por sobre el supuesto objetivo de una institución psiquiátrica: "*Desde que franquea el muro del internado, [al] enfermo [...] se le introduce, en resumen, en un espacio concebido desde sus mismos orígenes para hacerle inofensivo y cuidarle, pero que se revela, en la práctica, y de forma paradójica, como un lugar construido para aniquilar su individualidad: el lugar de su objetivación.*"¹⁴⁵ El paciente queda así reducido por la institución al estado de cosa, de objeto.

Respecto de la noción de persona que maneja el personal médico, en cierta ocasión en que noté bastante mal a un paciente, Raúl Maciel, le pregunto a G. Hönig –al que escuché conversando sobre él con el médico jefe de su servicio- qué le pasó a Raúl. Me responde en los siguientes términos: "*le pasó que estaba con tal medicación, le cambiaron a tal otra la semana pasada, le aparecieron voces, estaba recontra alucinado, y su médico dice que esa medicación está bien para él, pero yo le había bajado la otra vez en guardia la anterior, que es para él, estaba mejor*". Las actitudes de un paciente son leídas como efectos de la medicación, en términos de estímulo-respuesta, y las vivencias de la persona en su individualidad pasadas por alto.

Ilustrativo de estas cuestiones relativas a la noción objetivada del paciente son algunas situaciones que se dan en la interacción entre personal e internos, como aquellas que se producen en el contexto de la convocatoria para invitar a los pacientes a que acudan al curso de fotografía.

Una de las pacientes del servicio de mujeres se había escapado el fin de semana anterior, y habiendo regresado por sus propios medios al hospital, la enfermera le advierte al médico coordinador del servicio de arte-terapia que no tiene permiso para concurrir.

Guillermo Hönig- [a Stella] Me parece que no puede venir hoy, no?

Stella- Sí, puedo. La doctora me dio permiso.

GH- Ahora vemos.

Estela se acerca a una puerta de lo que creo es un consultorio, golpea y llama a la psiquiatra. Sale la doctora, y comienza a dialogar en voz baja con Estela. Estela le pregunta en tono suplicante si puede ir al curso de fotografía. GH, que está a unos pasos de distancia, interviene.

GH- Viene conmigo.

Dra.- *Me la cuida usted?*

GH- No se preocupe, *yo se la cuido.*

¹⁴⁵ F. Basaglia [1976: 147].

Este es uno de esos casos en los que el paciente aparece tratado como un niño, sin llegar a la objetivación, se le niega libre albedrío y madurez. En otros casos, aparece más claramente la consideración de los internos como objetos por parte de los enfermeros.

En enfermería no hay nadie, así que entro al servicio, y de una puerta de las de adelante (que parece ser también dependencia de enfermería) sale Chela, una enfermera mayor. Mientras se dirige a enfermería que está vacía, le pregunto por Maciel, uno de los pacientes con quien querría trabajar, y me responde que se lo llevaron a otro servicio. Entonces le pregunto por Alberto De la Iglesia, y sin responderme y mientras avanza hacia el servicio

Chela- Laredo, *me lo traés* a De la Iglesia, que lo busca la señorita?

O de los estudiantes de psicología que asisten a los cursos de arte-terapia como eventuales coordinadores.

GH- Vamos a convocar? A ver cómo hacemos, en todo caso te quedás vos Victoria [estudiante de psicología], con Julio?

Victoria- Quién es Julio?

GH- El paciente que estaba recién acá.

Yo- Bajó recién, pero dijo que en seguida subía.

GH- En todo caso, se quedan ustedes dos, a recibir a los pacientes.

V- Qué hacemos? *Que pasen y los sentamos.*

GH- Y que se sienten ellos.

"Los sentamos", repito, en lo que creo para mis adentros, pero me escucho decirlo. No sé si ellos alcanzaron a oírme.

Objetos que además pueden ser llevados y traídos, trasladados de servicio, cambiados de cama, manipulados. Tal vez, el grado más extremo de esto sea cuando se ejerce una acción física sobre los internos, sin ir más allá, como cuando se les corta el pelo:

Sentado en un banco está Laredo, un interno al que me cuesta un poco reconocer debido a que tiene el pelo corto. Antes sus pelos entrecanos, semilargos, casi siempre despeinados, le caían sobre la frente y constantemente se los apartaba con la mano. Parecía mirar abriéndose paso desde detrás de ellos. Laredo tiene así un aspecto más impersonal: el corte de pelo al ras lo hace parecer más como parte de una institución, de un psiquiátrico o de una cárcel. -Más tarde, Maciel en la entrevista hará referencia a que prefiere las cabezas rapadas así como hacen ahora, en relación con motivos de higiene-.

Yo- [a Laredo] te cortaron el pelo! Estás rapado.

Sonríe [algo habitual en él], me extiende la mano, pero no me contesta.

O cuando se los afeita:

La vez anterior que lo ví a De la Iglesia, le comenté algo acerca de que se había dejado crecer el bigote. Hoy le noto visibles lastimaduras en el lugar que antes ocupara el bigote. Gabriela, la ayudante del curso de fotografía, le dice: "cómo te lastimaste cuando te afeitaste, Alberto!". De la Iglesia nos observa en silencio. Le pregunto: "te afeitaste vos, o te afeitaron?", "Me afeitaron".

O se los ata a la cama cuando están "descontrolados", hecho del cual fui testigo en varias oportunidades.

El dominio que el hospital ejerce sobre el espacio personal del interno, es de un grado tal, que alcanza al propio cuerpo del paciente, el cual en algunos (y no pocos) aspectos deja de pertenecerle para pasar a estar disponible para usos institucionales. A diferencia de lo que planteara Bourdieu, no son coerciones simbólicas cuyo influjo alcanza la inscripción en el espacio de los cuerpos: es directamente en este plano donde se asienta el control sobre el otro.

Es posible encontrar en el espacio físico del establecimiento un correlato de estas prácticas. Existen lugares en el hospital concebidos desde esta misma ideología. Servicios de puertas cerradas para los considerados más peligrosos, como la Unidad Nº 20, un servicio penitenciario destinado exclusivamente a aquellos internos cuyas conductas requieren (desde la óptica institucional) de vigilancia policial y encierro carcelario.

Este lugar es referido por algunos de los pacientes con quienes trabajé como el sitio más detestable de todo el hospital, como en más de una oportunidad me manifestaran. En una entrevista filmada, Raúl Maciel ante mi pregunta por los aspectos negativos del lugar (del hospital), dice:

"La unidad 20. La sacaría. Eso lo sacaría de complejidad. Que... qué se yo, es una cosa impuesta, que por ahí no te lo podés sacar, qué se yo. Yo no soy Materazzi [el director del Borda], no soy la doctora Santos [la subjefe de su servicio] ni nada. Pero yo la unidad 20 la sacaría de complejidad. Pondría otra cosa, pondría una escuelita de chapa ["la escuelita" fue nombrado por él como su sitio preferido dentro del hospital], pondría cualquier cosita, pero no la unidad 20. No la soporto.

Yo- Por qué?

RM- No me gusta, no me gusta que esté con armas ahí, [...] tipo como si viviese ahí Arafat, o no sé, como si pudiese, no sé a quién están cuidando, a un poli. No me gusta eso. Prefiero= mirá que los he visto=

Yo- Qué te hace sentir eso?

RM- No me hace sentir nada, porque para mí que me tiren un tiro y me lleven a la lona, total del otro lado, total, no hice un carajo mal, nunca hice una cosa mal. Pero [tose] me hace

sentir, me hace sentir, no... pasar por ahí parece como si estuvieses pasando por los muros de Berlín, una cosa así, o que te van a agachar algún día y te van a dar un disparo en la nuca."

Y nuevamente, cuando en ocasión de un recorrido guiado por él por el parque, al pasar junto a ese servicio dijera espontáneamente:

"Me da por las pelotas ver eso con una tronera, y ver milicos ahí, apostados, con armas. La unidad 20 no me gusta para nada [en voz muy baja] No, no me gusta para nada, no me gusta para nada. Yo lo sacaría, yo lo sacaría, no sé qué pero... no me gusta, mucho paredón, ya es suficiente con el paredón que hay en las afueras que otro paredón más..."

Este servicio parece representar el encierro dentro del encierro para quienes están en el Borda, como también lo expresara A. De la Iglesia, en una ocasión al pasar frente a ese lugar, se refiere al sitio como "la perrera".

De la I.- A eso yo le decía, yo le decía "Perrera".

Yo- Para qué es?

De la I.- Ahí traen los que se portan mal.

Yo- Y a dónde los llevan?

De la I.- Nada! Los tienen ahí. [se da vuelta y sigue caminando]

Yo- Alguna vez fuiste? No?

De la I.- eh?

Yo- Alguna vez fuiste o no?

De la I.- No, no... pero lo veo.

En otro momento, nuevamente:

De la I.- Eso es una perrera. [señalando una edificación. Cámara la toma y vuelve a él]

Yo- Esta? Por qué la llaman así?

De la I.- Porque traen a los que se portan mal.

Y es traído en términos de ironía por algún paciente, quien en medio de la clase de fotografía, ante la propuesta de pensar en un rincón personal dentro del hospital, comienza a vitorear: "U20!, U20!, U20!", como si ese lugar fuese para él el sitio más disfrutable.

Es así como *"la agresividad cede el paso, en numerosos pacientes, a una nueva agresividad, surgida, más allá de sus particulares delirios, del sentimiento oscuro de una injusticia: la de no ser considerados como hombres desde el momento en que están en el manicomio"*¹⁴⁶. Como dice J.-L. Godard, *"se habla siempre de la violencia del río que desborda sus cauces. Pero nunca se habla de la violencia de los cauces que apresan al río"*¹⁴⁷.

¹⁴⁶ F. Basaglia [1976: 147].

¹⁴⁷ J.L. Godard, citado por P. Dubois [1994]

Al interior, los pacientes están diferenciados por patologías en el sistema de servicios, custodiados por enfermeros de cada pabellón, los contactos están restringidos, y no se mezclan más que lo permitido y pautado como circulación en los espacios públicos. Este es un aspecto central en este tipo de instituciones totales: la estructura de espacios cerrados, no sólo por los límites externos (el muro) del hospital, sino también el sistema al interior del mismo. ¿De qué manera incidiría el espacio cerrado en algunas conductas de los internos? Tomemos el caso del servicio de mujeres, por tratarse de un servicio cerrado bajo llave. En él hay un promedio de 20 pacientes, por lo general con internaciones breves (de seis meses a un año de promedio). Cuando uno ingresa al servicio, muchas de ellas están acostadas, otras apenas vestidas, en chandetas, batas, camisones. Unos quince minutos después de ser invitadas a participar de los cursos y talleres del Servicio N° 65, cuando los coordinadores regresan para acompañarlas hasta el aula del curso, las pacientes se "han producido": se cambiaron, se peinaron y pintaron. Cuando entran en contacto con el resto del hospital (o con una porción de él, a través del encuadre de la clase de fotografía), se activan ciertos comportamientos que no aparecen en la rutina diaria puertas adentro del propio servicio. Un servicio cerrado sólo para pacientes mujeres, al cual no está permitido el ingreso de hombres –sólo médicos, (como si no fuesen hombres?) cosa que no sucede en los servicios masculinos, donde sí entran visitas femeninas- ni de personas que no sean sus familiares, no parece ofrecerles a las internas demasiados incentivos para cuidar su aspecto personal (ni aún para levantarse, en el caso de algunas de ellas) y recuperar su cuerpo e identidad. Esta característica de encierro no parece conformar a varias de las internas, quienes en numerosas oportunidades reclaman salir al parque.

Estela, una de las internas en el servicio de mujeres, lo expresa mientras caminamos por el pasillo hacia el aula, mirando por la ventana.

E- Vamos a salir al jardín a sacar fotos?

GH- No, hoy no.

E- Ay, quiero salir al jardín!

GH- Yo quiero tantas cosas! Me gustaría estar tomando un té, con unas masas, una torta galesa, pero bueno.

Otras actividades recreativas que se desarrollan en el parque son asimismo bien recibidas por los pacientes, como Cooperanza (una jornada de talleres, juegos, música y baile que se hace en uno de los servicios de P.B. los días sábados), las chorceadas (en la cancha de fútbol del parque del hospital, organizada por un grupo religioso, los sábados al mediodía), la radio La Colifata (emitida desde una casilla en el parque, y grabada los sábados por la tarde).

Parecería haber un "afuera" en el "adentro" (el hospital), dado por el parque, que consiste en un *espacio libre* por excelencia en términos goffmanianos: "*espacios físicos circunscriptos, donde hubiera una acentuada reducción de los niveles ordinarios de restricción y vigilancia, y donde los pacientes pudieran entregarse, con relativa seguridad, a toda una gama de actividades prohibidas*"¹⁴⁸. Este afuera del hospital es explícitamente definido así por el personal (profesionales), y es también percibido por los internos como un ámbito propicio para desligarse de la lógica institucional de control. Según parece confirmarlo la propia perspectiva de los médicos y psicólogos del hospital:

Guillermo Hönig- El otro día me asusté bastante yo, con lo que pasó afuera [por el parque]. Sobre todo por los de seguridad. Pasó que se acercaron unos de seguridad, medio que pidiendo explicaciones. Ya había pasado algo...

Yo- que comentó uno de los pacientes cuando salimos al parque.

GH- Sí, uno de los pacientes contó que cuando estaban sacando fotos en uno de estos cursos de los del Frente de Artistas (copiones putos que encima lo hacen mal), que se acercó un enfermero a pedir autorización. [...] *Esas cosas pasan cuando se va afuera: afuera no sabés lo que puede pasar.* Afuera a veces se te acerca gente más pesada.

Yo- Pero está el grupo.

GH- Está el grupo, pero un pesado a veces se la agarra con uno. Además los que están afuera son a veces los más pesados. Están los del pabellón de adictos, los psicóticos adictos, los psicóticos adictos con HIV. Se dan esas cosas afuera.

Yo- Y cuando se sale a sacar fotos acá, por los pasillos, en los alrededores...

GH- No, adentro no.

Lucila Moren (psicóloga, ex coordinadora del curso)- No, *adentro no pasa nada.*

GH- *Está todo más organizado.*¹⁴⁹

O, en otra ocasión, cuando el mismo médico daba recomendaciones a los psicólogos que coordinan el curso de fotografía para una dase a la cual él no podría asistir, diciéndoles "*Cuidense. No salgan al parque. Saquen fotos adentro. No salgan!*".

La diferencia existente entre el adentro y el afuera interior del hospital parecería reproducir lo que distingue el adentro del muro del espacio exterior: adentro la vida está ordenada y controlada según parámetros establecidos y daros para el personal.

Y afuera pasan otras cosas, menos programadas, más imprevisibles, desordenadas, y más temidas por el personal, y apreciadas por los internos. Si en este sentido, el parque aparecería como una suerte de espacio público dentro de los confines del establecimiento, entendiendo como tal "*un espacio compartido, transitado, en el que se llevan a cabo*

¹⁴⁸ E. Goffman [2001: 228].

¹⁴⁹ Extracto de uno de mis registros: 01 de Noviembre de 2002.

*relaciones espontáneas, fluidas, fragmentadas; y sin embargo, generadas a partir de códigos y sistemas de interacción pactados sobre la emergencia de las situaciones, a las que el individuo sobrevive gracias a lo saberes prácticos aprendidos a lo largo de su devenir como usuario.*¹⁵⁰ No obstante, aunque el parque está planteado como un sitio destinado a diferentes usos y perspectivas (en ese sentido podría considerarse un espacio público), ni en el afuera interno –el parque– ni en el afuera externo del hospital –la calle– puede suceder cualquier cosa: guardias de seguridad y policías localizados en el parque y en los lugares de acceso (o, mejor dicho, salida) del hospital están allí para hacer respetar normas.

El influjo de control institucional abarca (aunque en diferentes grados) la totalidad de los espacios al interior del hospital.

Para quienes logran escaparse, afuera tampoco están libres:

RM- Lo más tranquilo, caminaba, caminaba, caminaba...

Yo- Y cómo te sentías?

RM- Bien. [...] me sentía cansado, pero igual le daba, le daba, pateé una noche, seguí pateando, cuando me quise acordar era de día. Y me quedé ahí, no sé qué hice, me senté en esa plaza: para qué me senté. Me senté: un patrullero. Qué iba a hacer, me quise hacer el salame, hacerme el que estaba ahí= No, vení para acá, me trajeron directo=

Yo- Para acá.

RM- No, me llevaron a la comisaría, [...] yo andaba con un pantalón que decía "José Tiburcio Borda", viste? [me río], para colmo, y no me dijeron nada. Me preguntaron: vos, de qué hospital venís? Dónde estuviste internado? Dije: No, internado, internado, no, pero estuve. Ah, bueno, estuviste internado. Bueno, vamos, subimos a la patrulla, vamos a ir a la comisaría y vamos a ver a dónde te tenemos que derivar. Bueno, pasé toda la noche ahí, desde esa noche hasta la otra noche, hasta el otro día, hasta que vinieron, llamaron, no sé cómo hicieron, y me trajeron para acá.

Yo- Y cuando llegaste acá, cómo fue?

RM- No fue, fue peor. Cuando llegué acá, cuando llegué acá me atendieron un señor y una señorita, que me tomaron los datos otra vez, me preguntaron dónde había estado, porque me había escapado, y... [tose] me anotaron en una historia clínica, no sé qué miércoles, me anotaron, no sé. En una carpetita celeste, me anotaron, no en la historia clínica¹⁵¹.

Este relato da cuenta de la condición de prisionero de un interno: la influencia que ejerce la internación excede los confines físicos del hospital, puesto que algo de esta condición está inscripto en la persona, y la sociedad dispone de otras instituciones capaces de hacer efectivo el encierro, en caso de que el límite del hospital sea vulnerado.

¹⁵⁰ G. de la Peña [2003].

¹⁵¹ R. Maciel, en entrevista formal filmada, 28 de marzo de 2003.

Esta misma organización policial tiene sede al interior del Borda: el pabellón para los internos considerados peligrosos, la Unidad N° 20, que se encuentra emplazada en el medio del parque, está rodeada por un muro, y tiene una garita en la esquina, con policías armados en el interior.

Considerado aún desde una perspectiva médica (psiquiátrica), el espacio de un hospital psiquiátrico como el Borda para personas a quienes se les diagnostica una psicosis (para quienes resulta aún más importante que en el resto la valoración y el reconocimiento de los demás hacia el individuo), sería contraproducente a los fines terapéuticos.

Un rasgo típico en el uso del espacio hospitalario por parte de los internos es el *deambular*, el andar sin rumbo fijo por los pasillos, práctica que viene a reforzar la sensación de *vidas suspendidas*, un poco fuera del tiempo y el espacio¹⁵². Esta práctica constituye un rasgo esencial de las imágenes que suscitan los internos en instituciones totales como hospitales psiquiátricos y cárceles, donde las personas que residen en ellas parecen estar en conserva más que en vida.

RM- Durante cuatro años he estado acá adentro, y no he salido.

Yo- Acá adentro dónde?

R.M.- [primer plano de su cara] *Permanecido= pertenecer* al Borda, viste? nada más¹⁵³.

El equívoco de Raúl Maciel marca la equivalencia entre permanecer/pertenecer, que definen el ser parte del Borda como un estado entre paréntesis. Fue también A. Babic quien arrojara luz sobre esta cuestión, en una parte de una entrevista filmada:

Yo- Y vos al hospital, cómo lo ves?

A.B.- Como una cárcel [en voz baja].

Yo- Como una cárcel? Qué es lo que no te gusta de acá del hospital?

A.B.- [pausa, fuma] El devenir. [me mira] Las personas... yo estoy a= yo estoy aprendiendo a vivir, y voy a seguir aprendiendo a vivir, siempre se aprende a vivir, pero cuando sos joven lo vivís de una forma, cuando sos niño de otra, cuando sos adulto de otra. Pero hay cosas que... me gustaría ver en mi vida, como estar viendo una escena de ver crecer a un niño... o... dar clases en una escuela, estar todo el día con los chicos... esas cosas me gustarían.

Yo- Y vos sentís que eso acá=

A.B.- Eso no.

Yo- acá no es posible... [...] Acá vos encontrás algo de eso, que se pueda dar?

A.B.- Sí, lo veo.

Yo- Qué sería, por ejemplo?

A.B.- Y, lo que hacen ustedes, lo que hacen los profesores¹⁵⁴.

¹⁵² en palabras de A. Babic, en entrevista 16 de julio de 2003.

¹⁵³ R. Maciel en recorrido guiado filmado en el parque del hospital.

Precisamente, una de las cuestiones determinantes en la manera en que es utilizado el espacio institucional en el Borda, es el hecho de que adentro del hospital los internos no tienen nada que hacer y la institución espera que esto sea así (exceptuando sí algunos casos de "trabajos" que no son tales, puesto que no están remunerados en términos económicos, sino como favores).

"Por duras que sean las condiciones de vida en las instituciones totales, su rigor no basta para explicar ese sentimiento de esterilidad absoluta; hay que atribuirlo más bien a las desconexiones sociales causadas por el ingreso, y a la impotencia (habitual) para adquirir dentro de la institución, beneficios ulteriormente transferibles a la vida de afuera.¹⁵⁵"

Probablemente, esté relacionado con esta explicación el escaso lugar otorgado a la producción artística de los pacientes en el marco del Servicio N° 65 de Arte Terapia: siendo que el hospital es tan grande, apenas unos pocos placards atiborrados para contener cuadros, fotografías y esculturas que no logran mantenerse dentro de estos cubículos, pero que tampoco son puestos a disposición de los pacientes que los crearon, sino que forman parte del taller.

Un rato antes de comenzar la clase de fotografía, estando en el aula, Adrián Babic me mostró algunos de sus cuadros, y me pidió opinión sobre cuál me gustaba y por qué. Luego, se dirigió a uno de los coordinadores comunicándole su deseo de llevarse uno de los cuadros realizados por él en el taller de plástica, y se enfrentó a la negativa: "las obras *pertenecen* al taller". Ante esto, reaccionó con enojo y se lo llevó de todas maneras. Según relató luego el Dr. Hönig, él fue a buscarlo a su servicio, le exigió que devolviera la "obra que se había robado", y como Adrián lo insultó y no quiso devolver el cuadro, entonces Guillermo le prohibió la entrada al aula, hasta tanto no devuelva el cuadro que se robó.

Situación un tanto peculiar para el contexto de estos talleres cuya finalidad principal y explícita es la de restituir un lugar para la producción artística, y por tanto, el reconocimiento del paciente como sujeto pero, paradójicamente, despojándolo de su obra. Este hecho evidencia una vez más de las contradicciones que se producen en torno a la cuestión del reconocimiento del paciente como individuo creador: es ubicado satelitalmente respecto de la obra, no como artista.

De lo dicho hasta aquí, se desprende que la organización espacial del Borda instituye e inscribe una cierta ideología y control sobre los mismos sujetos que la institución (y el sistema social del cual forma parte, puesto que no es un ente aislado) define (como internos, como pacientes mentales, como psicóticos). En este sentido, el análisis espacial

¹⁵⁴ Extracto entrevista formal filmada A. Babic, 16 de julio de 2003.

¹⁵⁵ E. Goffman [2001:78].

devela cuestiones fundamentales para quienes allí residen, ya que lo que está en juego es una cierta construcción de la noción de persona.¹⁵⁶ La cuestión de los grandes espacios, ligado al desposeimiento y despojo ejercidos sobre los internos por el hospital, que hace que las personas que allí residen dejen de lado su ser social e individual, reduciendo sus identidades a identificaciones (un nombre y un servicio), no parecería estar en relación con los fines médicos de la institución ni del tratamiento de los pacientes, sino más bien ser funcional a la exclusión social que también está dentro de la lógica del manicomio.

Y menos aún considera el espacio institucional la visión de la locura que los mismos pacientes tienen de sí mismos: *"Los locos dan festines, y los cuerdos son los invitados. [...] Los locos crean castillos y los cuerdos los habitan. [...] Los locos crean la música, y los cuerdos sólo la escuchan. Los locos son personajes, y los cuerdos son actores."*¹⁵⁷ Esta definición puede leerse en el bordesito de un camino que lleva al Centro Cultural ubicado en el parque del hospital. Cabe resaltar que su ubicación no me resulta casual, ya que se trata del lugar dentro del hospital menos sometido a la lógica de control.

*"Cada vez que examinamos de cerca una institución social descubrimos, sin embargo, una discrepancia [...] que los participantes se niegan a aceptar el punto de vista oficial, sobre lo que deberían dar y recibir de la organización y sobre la índole del yo y del mundo que deberían aceptar para sí mismos. [...] Encontramos una multitud de minúsculas historias que constituyen, cada una a su modo, un movimiento de libertad. Donde quiera que se imponen mundos se desarrollan submundos"*¹⁵⁸.

Una alternativa de plantear la manera en que el espacio institucional podría incidir beneficiosamente sobre los pacientes puede verse en un film documental francés de N. Philibert, *La moindre des choses*,¹⁵⁹ donde se muestra una clínica psiquiátrica poco convencional: una gran casa de estilo (casi lujosa) en el medio de la campiña francesa, rodeada de bosques y parques, donde los pacientes -con medicación reducida al mínimo- no tienen organizados sus días según una rutina formal institucional (como sucede en el Borda), sino que ocupan su tiempo en actividades artísticas (específicamente, el film muestra los ensayos de los pacientes como actores y músicos para una presentación teatral anual) y laborales llevadas a cabo de acuerdo a roles (jardinero, cocinero,) que típicamente son atribuidos al personal y aquí según capacidades individuales son los mismos pacientes quienes se encargan de las tareas cotidianas, dejando en evidencia que cada individuo tiene

¹⁵⁶ Goffman analiza todo este mecanismo ejercido sobre el "yo" de los internos, aunque no específicamente desde una perspectiva espacial. En Goffman [1988].

¹⁵⁷ En filmación de Recorrido Guiado por Adrián Babic, 16 de julio de 2003.

¹⁵⁸ E. Goffman [2001: 300].

¹⁵⁹ N. Philibert [1998].

un aporte que ofrecer al funcionamiento del conjunto en una suerte de comunidad. En este caso el espacio institucional y la organización de la rutina sí parecen cumplir un rol en el proceso terapéutico, funcionando como refugio protector para sus ocupantes. En sus respectivas lógicas espaciales, el centro La Borda y el Hospital Borda representan modelos antagónicos de encierro y apertura¹⁶⁰.

Vivencia del Tiempo

El análisis de la vivencia del tiempo en el Borda sería objeto de otro estudio, pero si desde muchas perspectivas las nociones de Tiempo y Espacio van juntas¹⁶¹, entonces podemos insertar una pequeña consideración sobre esta cuestión.

El tiempo en el Borda parece estar en sintonía con aquella práctica espacial del andar deambulatorio, a la cual refería como propia de los internos.

Algo que llamó mi atención es que (probablemente debido a las características de las tareas que se desarrollan en el hospital) los médicos también adoptan lógicas temporales al interior del hospital que tal vez no tendrían afuera, en sus otros trabajos.

En lo personal, he notado que uno puede llegar apurado, habiendo estado "corriendo" afuera en la calle toda la mañana, pero al ingresar al Borda, se produce una suerte de ralentamiento de los pasos y en la duración de las acciones. Es que los tiempos del Borda, los tiempos de los que allí residen son otros. Uno comienza a detenerse en situaciones y detalles en los que antes o después, afuera, pasaría de largo. Cito un extracto de mis registros que contiene algunas de mis reflexiones sobre esta apreciación, correspondiente a un encuentro que tuve con Guillermo Hönig con el objeto de reunir el material fotográfico de los pacientes para mi trabajo de tesis:

Guillermo comienza a sacar las cosas del armario del aula. No busca específicamente las fotos y los bocetos, sino que saca todo lo que encuentra, lo apoya sobre la mesa, observa cada cosa, clasifica, recuerda, habla sobre los objetos. Vacía todo, y luego busca. Abrimos algunas cajas que contienen fotos, yo las paso relativamente rápido, ojeándolas. Guillermo toma una por una, la mira, se detiene, recuerda la anécdota de la foto, títulos, nombres de pacientes.

Luego, comenzamos a guardar los objetos dentro del armario, y noto la lentitud de sus movimientos.

¹⁶⁰ El sistema psiquiátrico de puertas abiertas fue iniciado ya en 1889, e implicaba un "conjunto de disposiciones que tienden a dar al establecimiento el aspecto de un pueblo, a proporcionar a sus moradores la mayor suma de libertad compatible con su estado de locura, y hacer del trabajo uno de los elementos más importantes del tratamiento moral". En H. Vezzetti [1983: 79]. En los años '70 y décadas siguientes, modelos de apertura fueron propuestos desde las corrientes de antipsiquiatría. Ver F. Basaglia, D. Ingleby [1982].

¹⁶¹ Categorías universales del entendimiento (Kant, M. Ponty, Durkheim).

Yo- Vos estás con tiempos de vacaciones, o tiempos de guardia, como si estuvieses fuera del tiempo. Tu ritmo es otro.

GH- Los tiempos del Borda.

GH se mueve despacio, parece disponer de todo el tiempo del mundo, en actitud contemplativa y reflexiva¹⁶².

Son tiempos que no están regidos por la producción, son los tiempos del estar, del transitar, los tiempos de un no lugar, los que rigen el ritmo de vida de los que allí residen, y por extensión emanan su influjo al resto de los ocupantes de ese espacio.

Que un paciente no sepa nunca a ciencia cierta hasta cuándo durará su internación, hace que no sea posible tampoco el planteo de metas y su ubicación como mojones temporales, en función de los cuales planificar el tiempo. Ni siquiera la proximidad de la fecha del alta es un dato suficiente, puesto que muchos de quienes la obtienen vuelven a ingresar.

Tal es el caso de Daniel V., un hombre joven a quien conocí al segundo día de su internación en el hospital, y que luego de un año me contara que le habían dado el alta, que estaba muy contento porque antes de internarse sus amigos le habían prometido conservar su lugar en el trabajo para cuando saliera del Borda. Diez días después de su alta, lo encuentro nuevamente en el interior de la habitación de su servicio, ocupando la misma cama. "Se complicó, y me dijeron que volviera por unos días", me dice con un tono que muestra una mezcla de dolor y resignación. "Es así: salen y entran, salen y entran"- según refiere el Dr. Hönig ante situaciones como la de Daniel- dinámica que no contribuye en nada a la reinserción productiva¹⁶³ de los pacientes externados.

"El tiempo previsto para la reclusión -por dictamen médico o sentencia del juez- es algo que el recluso pone entre paréntesis, para someterlo a una observación constante y conciente, cuya intensidad no tienen paralelos en el mundo exterior."¹⁶⁴

¹⁶² Registro correspondiente al 06 de enero de 2003.

¹⁶³ Ni afectiva, ni en el resto de las esferas sociales.

¹⁶⁴ E. Goffman [2001:77].

Capítulo 6. El espacio personal del paciente mental como interno

Como punto de partida para abocarme al problema de la estructuración del espacio personal en el contexto de internación en instituciones totales, retomo la clasificación en dos categorías separadas y aún opuestas dada por Goffman, Bastide y Levinson/Gallagher, esto es, la existencia de dos categorías contrapuestas de personas en hospitales psiquiátricos (y establecimientos cerrados en general), *personal* (ya sean miembros con ocupaciones de alto nivel profesional o subalternos: médicos, enfermeros, seguridad) e *internos* (pacientes: crónicos o temporales).

Resulta pertinente ahondar en la definición de la categoría de interno, dando cuenta de las características de los individuos que son incluidos bajo esta categoría en un hospital psiquiátrico.

Consideraciones sobre la categorización de enfermo mental e internado

Si uno va a la iglesia y habla con Dios, a eso se le llama rezar. Si uno sale de la iglesia y le dice al policía de la esquina que Dios ha hablado con uno, eso es esquizofrenia.

T. Szasz¹⁶⁵

"La ciencia nos ha dicho que el enfermo mental debía ser considerado como el resultado de una alteración biológica, por lo demás bastante mal identificada, y frente a la cual no se podía hacer otra cosa que admitir dócilmente su diferencia en relación a la norma; de aquí deriva la acción exclusivamente tutelar de las instituciones psiquiátricas, expresión directa de la impotencia de una disciplina que, frente a la enfermedad mental, se contenta con definirla, catalogarla y regularla de algún modo¹⁶⁶.

Ciertos autores enmarcados dentro de enfoques interpretativos en psiquiatría, como T. Szasz, cuestionan la relevancia del modelo médico de enfermedad y del hospital general como institución para comprender y ayudar a las personas que "tienen problemas para vivir" y que (agrega Ingleby) han fracasado en su propia habilidad para resolverlos, perdiendo el dominio de sí mismos y la comprensión de lo que sucede¹⁶⁷. Szasz ahonda en lo que él denomina el *mito de la enfermedad mental*, referido a los fenómenos que las personas, desde el sentido común, y los psiquiatras, desde el saber científico, llaman enfermedades mentales y que son tratados *como si* fueran enfermedades. Para él son *enfermedades*

¹⁶⁵ T. Szasz, *El Mito de la Enfermedad Mental*, en F. Basaglia [1985: 85].

¹⁶⁶ F. Basaglia [1976: 135].

¹⁶⁷ D. Ingleby [1982: 72].

metafóricas, por analogía entre sus llamados síntomas y los síntomas de las enfermedades corporales, no pudiendo ser consideradas como verdaderas enfermedades, puesto que la enfermedad es algo que afecta al cuerpo y por definición no puede afectar a la mente. Esta definición implicará consecuentemente una serie de tratamientos destinados a las personas que sean consideradas dentro de estos parámetros. Categóricamente, Szasz afirma que "en tanto los llamados pacientes neuróticos son diagnosticados y tratados como si estuvieran enfermos, sus diagnósticos y tratamientos ocultan que, de hecho, están médicamente sanos. Y en tanto los llamados pacientes psicóticos son diagnosticados y tratados como enfermos, sus diagnósticos y tratamientos ocultan que son, de hecho, prisioneros"¹⁶⁸.

F. Basaglia Ongaro¹⁶⁹ pone el énfasis en la condición del interno en instituciones psiquiátricas en tanto que enfermo, individuo a quien se le niega su valor como tal y es objetivado por su enfermedad.

Estas personas, al residir en una institución que, como vimos anteriormente, no necesariamente apuntará a su rehabilitación, ingresan en una nueva situación, la cual ha sido definida como *condición del paciente mental*. Así, Levinson y Gallagher¹⁷⁰ plantean que al ingresar en un hospital, por un período imprevisible de tiempo, el sujeto se transforma en un *habitante*, lo que implica asumir una particular condición humana, y no sólo recibir un tratamiento. Esta condición de paciente tiene una *connotación situacional* (contexto vital que enfrentan quienes allí residen) y una *connotación intrapersonal* (dada por el significado psicológico que reviste tal situación para cada individuo). En esta definición, los autores incorporan facetas descuidadas por la mayoría de los estudios sobre el tema, centrados o bien en la perspectiva institucional, o en perspectivas psicológicas y psiquiátricas sobre el enfermo mental, sobre la relación entre los conflictos y los supuestos orígenes en la experiencia infantil. Para Levinson y Gallagher, estos enfoques no consideran el significado que tiene para el propio paciente la vida en el hospital. Así, se proponen indagar en la naturaleza del hospital psiquiátrico como institución y en la enfermedad, desde la perspectiva de los sujetos, incluyendo aspectos que hacen a la personalidad del paciente (tales como actitudes, valores, formas de funcionamiento cognoscitivo), y la trama interpersonal de la vida cotidiana del interno en la estructura social del hospital. En principio, creo que es fundamental, para comprender la significación del cuadro de vidas suspendidas que parecen conformar en conjunto quienes habitan un neuropsiquiátrico, remitirse al carácter de *involuntario* que tiene para la mayoría el internamiento y aún los tratamientos

¹⁶⁸ T. Szasz, op.cit., en F. Basaglia [1985: 93].

¹⁶⁹ F. Basaglia Ongaro, "Transformación Institucional y Finalidad Común", en F. Basaglia [1975: 305].

¹⁷⁰ D. Levinson, E. Gallagher, [1971].

que reciben, y la *cautividad* que implica ser un individuo confinado legalmente, restringido en su estatus civil, sujeto a una autoridad como la del personal (que no tiene paralelos en el exterior). En términos de Basaglia, *"una cara de persona anémica, que no dice nada, que se queda quieto, que toma actitudes pasivas y que bajo órdenes del enfermero, bajo las órdenes del médico, espera el día que no llegará nunca, el día de su salida, el día de su alta."*¹⁷¹ Sin embargo, desde una perspectiva como la planteada por Levinson y Gallagher es posible considerar la internación para el paciente no sólo como en términos de determinismo/pasividad, sino a las personas como miembros activos, como "participantes responsables"¹⁷² que eligen aceptar, apoyar u oponerse a la vida organizacional del hospital psiquiátrico.

No obstante los pacientes con quienes interactúe son considerados por la institución (a través de sus diagnósticos médicos) como individuos psicóticos, no me adentraré aquí en las teorías que sustentan y de las cuales proviene dicha conceptualización –la psicología y la psiquiatría–, puesto que son precisamente estas teorías las mismas que vienen a legitimar científicamente la necesidad de la internación en un hospital neuropsiquiátrico en función de intereses que no necesariamente son los del propio sujeto (sean políticos, económicos o morales, tal como lo planteara Foucault para el surgimiento del encierro para la figura del loco). Es de mi interés, en el marco de la presente investigación, partir del status que es asignado a ciertos individuos, quienes siendo designados como enfermos mentales, y por ser considerados peligrosos para sí mismos o para los demás, se encuentran internados en una institución psiquiátrica. Este status implica un cierto rol, el de paciente e interno, que es independiente de la enfermedad en sí.

Enfermedad que, por otra parte, puede entenderse desde una perspectiva diferente de la psiquiátrica, si en esta categorización se incluyen factores sociales. Tal como lo plantea R. Bastide, una de las funciones del psiquiatra es dar cuenta del porqué de la enfermedad, pero es la sociedad la que designa los enfermos que debe tratar: *"no se es loco sino en relación con una sociedad dada; es el consenso social el que delimita las zonas, fluctuantes, de la razón y del desatino o sinrazón"*¹⁷³, y más específicamente, los *"neuróticos o psicóticos [son individuos] que han experimentado traumas culturalmente atípicos, en este caso el grupo no puede proporcionar los mecanismos de defensa tradicionales"*¹⁷⁴ y recurre a la

¹⁷¹ F. Basaglia [1985: 17].

¹⁷² En palabras de Levinson y Gallagher [1971: 37].

¹⁷³ R. Bastide [1983: 323].

¹⁷⁴ R. Bastide [1983: 99].

separación, asilamiento y encierro de aquellos que actúan como desviantes respecto de las normas sociales.

Desde este punto de vista, el loco no aparece como un individuo situado por fuera de la sociedad, puesto la locura es un elemento componente de la estructura social. Tal como considera R. Merton, "*la conducta socialmente divergente es tan producto de la estructura social como la conducta conformista*"¹⁷⁵, puesto que si la sociedad restringe ciertas conductas, paralelamente genera otras. Como dice Foucault, es necesario considerar estructuralmente el conjunto histórico (que incluye nociones, instituciones, medidas jurídico-políticas, ciencia) que *tiene cautiva a la locura*.¹⁷⁶

El espacio personal de los internos

Esta coyuntura tendrá consecuencias en la estructura social hospitalaria y en la trama interpersonal que definen la condición de vida cotidiana del paciente mental. Uno de los aspectos de este contexto es lo que consideraré como el espacio personal del paciente mental. Goffman define como *ajustes primarios* a aquellas acciones de los internos esperables desde la perspectiva institucional, lo que en un primer análisis podría ser visto como actitudes de adaptación al medio, y por *ajustes secundarios* ciertas prácticas que tienden a levantar una barrera entre el individuo y la unidad social que presuntamente debe compartir, esto es, aquellos comportamientos que ponen en cuestionamiento la lógica del establecimiento cerrado. Si partiera desde una perspectiva como ésta, debería plantearme la representación del espacio del paciente mental en términos de una lógica dual, que es a la vez reproducción o adaptación a la institucional y negación o rechazo de ésta, sin ser por esto contradictoria. La aparente contradicción inicial se disolvería al considerar bajo qué circunstancias el interno adopta una u otra posición. Cuando el paciente considera (consciente o inconscientemente) que es apropiado para sus intereses personales una actitud de consentimiento con las imposiciones del hospital, su utilización del espacio sería acorde con lo que la institución parece requerir de él (es el caso, por ejemplo, de la utilización y significación dada a los bienes individuales otorgados a cada interno: la cama y el placard individual), puesto que estaría indicando (de parte de la institución) un mínimo respeto por el espacio individual. Contrarias a esto son aquellas acciones de algunos de los internos que ponen de manifiesto un cierto grado de oposición a la lógica de un espacio (casi) totalmente socializado, como lo es el que supone la arquitectura interior de ciertos

¹⁷⁵ R. Merton, [1964: 131].

¹⁷⁶ M. Foucault, citado por R. Bastide [1983: 323].

servicios, cuyas habitaciones de grandes dimensiones para un gran número de internos, intercomunicadas unas con otras y, fundamentalmente, con sus puertas constantemente abiertas para todo aquel que desee ingresar en ellas. La resistencia que esto ocasiona en los internos se pone de manifiesto en ciertos gestos tales como el cerrar la puerta en la cara por parte de un interno a un coordinador del curso de fotografía en el momento en que ingresa a un dormitorio para invitar a la clase del día. O para mí cierta vez que al ingresar en una habitación habiendo pedido permiso previamente, uno de los que allí estaban se me acerca y haciéndome volver sobre mis pasos me indica la pared junto a la puerta y me pide que respete el cartel. Ante mi desconcierto, veo que en el lugar señalado, hay un círculo con un punto en el medio dibujado en la pared, con una inscripción: "Toque timbre". Estas actitudes parecen ser reivindicativas de lo que sería un respeto por la intimidad que es negada tanto desde una cierta organización espacial como por prácticas invasoras del personal. Dichas prácticas pueden entenderse asimismo a la luz de lo que Gluckman denomina *ritos de rebelión*, consistentes en compensaciones tendientes a disminuir tensiones al interior de estructuras sociales rígidas¹⁷⁷, y que otros autores refieren como "*premios consuelo de los derrotados, los símbolos irónicos de su desvalimiento esencial*"¹⁷⁸. Estos conceptos son aplicables a cualquier conducta de los internos dentro de una institución total. Ciertas actitudes que revisten un carácter de dejadez que se trasluce del aspecto personal, suciedad, y pasividad en los actos, traducen en cierto sentido el abandono institucional en ciertos servicios.

Ahora bien, para el tema del espacio, es preciso contemplar el dinamismo (la movilidad, según enuncié más arriba) de las representaciones, considerando las prácticas espaciales en permanente construcción y no sólo en términos de ajustes -categoría que parecería referirse exclusivamente a un orden dado-. El carácter de imposición que presenta el espacio institucional, no niega la posibilidad de espontaneidad, ya que caeríamos en una postura determinista que no considera al interno más que como un sujeto (cuasi objeto) pasivo. Desde mi punto de vista, ésta es la principal objeción hacia los planteos goffmanianos y, desde un comienzo, elegí acercarme al mundo de las personas que se encuentran internadas situándome desde su propia visión, y no desde la institución: aún desde una visión negativa hacia ella, no es posible contemplar más que el rechazo, pero no se pueden vislumbrar ciertas prácticas y representaciones en el singular sentido que tienen para los sujetos.

¹⁷⁷ Citado por R. Bastide [1983:318].

¹⁷⁸ Levinson y Gallagher [1971: 38].

En este punto, me parece productivo retomar los planteos de M. de Certeau respecto del vínculo existente entre la *lengua espacial* y la *enunciación del andar*, para trazar una analogía con el tipo de dinámica que se establece en este caso entre lo que sería el *espacio institucional* y el *espacio personal*. *"Si es cierto que un orden espacial organiza un conjunto de posibilidades (por ejemplo, mediante un sitio donde se puede circular) y de prohibiciones (por ejemplo, a consecuencia del muro que impide avanzar), el caminante [el sujeto] actualiza algunas de ellas. De ese modo, les hace ser tanto como parecer. Pero también las desplaza e inventa otras, pues los atajos, desviaciones e improvisaciones del andar, privilegian, cambian o abandonan elementos espaciales. De este modo, Charlie Chaplin multiplica las posibilidades de su bastón: hace otras cosas con la misma cosa y sobrepasa los límites que las determinaciones del objeto fijan a su utilización. Igualmente, el caminante transforma en otra cosa cada significante espacial y si, por un lado, sólo hace efectivas algunas posibilidades fijadas por el orden constituido [...]; por otro, aumenta el número de posibilidades (por ejemplo, al crear atajos o rodeos) y de prohibiciones (por ejemplo, se prohíbe seguir caminos considerados lícitos u obligatorios). Luego, selecciona"*¹⁷⁹.

Introduciré aquí una bifurcación en el desarrollo, tomando por un costado esta metáfora de los andares de Certeau en un sentido cuasi literal, para reflexionar sobre un tipo de prácticas espaciales de los pacientes en el Borda. Siendo limitado el espacio por el muro, el hospital como lugar no se presta a demasiados descubrimientos para quienes viven allí. No hay muchas posibilidades de salir de paseo más que por los mismos sitios de siempre. Esta característica restrictiva que es propia de todos los órdenes espaciales (la lengua espacial), en un hospital psiquiátrico como éste lo es aún más, puesto que el mundo está circunscrito en grado extremo. Este es el punto de partida y de llegada de un conjunto de prácticas del tipo de andares más o menos fijos, más o menos rutinarios, para cada persona. Resulta habitual ver a determinados internos realizando un mismo recorrido que es reiterado hasta la automatización. De mis observaciones pude apreciar, no obstante, diferencias en los lugares atravesados, en la duración, el ritmo, y la frecuencia de los andares de las distintas personas.

Algunos son caminantes incansables de grandes distancias, como A. De la Iglesia, quien todas las mañanas recorre el parque ampliamente, más tarde va a la cantina de P.B. a tomar y comer algo, luego compra cigarrillos en la cantina para pacientes del tercer piso, asiste a los talleres... es prácticamente imposible encontrarlo dentro de su servicio.

¹⁷⁹ M. de Certeau [1996: 110].

Los más –como E. Fiamengo- permanecen dentro de su servicio y apenas recorren los largos pasillos de su piso, ida y vuelta nuevamente al servicio.

Y hay quienes efectúan una salida diaria al parque, como quien sale a la calle; es el caso de R. Maciel, quien tiene un itinerario matutino y luego permanece la mayor parte del tiempo dentro del servicio.

Todos ellos efectúan recorridos establecidos casi sin variaciones diarias. A fuerza de repetirse, tienden a mecanizarse y con ello se van incorporando como propios y naturalizando, y junto a otras prácticas promovidas por la institución, vienen a reforzar la vivencia del interno como un ser pasivo, objetivado, deshumanizado.

Sin embargo, existen sujetos cuya enunciación actualiza forzando la lengua institucional. Pienso en personas como A. Babic, que siendo de carácter cíclico, y dependiendo del momento, se puede pasar horas en su cama, tapado y durmiendo, o leyendo en un banco del comedor (living¹⁸⁰) de su servicio, como también efectuar salidas al parque. Lo interesante para mí fue reparar en el hecho de que sus paseos no consistían en itinerarios fijos sino, por el contrario, aventuras de descubrimiento de lugares, plantas, pájaros, personas, y en esos paseos no había nada preestablecido: se dejaba llevar por el azar en sus movimientos, pudiéndose quedar largos ratos pintando en el centro cultural, o haciendo gimnasia, o leyendo en el parque, o charlando con alguien. Según lo que he llegado a conocer acerca de él, Adrián es una persona ligada profundamente a lo vital y lo creativo, encontrando el sentido de su vida en el goce sensible de la naturaleza y en la producción artística.

Entonces, como dice De Certeau, dentro del espacio geométrico, que es físico e inmóvil, normativo, las prácticas del espacio, que son presentes y subjetivas, abren unas posibilidades y cierran otras: "*el andar afirma, sospecha, arriesga, transgrede, respeta, etcétera, las trayectorias que `habla`*"¹⁸¹. Continuando con la analogía con la palabra¹⁸², habría un "sentido propio" que estaría dado por el espacio geométrico [el espacio institucional], y un "sentido figurado" dado por las desviaciones del uso respecto de lo normativo. Esto es lo que explicita -en otro contexto- asimismo Alberto de la Iglesia, quien ante la consigna de fotografiar su rincón dentro del hospital, y bajo el título "Dos demonios sobre mi cama" elige ubicar a una pareja (un estudiante de psicología y una paciente del servicio de mujeres) sobre su cama, enlazando así el espacio físico con el imaginario¹⁸³.

¹⁸⁰ Así llamado por los internos, según se vio más arriba.

¹⁸¹ M. de Certeau [1996: 112].

¹⁸² Que planteara De Certeau [op.cit.: 113].

¹⁸³ Un análisis sobre los sitios imaginarios de De la Iglesia se encuentra en el apartado *Lugares Imaginarios*.



A. de la Iglesia -- Dos demonios sobre mi cama

Ahora bien, considerando que dentro del contexto del hospital, el espacio institucional como estructura es una totalidad normativa en grado supremo, las reglas que impone para ser respetadas operan como límites absolutos a la subjetividad.

En base a lo dicho hasta aquí, parecería que existen dos tipos de espacio en esta institución total: un espacio institucional y uno personal, que a su vez se erige sobre el institucional.

En este sentido, ciertas denominaciones para lugares de uso común y ciertas maneras de uso del espacio, aparecen como una suerte de remodelación del ámbito institucional y su transformación en lugar hogareño. El comedor de algunos servicios, una amplia sala con acceso desde las habitaciones, con mesas y bancos alargados, algunas sillas, y ventanales que dan al parque, es llamado por los internos como el "living" o el "dub". En algunos servicios, los internos desarrollan actividades individuales y paralelas: suelen estar sentados a lo largo de las mesas y no parecen hacer nada, prácticamente sin interactuar con los demás. En otros, es habitual la reunión de un grupo de pacientes en torno a una mesa, mate, cigarrillos y juego de cartas mediante -el dub-. O simplemente se los ve compartir unos mates mientras cada uno permanece en su mundo -el living-. No se trata de "lugares libres" con acceso para cualquier paciente; no obstante, en la mayoría de los servicios, carecen relativamente de vigilancia. Podrían considerarse dentro de lo que Goffman define como "territorios de grupo", sitios compartidos por algunos pacientes con derechos sobre el lugar, apoyados tácitamente por el personal.

Resulta ejemplificador de esta cuestión la manera en que los internos del hospital se presentan ante otros, enunciando en primer término su nombre (o apodo) y a veces su apellido, seguido por el número de servicio en el que residen, como indicador de una cierta pertenencia.

En el tercer piso, como en otros del hospital, los servicios están compuestos por un promedio de tres habitaciones abiertas e intercomunicadas, siendo los dormitorios colectivos para un promedio de ocho camas y ocho placards, baños compartidos, un espacio común que hace las veces de comedor, lugar de reunión, de paso, y lugares periféricos constituidos por los pasillos, y el parque del hospital.

Si pensáramos en analogías entre el adentro (el hospital) y el afuera (la ciudad), el servicio podría operar como una suerte de barrio, en el cual en determinado momento habitan, del cual unas veces son mudados (por decisiones ajenas e impuestas), y en el cual se vinculan con sus vecinos (compañeros). Si el servicio fuese el barrio, los pasillos serían las calles, los dormitorios definirían más bien las manzanas y no el dormitorio de una vivienda, puesto que lo propio está constituido por la cama junto con el placard.

Un paciente con quien trabajé años atrás, me refería a una de estas unidades habitacionales que era de su preferencia, y que estaba conformada por la cama y el placard de un compañero de dormitorio (no la suya). Era para él un lugar privilegiado en relación con la ventana, donde había dispuesto pequeñas macetas con plantas a las que cuidaba.

Me aventuro en estas metáforas motivada por la perspectiva de Bachelard, para quien la casa constituye un espacio que no se vive exclusivamente en su materialidad, sino que en ella albergan nuestros pensamientos y sueños, y su importancia es tal que *"todo espacio habitado lleva como esencia la noción de casa"*¹⁸⁴.

Afirma Bachelard que la casa tiene para el hombre un poder de integración y unificación frente a las contingencias de la vida, lo sostiene. *"Sin ella, el hombre sería un ser disperso"*¹⁸⁵. Este encuadre refuerza nuestra perspectiva acerca de los espacios del hospital en contradicción con una idea de institución que tiene como objeto la salud mental de quienes allí están internados.

Entonces, tal como es definida aquí, la categoría de espacio personal no sería un recorte de una porción individual dentro de ese otro espacio abarcativo y público que es el institucional, sino más bien una puesta en funcionamiento del orden establecido en un "espacio vivido"¹⁸⁶.

A modo de hipótesis, resulta notorio el contraste que surge entre las grandes dimensiones de los espacios del hospital (inmensas habitaciones, salas, pabellones, e interminables pasillos) y el pequeñísimo espacio personal apropiado por cada interno (apenas una cama y un placard, y no mucho más). ¿Cómo incide una vida íntegramente

¹⁸⁴ G. Bachelard [1965: 34]. Sobre esta idea de la casa volveré más adelante en el apartado *La cama y el parque*.

¹⁸⁵ G. Bachelard [1965:37].

¹⁸⁶ Retomando la caracterización de espacio de M. Ponty.

socializada sobre la intimidad de estas personas? El espacio de intimidad contemplado en una institución de este tipo es mínimo, siendo todas las habitaciones y baños compartidos y de puertas abiertas (para otros internos, personal y visitas)¹⁸⁷.

En relación a la manera en que es vivido este espacio totalizador por parte de los internos, aparece la cuestión de las relaciones sociales que se establecen al interior de los servicios, entre los internos y el personal (enfermeros, médicos y psicólogos) y entre los propios compañeros. Estos vínculos conforman para cada uno una perspectiva singular en la valoración de la forma de vida. Aunque la reciprocidad en la relación personal-paciente sea negada a nivel institucional –“*en la dimensión institucional la reciprocidad no existe y, por lo demás, esta ausencia no es en modo alguno disimulada*”¹⁸⁸–, es restituida en la relación entre compañeros, dando lugar a la formación de grupos espontáneos con características de *solidaridad de tipo cambista* (intercambio de dinero, cigarrillos, libros, objetos introducidos de contrabando).¹⁸⁹

Fiamengo, uno de los pacientes, iba todos los mediodías, a las 13 hs. en punto, a ayudar a un compañero a mover un banco, el cual trabajaba, a cambio de cigarrillos, en el Archivo del hospital, ordenando historias clínicas, y recibos de pensiones. En ocasión de un recorrido guiado, Fiamengo me pregunta la hora, y cuando le respondo, se despide y se va. Siendo más de la una, prefiere ir a ayudar a su compañero.

Otros, como A. Babic, viven de otra manera las relaciones con los compañeros, quejándose de la falta de compañerismo – precisamente de la de Eduardo Fiamengo, quien no le avisa de los cursos a los que sin embargo asiste, o el no compartir los cigarrillos, un bien preciado en la cotidianeidad del Borda-.

En una entrevista filmada, otro paciente, Raúl Maciel, hacía referencia a estos valores.

“RM- A mí el único servicio que me gusta es el 17 [en el que está él]. Digo lo siguiente: *que uno se hace lugar en cualquier parte*, mientras uno se acostumbre y lo haga divino, eso va a caer bien, para uno, no? Porque por ahí para= mientras me parezca divino voy a cinchar y cinchar...”

Yo- Y vos, cómo hacés lugar en el servicio 17?

RM- Yo hago lugar haciendo esfuerzo. Suponete, ayer lo [baja la voz] bañé a Carlitos, a Carlos Iglesias [por Alberto de la Iglesia] que se había hecho encima, se hizo encima. [...] Y yo

¹⁸⁷ Característica ésta que responde a las necesidades de vigilancia, según lo analizado más arriba en el apartado *El Espacio Institucional*.

¹⁸⁸ F. Basaglia [1976: 138].

¹⁸⁹ Como plantea R. Bastide [1983: 319/320]. Los enfermeros vendría a desempeñar un rol que se inscribe como intermediario entre estos dos mundos separados que reproducen la polaridad existente entre el adentro y el afuera del muro. Aunque de hecho, los enfermeros pertenecen claramente a uno de esos dos mundos: su casa está afuera.

lo comprendí a Carlos, o sea, te ayudo porque te comprendo, porque a mí me pasó lo mismo [...] Y digo, eso es ayudarlo, pero no pedirle un carajo, no le vas a chupar la sangre tampoco al pobre viejo, ni, ni... pedirle que te pase una pensión, no, ayudarlo porque uno lo siente, yo lo siento a Iglesia, porque es un viejo que sufre sus mambos [...] A Leonardo lo ayudo en el sentido en que yo lo he ayudado a ir a... [...] a kinesiología, que iba todas las mañanas, y él me pedía, no me querés ayudar a llevarme la historia clínica? Sí, le digo, vamos con la historia clínica y nos quedamos allá. Y [...] más bien: él me daba cigarrillos, todo, yo le aceptaba, porque tampoco no le voy a aceptar porque fumar fumo. [...] Además le ayudaba a vestirse porque como anda con la pata dura. Le ayudaba a vestirse, a ponerse los zapatitos, las medicitas, el pantaloncito, la camisita, [...] Él me invitaba al pasillo a escuchar Boca, [...] así él me invita, me invita... y lo escucho, y estoy con él, y me invita cigarrillos, y estamos juntos, y vamos y lo discute conmigo, lo discutimos..."

Ciertos privilegios, favores, ayuda mutua, reciprocidad, solidaridad hacen que sea apreciado el hecho de la vida en común con los compañeros del servicio, aunque esto ocurra en detrimento de la intimidad.

La posibilidad de un espacio reservado a lo personal más que a la intimidad parecería remitir a los componentes de soledad que son vistos negativamente como propios de la enfermedad mental¹⁹⁰. Así, el mundo privado sería para el interno no tanto un espacio propio dentro de un medio social, sino la totalidad del espacio de la locura. Lo que desde una perspectiva superficial podría aparecer como un valor negativo –la negación de la intimidad por parte del establecimiento¹⁹¹– es resignificado y convertido en un valor positivo asociándolo a la solidaridad, reciprocidad, compañerismo. El compañerismo es sin embargo para algunos un valor faltante, como para A. Babic, mas el hincapié puesto en él sigue dando cuenta del lugar positivo que ocupa para quienes viven allí. La vida en común con los otros compañeros tal vez sea lo único que teme perderse con el alta y el retorno a la vida en el afuera del hospital. El recuerdo de un contexto hogareño previo hostil o inexistente (hogares desintegrados por diversos motivos, entre ellos el más frecuente es la pérdida de madre y/o padre), y la ausencia, en la mayoría de los casos, de la perspectiva de un hogar que los contenga, de medios económicos para sostenerse y la difícil reinserción social posterior a una internación, refuerzan la visión positiva (o resignada) depositada por los pacientes respecto de la vida al interior del hospital¹⁹².

¹⁹⁰ R. Maciel dice que "si estoy solo me pongo peor". En entrevista filmada 15 de enero de 2003.

¹⁹¹ Y que funcionó para mí como presupuesto en mi aproximación al campo.

¹⁹² Estas impresiones las obtuve no sólo a partir de mis entrevistas, sino también se desprenden de los resultados de una encuesta realizada por el personal de Guardia del hospital, en marzo de 2003, a pacientes con más de un año de residencia en el establecimiento, en la cual se apuntaba a construir la imagen del hospital que tienen quienes están

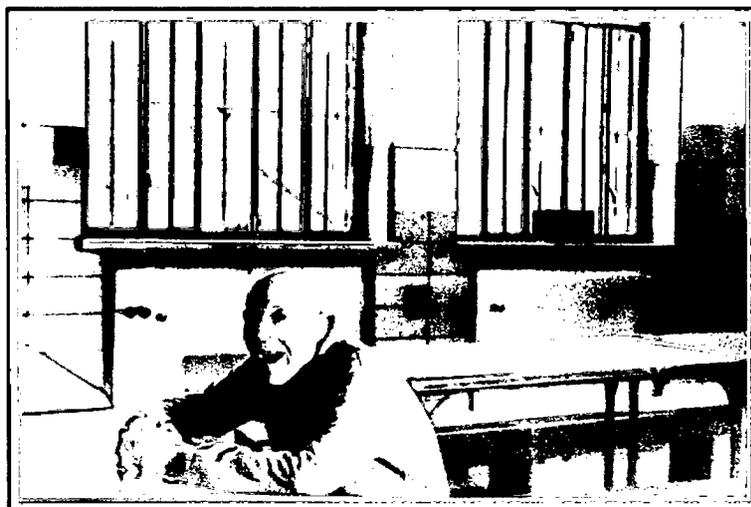
Yo- ¿Y te escapaste alguna vez, o no?

De la I.- [riéndose] Porque no quiero escaparme, si quisiera escaparme...

Yo- ¿Ya te habrías escapado?

De la I.- Ya me hubiera escapado. ¿A dónde voy a ir? Me vendieron el departamento, tres millones de pesos. Entonces qué puedo hacer? Por no pagar las expensas, por no pagar las expensas¹⁹³.

Según pude observar, a partir de mis filmaciones en el marco del curso de fotografía, ante la consigna dada por los profesores de fotografiar "mi rincón dentro del hospital", en palabras de Carlos Karamanian, el docente de fotografía, "*un rincón dentro del hospital que para ustedes sea representativo. Un lugar de contención, al que ustedes acudan cuando quieren pensar, o estar solos, el lugar donde les gusta estar en algún momento en que están mal, o en algún momento en que están contentos. El lugar más íntimo que tienen dentro del hospital*"¹⁹⁴. Esta propuesta apuntaba a reconocer como propios ciertos espacios dentro del medio despersonalizado de la institución, siendo que el rincón -(según lo entiende Bachelard) un *espacio reducido* donde nos gusta acumucarnos, un refugio en el cual agazapamos sobre nosotros mismos, dejar la imaginación en soledad-, lleva en él el germen de un cuarto y, más aún, de una casa. Algunos eligieron sitios como la cama (Alberto de la Iglesia)¹⁹⁵. Otros una porción dentro de su servicio, como Eduardo Fiamengo, quien se autorretrató sentado en un determinado lugar de una de las mesas del comedor de su servicio, y al hacerlo, estaba eligiendo una vez más SU lugar dentro del hospital¹⁹⁶,



E. Fiamengo - "Competentemente"

internados. Específicamente, una de las preguntas giraba en torno a las perspectivas de reinserción una vez obtenida el alta y aparecían las cuestiones mencionadas.

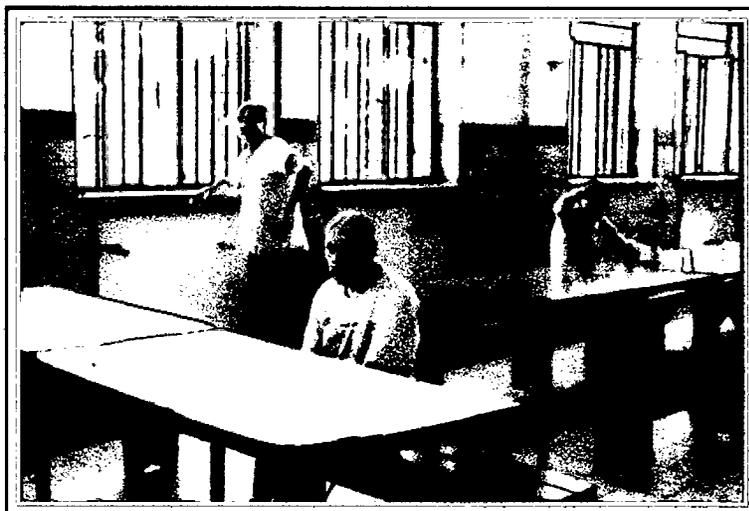
¹⁹³ A. De la Iglesia, charla informal registrada en imágenes, 06 de junio de 2003.

¹⁹⁴ Clase N° 9 de Fotografía, 20 de junio de 2003.

¹⁹⁵ Ver fotografía Dos demonios sobre mi cama. Registro fílmico de la clase N° 12 del 11 de julio de 2003.

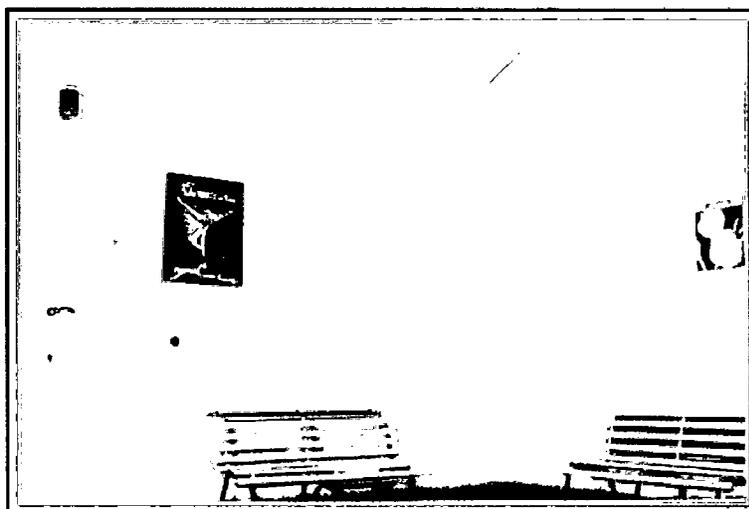
¹⁹⁶ Según aparece en una de las escenas del film, correspondiente a un registro de la clase N° 11 del 04 de julio de 2003.

como lo hiciera años atrás, en ocasión de mi trabajo con él en el marco del ensayo fotográfico, ante mi pregunta sobre su lugar preferido¹⁹⁷.



C3amila Alvarez- "En silencio"

Otro un apartado en un área de uso común, Raúl Maciel, quien elige un par de bancos ubicados en un pasillo al exterior de su servicio¹⁹⁸,



R. Maciel- "Mi rincón"

Daniel Vázquez, un interno más reciente, que llevaba ocho meses allí, fotografió cierto banco bajo un árbol en el parque, lugar que comparte con sus familiares (cuando lo visitan)¹⁹⁹,

¹⁹⁷ En ese momento, Fiamengo se encontraba muy sumergido en sí mismo (como él reconoce actualmente, al afirmar que "antes no hablaba"), y ante mi pregunta, sin responder fue a sentarse en dicho lugar

¹⁹⁸ Filmación clase N° 11 del 04 de julio de 2003.

¹⁹⁹ Clase N° 10 del 27 de junio de 2003.



D. Vázquez - "El banco de mis seres queridos"

y otros directamente hacen de un espacio de producción artística (como lo es el centro cultural ubicado en el parque del hospital) un refugio personal²⁰⁰.



Abel - "Centro Cultural"

De estas acciones se desprende que la intimidad no parecería ser un componente a considerar en la definición de rincón, puesto que es negada sistemáticamente.

Tanto el espacio público como el individual vienen determinados desde el establecimiento, y contrariamente a lo que podría desprenderse de un análisis superficial de la vida en instituciones cerradas, no responden a dos categorías separadas de agentes – espacio institucional = gran espacio colectivo / espacio privado = pequeño espacio personal- ya que lo institucional se filtra, se cuele, e inunda el espacio más íntimo, modelando ambos espacios. *"El paciente llega a encontrarse en una institución que tiene por finalidad la*

²⁰⁰ El planteo fue en la clase Nº 9 del 20 de junio de 2003, y la toma realizada en la clase Nº 12 del 11 de julio de 2003.

*invasión sistemática del espacio personal*²⁰¹. No sería posible entonces, relacionar de manera directa las categorías de espacio institucional y espacio personal con la distinción entre lo público y lo privado, ya que, según planteara H. Arendt: "*La distinción entre las esferas pública y privada, considerada desde el punto de vista de lo privado más bien que del cuerpo político, es igual a la diferencia entre las cosas que deben mostrarse y cosas que han de permanecer ocultas. [...] Resulta sorprendente que desde el comienzo de la historia hasta nuestros días, siempre haya sido la parte corporal de la existencia humana lo que ha necesitado mantenerse oculto en privado [...]*"²⁰². El concepto de *obsceno* está relacionado con esta idea, puesto que etimológicamente implica un fuera de escena -ob-sceno-, un mostrar lo que debería haber permanecido fuera de la vista. Esto es lo que parecería estar subvertido en este tipo de instituciones totales como el Borda, donde la esfera de lo íntimo, que constituye la parte personalísima, por lo común reservada, de los asuntos de un individuo, que tiene que ver con lo más interno, es expuesta a la luz y a las miradas, tomándola obscena.

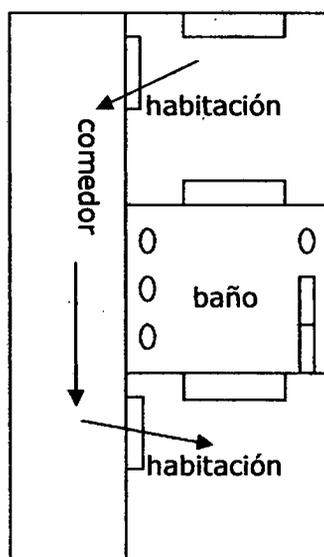
A lo largo de mi trabajo de campo para esta investigación, y en instancias previas y posteriores, fui testigo en reiteradas ocasiones de lo que para mí es el hecho más extremo que evidencia la visibilidad absoluta de los cuerpos y negación de la intimidad: la práctica de masturbación que es efectuada por algunos internos en sus camas, delante de quienes estén allí.

Un extracto de mis registros de campo resulta ilustrativo de este aspecto que pretendo esdarecer. Se trata de una de las recorridas de Convocatoria (invitación al curso de fotografía).

Entramos en uno de los pabellones más deteriorados, el que me había impactado la vez anterior por su estado. Guillermo H. [psiquiatra coordinador de los cursos de fotografía y teatro] me dice, "vení, entrá Camila" [mientras abre la puerta de una habitación que está al fondo de todo (la única puerta cerrada que encontré en los servicios masculinos del tercer piso, que parece estar clausurada en cierto sentido, por el poco acceso que se tiene a ese último cuarto)]. Adentro hay unos cuatro pacientes tirados en las camas, muy dormidos para siquiera decirles nada. Y en este punto observo algo que me resulta llamativo: para acceder a ese cuarto tuvimos que hacer un rodeo por un hall lateral, sin seguir el camino directo que es avanzar a través de las habitaciones. Ese rodeo es para evitar pasar por los baños, que en éste (como en algunos otros servicios) se encuentra en el medio entre las habitaciones, no tiene puertas, sino que está construido en torno a ese pasillo, con los mingitorios y piletas a un lado, y las duchas del otro de ese pasillo.

²⁰¹ "ya de por sí reducido por la regresión enferma". F. Basaglia [1976: 156].

²⁰² H. Arendt [1993: 77/78].



Aquí lo que sucede entonces es que para volver,

Guillermo en lugar de volver a efectuar el rodeo me dice:

GH- Vamos por acá [avanzando derecho sin efectuar el rodeo sino atravesando el baño-pasillo].

Yo- No, mejor no.

GH- Vamos, sí.

Atravieso el baño con la vista al frente, para evitar mirar a mis costados (donde percibo que hay alguien), como si tuviese anteojeras. Me provoca una cierta violencia interior no respetar en absoluto esta intimidad de baño masculino, pero sobre todo porque me ubica en una postura institucional (propia del personal del hospital, y aceptada por los internos): si no hubiese estado con un psiquiatra del hospital como Guillermo, no hubiese pasado por allí.

Continuando en un plano hipotético, podría arriesgar que el espacio personal contemplado desde la institución para los internos del Borda es público. En este medio, las fronteras entre el ámbito de lo público y lo privado parecen desdibujarse en lo colectivo: para quienes residen en un espacio hospitalario, nada es de su propiedad individual²⁰³ (ni siquiera la cama y el placard que, aunque sean apropiados en su utilización, deben ser dejados en la institución una vez que es abandonada con el alta, puesto que son solamente "asignados" a cada paciente, pero no pertenecen a cada uno). Dice Foucault que los médicos han sido (junto a los militares) los primeros gestores del espacio colectivo. Puede cuestionarse la validez histórica de esta afirmación, pero lo cierto es que el hospital posee derechos, ya sea en términos de propiedad, o por cuestiones justificadas en relación con la enfermedad mental de los pacientes, y en base a estos es lícita su intervención y acceso al

²⁰³ Mientras se planteaba en la clase de fotografía el tema del rincón dentro del hospital, una alumna pregunta si es posible incluir personas en ese rincón, puesto que su rincón es su cuarto, y ella comparte habitación con otras compañeras. Su rincón incluye personas, puesto que no hay lugares individuales en el Borda.

espacio personal de cada interno. En el caso de un paciente, Raúl Maciel, quien aunque a nivel verbal me dijera "*sí me cambian de cama, los mando al carajo*"²⁰⁴, en los hechos no le queda margen para la resistencia a las imposiciones de este tipo. Ya que, tiempo después fue cambiado de cama:

En la segunda habitación, está únicamente Raúl Maciel, en una cama diferente de la suya. Me ve desde lejos, y se levanta saludando.

Yo- Hola, cómo estás? Te cambiaron de cama?

RM- Hola, sí me cambiaron ayer, están cambiando todas, todo el tiempo.

GH- Bueno, mejor, esa es más linda.

RM- Sí, bah, no...

GH- Estás cerca de la ventana. [lo cual podrá ser bueno para GH, pero no necesariamente para RM, que según me refería en una entrevista, sufre de vértigo, y necesita de referencias externas (como una pelotá o alguien que pase por la ventana)]²⁰⁵.

A la semana siguiente estaba en una tercera, desplazado de su lugar por el ingreso de un nuevo interno a su servicio.

Yo- todas las veces te encuentro en una cama diferente!

GH- no, en esta ya está hace como una semana.

RM- (en tono resignado) hace una semana, sí.

La institución reafirma su poder mediante acciones de este tipo. Y para que sea efectivo, debe reiterarse en el tiempo –a los pocos meses, ante la llegada de un nuevo interno, RM es reubicado en una de las camas de la habitación del fondo, la más abandonada, GH le comenta "como vos estás mejor, le dieron tu lugar al compañero nuevo que entró, y a vos te trajeron acá"- . Como planteara Bourdieu, las relaciones de tensión entre acciones de control y orden ejercidas desde el poder y la obediencia o sumisión de los sujetos, se establecen en un nivel simbólico, poniendo funcionamiento estructuras cognitivas, mediante la capacidad de un ente totalizador de inculcarlas a través de la inscripción en el cuerpo²⁰⁶.

Entonces, y como ya se ha dejado entrever, la oposición inicial entre ambos tipos de espacio no es tan categórica, y esto debido, fundamentalmente, a la cualidad de imposición que presenta el espacio institucional, y el poder que ejerce el establecimiento sobre los internos a partir de él.

Encuentro en este punto un aspecto adicional que complejiza aún más la cuestión: los espacios institucionales no podrían ser definidos como públicos si por espacio público

²⁰⁴ Extracto de entrevista filmada a R. Maciel, 15 de enero de 2003.

²⁰⁵ Extracto Registro Clase 2 de fotografía, 2 de mayo de 2003.

²⁰⁶ P. Bourdieu, [1997: 117 y sig.].

entendemos "un ámbito de la sociedad en el que se discierne acerca de las cuestiones que son de incumbencia de toda la comunidad. Es un ámbito de comunicación de diálogo y por ende de participación"²⁰⁷, antes bien serían espacios colectivos por imposición.

Una suerte de inversión parece operar entre lo que estamos acostumbrados a experimentar como espacio público y espacio privado: lo íntimo es develado (y por tanto "publicado" en los términos de Arendt), y lo público (como pueden serlo los lugares de uso común como el parque, los pasillos, las salas del hospital) es restringido. Lo público habitualmente "conlleva un tipo de actuación asociada a lo que a la luz de los otros"²⁰⁸ los individuos realizan y declaran acerca de sí, sin pautas predeterminadas. Estos espacios en el Borda no implican órdenes en permanente construcción como planteara al respecto Lefebvre: "dichos escenarios no son el resultado de una estructura dada, sino lugares en constante reformulación y recreación"²⁰⁹. Aquí lo imperante es precisamente lo cerrado, y ello no sólo físicamente, sino también en tanto están terminados: son espacios establecidos.

Más aún, lo público que involucra generalmente interacciones transitorias y espontáneas, aquí se trata de espacios dados para habitar²¹⁰. El espacio del hospital propone una permanencia que es sin embargo transitoria.

Esta misma razón es la que explica que sea tan poco lo que construyen los internos, debido a esta misma sensación de desposeimiento: el paso de un individuo como paciente por una institución psiquiátrica no deja casi rastros -no siendo así para individuos que ocupen puestos directivos, ya que sus decisiones imprimirán su sello en la organización de las vidas de más de mil internos-.

Dado que un interno no puede contar con otro mobiliario más que la cama y el placard que le son asignados, dado que no puede disponerse éste a criterio propio, ¿cuál es el margen posible para depositar sobre el entorno una huella personal? Quizás únicamente la *decoración*, el aspecto menos estructural de toda arquitectura interior, sin embargo el que más deja traslucir las características personales de los ocupantes²¹¹.

El placard -el ropeluz-

Lo que mi trabajo me ha permitido vislumbrar es que, inmersos en un medio social donde el espacio personal está vedado prácticamente en su totalidad -por la co-residencia

²⁰⁷ S. Perdoni [2001: 9].

²⁰⁸ G. de la Peña [2003].

²⁰⁹ H. Lefebvre [1976].

²¹⁰ ser un interno implica transformarse en habitante, según sostiene Gallagher. D. Levinson y E. Gallagher [1971: 19].

²¹¹ Sobre éstas cuestiones ahondaré más adelante en los apartados correspondientes (*La Cama y el Parque y El Placard*).

permanente con los otros internos (rotativa pero también constante con enfermeros, psicólogos, médicos, estudiantes y visitantes)²¹², por el hecho de compartir absolutamente todos los espacios destinados a las actividades cotidianas y básicas (como comer, dormir, bañarse y demás)- los pacientes construyen uno de los únicos espacios íntimos en el *placard* que cada uno de ellos posee. Goffman incluye este tipo de espacio personal dentro de la categoría de *lugares de almacenamiento*, aquellos donde proteger y ocultar objetos²¹³. Junto con su cama, el placard es lo único sobre lo que ejercen dominio individual, sobre las dos cosas que se le asignan a cada persona que es internada en el hospital. Inscripciones en los armarios y en las paredes, fotografías, dibujos, banderines, plantas. Tales los elementos tolerados por el personal, marcan diferencias profundas en el aspecto del hábitat de cada interno.

En un contexto donde todo es compartido, o antes bien, de uso colectivo, apenas unas pocas posesiones y lugares privados son permitidos. El placard –o *ropeluz*, como es llamado por algunos pacientes (conjunción de ropero y mesa de luz, su doble función)- representa prácticamente el único espacio personal en la situación de internación. Es celosamente vigilado: como un *cofre* -otra denominación puesta por los internos- la gran mayoría de ellos tienen un candado, y su llave es llevada consigo por los internos colgada al cuello, para evitar que otros (fundamentalmente, los propios compañeros) tengan acceso a ese espacio. “*Lo mismo que un alma que no se confía, la llave no está en la puerta*”²¹⁴. La mayoría de las personas con quienes trabajé me refirieron a los reiterados robos a los placards.

Debido a sus reducidas dimensiones, los objetos contenidos en él son escasos. Sólo algunos casos excepcionales contradicen esta regla del placard:

En una de las habitaciones del lado izquierdo -del lado en que suelen ser más oscuras, con las ventanas cubiertas o las persianas cerradas-, rodeando una de las camas hay un amontonamiento de muebles, ropa, libros y objetos de uno de los pacientes. Digo algo relativo a la cantidad de cosas que tiene, GH replica que demasiado, que no se puede, le digo que estaría bueno que todos pudieran, a lo que responde que no, que sería un caos.²¹⁵

Los objetos guardados en sus interiores son de índole personal, y su principal valor reside en ello. Donde el acceso a los objetos (independientemente de su valor económico) se toma, sino muy difícil al menos complejo para la mayoría de los internos, la posesión se convierte en una actividad. Los placards se abren y se cierran continuamente a lo largo del

²¹² Como también con las personas que realizan trabajos ad-honorem, dirigiendo cursos y talleres para los pacientes.

²¹³ E. Goffman, [2001: 248].

²¹⁴ G. Bachelard [1965:113].

²¹⁵ Extracto Registro Clase 5 de fotografía, 23 de mayo de 2003.

día²¹⁶. Los hay atiborrados de objetos y decorados con fotografías, graffittis y dibujos, y otros son más austeros, despojados, impersonales, que emanan cierto aire a caja fuerte. El placard es un espacio que se construye activamente. Estos espacios de intimidad son los que Bachelard definiera como la *casa de las cosas*: los cajones, los cofres, las cerraduras, los armarios, que sustentan “una especie de estética de lo oculto”²¹⁷ –la esfera privada, en términos de Arendt-. Funcionan como reservorios de intimidad, donde albergan las “*imágenes del secreto*”²¹⁸. Personalmente, a lo largo de las diferentes instancias de mi trabajo de campo, y aún desde la época en que realizaba el ensayo fotográfico, fui notando que las personas con quienes trabajaba me brindaban acceso a estos espacios interiores, al abrir sus armarios con la llave protegida en sus propios cuerpos, y al mostrarme sus únicas pertenencias dentro del hospital. Siendo que el placard no se abre a cualquiera –como dice Bachelard- quizás sea ésta la razón que explica la extraña satisfacción que me generaban esos momentos.

La cama y el parque

Al mirar en detalle las fotografías que había tomado en el 2000, que conformaron el ensayo fotográfico, comencé a notar que los contactos de mis negativos parecían agruparse (según a quién se refiriesen las fotos) en un adentro y un afuera, en fotografías realizadas en el parque del hospital, y en el entorno de la cama (como polos opuestos). Intuía entonces, que podría existir cierta relación con el estado en que se encontraban las personas retratadas, siendo que, en el primer caso, eran pacientes que ya estaban externos²¹⁹, o que estando internados se los veía mejor²²⁰, y en el otro caso, eran personas muy sumergidas en sí mismas, aisladas de los contactos interpersonales dentro y fuera del hospital.

Esta posible explicación surgió en un primer momento a partir del análisis de mi material fotográfico. No obstante, al ir avanzando en mi trabajo de campo, pude observar que esta relación no siempre aparecía, puesto que varios de ellos elegían simultáneamente la cama y el parque como lugares donde estar a gusto en el hospital. Esto aparecía en las

²¹⁶ En varias oportunidades los internos se refirieron a este mueble como el “ropeluz”, conjunción entre ropero y mesa de luz, dado que cumple ambas funciones.

²¹⁷ G. Bachelard [1965: 30].

²¹⁸ G. Bachelard [1965: 111].

²¹⁹ Pacientes que estuvieron internados anteriormente y que hoy vuelven al hospital periódicamente a continuar con sus terapias.

²²⁰ En cuanto a sus vínculos con los compañeros y conmigo, y por referencias a sus diagnósticos por parte de psicólogos y médicos con quienes interactué.

entrevistas, en los recorridos guiados, en los lugares que elegían fotografiar²²¹, y a partir de mis observaciones. Esta polaridad entonces, podría estar dando cuenta de otras cuestiones.

Empecé a reflexionar en torno a la impresión de que la cama de algunos de los internos es vivida como el lugar donde anidar²²²: muchos de los que eligen este sitio para pasar gran parte del tiempo se recuestan en posición fetal, se tapan con frazadas aún en verano, y acomodan la almohada para tener la cabeza al sol en invierno. E. Fiamengo dibuja su cama y a él sobre ella en una entrevista y la refiere como su lugar de pertenencia dentro del hospital. A. de la Iglesia fotografía la suya con dos demonios (una paciente y un estudiante de psicología que se prestan como modelos) a partir de la consigna (dada por los profesores del curso de fotografía) "mi rincón dentro del hospital".

Retomando la idea de Bachelard de la casa como nuestro rincón en el mundo, y en función de lo dicho anteriormente, podría conjeturar que la unidad conformada por la cama y el placard constituiría una suerte de casa para cada interno. Goffman la definiría en términos de *espacio privado* o *territorio personal*, por tratarse de un lugar que no siendo compartido con otros pacientes (a menos que sean invitados), tienden, con el tiempo, a estar marcados con elementos que expresan el dominio, gusto y comodidad de cada paciente. Siguiendo sus planteos, "un territorio personal puede formarse dentro de un lugar libre o dentro de un territorio de grupo"²²³, también en el otro extremo, en el parque, los internos establecen lugares personales.

El parque, el afuera por excelencia, viene a cumplir en algún sentido el rol de la calle, en tanto espacio libre, como espacio público²²⁴. Aún formando parte de lo que entiendo por espacio institucional, según explicité más arriba, debido a sus características de lugar menos estructurado de acuerdo a la rígida lógica que sustenta el resto de los ámbitos del adentro del hospital, el parque es apropiado de muy diversas maneras por los internos. Si individualmente, es considerado, en algún sentido, como espacio personal para muchos de ellos y es vivido desde la intimidad²²⁵, colectivamente, asimismo, ciertos lugares son "tomados" y refuncionalizados como *espacios de producción*.

Seguramente es esta la razón por la cual también Raúl Maciel valora (en sus palabras y en los hechos, puesto que los recorre diariamente) la carpintería, el vivero, que están en el parque y que son espacios productivos. Tanto el centro cultural, el vivero, la carpintería, "La Colifata" (radio producida por los internos, que emite los sábados), el Frente

²²¹ Según puede verse en el video de un modo más evidente.

²²² En términos de G. Bachelard "el nido" [1965: 124 / 139].

²²³ E. Goffman [2001: 244].

²²⁴ Con las salvedades de control y vigilancia según planteara anteriormente.

²²⁵ Según intentaré mostrar en *Lugares Imaginarios*.

de Artistas²²⁶, Cooperanza²²⁷, los talleres y cursos del servicio N° 65, son espacios de producción y creación que los pacientes con quienes trabajé valoran positivamente ya sea que concurren o no habitualmente.

Resulta notable que la mayoría de estos espacios (exceptuando el servicio N° 65, cuyas actividades se enmarcan dentro del proceso terapéutico y son promovidas por la misma institución²²⁸) son autogestionadas por los pacientes, y que están emplazadas en el parque, el lugar menos institucional (en tanto organización formal) del hospital: el "afuera" del "adentro" (del muro). Este tipo de lugares y actividades que en ellos se desarrollan no son demasiado bien vistas por el personal, aunque sean aceptadas.

Lo que desde el establecimiento se promueve son prácticas improproductivas que se inscriben en otro tipo de espacios: Estar y Pasar, más que Hacer y Producir, en parajes despojados y de grandes dimensiones.

Los grandes espacios impuestos por el hospital, aún incluyendo muchas personas en sus interiores, no parecen incentivar las interacciones entre los sujetos sino, por el contrario, una especie de aislamiento compartido.

Las interacciones se generan desde los propios internos y generalmente suceden en el contexto de los espacios de producción, precisamente porque es la actividad la que lleva a la interrelación entre pacientes.

Entonces, no es sólo porque las actividades rompen con la rutina diaria que los pacientes valoran estos espacios, fundamentalmente, es la posibilidad de Hacer y de Ser en ese Producir (aún más lo es en el caso del arte) lo que viene a reposicionar al paciente como persona, como sujeto opuesto a la objetualización que se empeña en inscribir la institución a través de sus espacios y sus prácticas.

Lugares imaginarios

Una de las acepciones del término "espacio" se refiere a los *espacios imaginarios*, como el mundo irreal creado por la fantasía²²⁹.

Y es esta dimensión la que abordaré aquí, tomando como referencia los planteos que hiciera Bachelard al respecto, cuando se propone considerar los espacios de soledad, desde

²²⁶ El Frente de Artistas existe desde hace doce años y es el que más repercusión ha alcanzado en los medios de comunicación. Organiza eventos al exterior del hospital, en salas teatrales de la ciudad, como también encuentros internacionales (como el "V Festival Latinoamericano de Artistas internados en Hospitales Psiquiátricos" en Mar del Plata).

²²⁷ Reunión semanal en el parque, donde se desarrollan distintas actividades recreativas y artísticas, constituye un movimiento extrahospitalario surgido de la Peña Carlos Gardel de Alfredo Moffatt.

²²⁸ Sobre este espacio, un desarrollo en el apartado correspondiente.

²²⁹ Según la *Enciclopedia Ilustrada de la Lengua Castellana*. Editorial Sopena, Bs.As., 1963.

una perspectiva particular que consiste en el topoanálisis, entendido como *"el estudio psicológico sistemático de los parajes de nuestra vida íntima"*²³⁰ y que trata los lugares no en su objetividad sino como proyecciones de imágenes. Estos parajes se toman lugares especiales rodeados de la nada²³¹.

A diferencia de Goffman, que agota los territorios privados en su correlato físico, propongo incluir dentro de la categoría de espacio privado aquellos sitios que no dependen de una materialidad para su existencia. La perspectiva de Goffman no permite considerar las acciones de los pacientes más que como ajustes secundarios, como compensaciones ante las imposiciones del hospital psiquiátrico. Desde una concepción materialista del espacio como ésta, no es posible ver otros espacios que son propuestos asimismo por los internos y que serían posibles de ser abordados desde la dimensión mental del espacio, siguiendo los planteos de Lefèbvre.

Aumont habla de la representación del espacio como un trabajo diegético, como *"una construcción imaginaria, un mundo ficticio que tiene sus leyes propias, más o menos semejantes a las leyes del mundo natural, o al menos a la concepción, cambiante también, que uno se forma de ellas. Toda construcción diegética, en efecto, está determinada en gran parte por su aceptabilidad social y, así pues, por convenciones y códigos, por los simbolismos en vigor de una sociedad"*. Y más adelante agrega: *"Toda representación es, pues, referida por su espectador [...] a enunciados ideológicos, culturales, en todo caso simbólicos, sin los cuales no tiene sentido"*²³².

Precisamente, es este margen de sentido es el que se me escapa respecto de algunos lugares referidos por los pacientes en diversas y reiteradas circunstancias, que parecían formar parte de su propia visión del espacio, tratándose no sencillamente de una mirada subjetiva sobre el entorno, sino más bien de lugares imaginarios. *"El esquizofrénico no vive ya en el mundo común, sino en un mundo privado"*²³³. Mundos privados que son en ocasiones compartidos, puesto que ciertos lugares me fueron señalados, marcados, mostrados, firmados por ellos. Un par de escalones en medio del parque, bastante destruidos y que no conducían a ningún lado, conformaban el refugio de un interno frente a los terremotos. La copa de un árbol frondoso era para él la calle donde mirar la gente pasar. Lugares encantados, como aquel de la escena donde Alberto de la Iglesia, ubicado junto al "árbol del diablo", un árbol existente en el parque, cuyo nombre es dado por él, que adopta

²³⁰ G. Bachelard [1965: 38].

²³¹ el espacio infinito del psicótico, que no se encuentra simbolizado, desde una perspectiva psicoanalítica.

²³² J. Aumont [1992: 262].

²³³ M. Ponty [1975:302]

la costumbre de hacer pis en él, marcando este territorio como propio, más aún al considerar una foto que le tomó un compañero hace unos años, en la cual el propio viejito aparece haciendo cuernitos (de diablo), o el terror de su compañero de servicio al afirmar que De la Iglesia es el diablo. Otros árboles llamados "de los demonios" por el mismo interno, según el cual están ubicados en Plaza España, un parque próximo al hospital, al que alguna vez fueron a sacar fotos, y que deben su nombre a las sombras que ellos proyectan. Son metáforas de lugares si es que "*la metáfora traslada a una cosa el nombre de otra*"²³⁴.

Puesto que no es posible determinar si aquello representado por los pacientes forma parte exclusivamente de su subjetividad, si se trata de algo alucinado o percibido, si es posible probar el correlato de realidad en estas representaciones, más que alucinaciones, diría que se trata de *representaciones privadas*, no necesariamente compartidas o socializadas. Esta es una característica que hace que resulten de difícil acceso para otras personas, elemento que si en un principio complicó mi propio trabajo de investigación, cuando fui logrando introducirme en estos mundos comencé a experimentar una gran satisfacción ante la sensación de estar siendo invitada a conocer lo que comencé a percibir como espacios de intimidad de las personas con quienes trabajé²³⁵. Y al tomar este punto de vista estoy, en cierto modo, haciendo un movimiento equivalente al de Bachelard cuando intenta –como él dice– desocializar los recuerdos para acceder a los espacios más íntimos, en los cuales *el inconsciente reside*.

Estas representaciones privadas constituyen actitudes significantes como "*prácticas capaces de inventar espacios*"²³⁶. Como afirma Enaudeau, "*si el delirante, el primitivo, o incluso el filósofo padecen una sobrestimación del pensamiento en la que las cosas ceden su paso a las representaciones, lo representado se impone ante la realidad. No es que estas personas vivan en un mundo totalmente imaginario*"²³⁷, sino más bien, lo íntimo toma una cierta exterioridad y se deposita en el afuera, en un contexto espacial institucional en el cual es precisamente íntimo el espacio cedido a la intimidad. Si el delirio opera como proyección imaginaria sobre lo real²³⁸, entonces, como en una obra de arte, "*paradoja de lo imaginario [...] la conciencia se fascina a sí misma, se deja cautivar por las imágenes que ha suscitado;*

²³⁴ Aristóteles, *Poética*, [1457b, citado en M. De Certeau, op.cit : 121]

²³⁵ Aquellos con los cuales pude trabajar en profundidad desde un vínculo especial, que fueron de hecho unas cuatro personas, no así con el resto de los internos, aún conociéndolos bastante, pero sin haberse generado una confianza, complicidad y armonía que considero necesarias como disposiciones de ellos para permitirme introducirme en sus mundos privados.

²³⁶ M. de Certeau [1996: 119].

²³⁷ puesto que "*al basarse exclusivamente en las imágenes interiores, uno queda abandonado en el camino entre la percepción inicial y la percepción reencontrada, uno queda encerrado en un universo de dobles, los hologramas de Morel, un universo equívoco y fatal de espectros destinados a repetirse*". C. Enaudeau [1999: 104].

²³⁸ M. Thévoz [1991: 16].

*espontaneidad hechizada, sin recursos contra el encanto de un mundo que se cierra sobre quien lo ha proyectado*²³⁹.

Las preguntas que en este plano afloraban en las entrevistas -bastante intuitivamente, por cierto, puesto que para esa instancia de campo, aún no había incorporado "*La Poética del Espacio*"²⁴⁰ en mi horizonte teórico- eran del tipo de los interrogantes que Bachelard formula desde el topoanálisis -"*¿Era grande la habitación? ¿Estaba muy atiborrada de objetos la guardilla? ¿Era caliente el rincón? ¿De dónde venía la luz?*"²⁴¹.

¿Hace mucho frío?

¿Te gusta mirarlas de lejos o de cerca?

¿Cuánto medirá este parque? ¿A vos te parece que es grande?

¿Cómo era tu casa? ¿en qué lugar de la casa te gustaba estar?

¿Qué ves desde tu ventana?

¿Qué tiene la noche que no haya a la mañana?²⁴²

Retomando lo que planteara más arriba, respecto de las características que adopta la esfera de lo privado para internos en instituciones totales, diría que si en la mayoría de las personas (me refiero a quienes desde la psicología y la psiquiatría son considerados individuos normales), lo privado (lo que ha de permanecer oculto) tiene que ver con lo corporal, la particularidad en las personas con quienes interactué -pacientes mentales internados en un hospital psiquiátrico- lo privado tendría que ver más bien con estos lugares imaginarios y con sus personajes: el mundo privado en el que se encuentran (no perdidos como parecen estarlo a los ojos de los otros, sino conectados consigo mismos). Este mundo adquiere las características de *inmensidad íntima* (en términos de Bachelard), donde los demás no tienen acceso, aún estando rodeados de personas, es posible ubicarse fuera del mundo próximo, abstraerse. Y en esa inmensidad se erigen mojones, hitos espaciales que consisten en lugares a los que acudir en determinados momentos, no todo el tiempo, y por lo que mi trabajo me ha permitido observar, muchas veces entran y salen alternativamente, en ocasiones sin necesidad de moverse físicamente, sino cambiando el signo de la vivencia del espacio.

La Escuelita

²³⁹ C. Enaudeau [1999: 46].

²⁴⁰ G. Bachelard [1965].

²⁴¹ G. Bachelard [1965: 39]

²⁴² Extraídas de registros filmicos.

"La Escuelita" es una sala que está ubicada en la parte de adelante del Servicio N° 17, servicio al cual pertenece Raúl Maciel, y que es nombrado de esta manera especial por él. Se trata de un lugar de medianas dimensiones (para los parámetros espaciales del hospital), su interior es bastante despojado, tiene dos mesas, algunas sillas dispuestas contra la pared, una mesa con un televisor, un par de armarios de madera, y un cuadro colgado en una de las paredes. Sus puertas suelen estar cerradas, no es de libre acceso, al menos en las situaciones de terapia (individuales y grupales) que allí se llevan a cabo. Según me dijera Raúl, allí también se desarrollan talleres de lectura de diarios. Su nombre tiene su origen en las clases que dictara una profesora, la "Señorita Dolores", de inglés, geografía, matemática, castellano e historia.

Aunque las veces que estuve en este lugar (incluyendo la oportunidad del recorrido guiado junto a Raúl Maciel), estaba pleno de luz y sol que entraba por los amplios ventanales que miran al noreste, una de las características de agrado de Maciel es precisamente lo opuesto: *"es el lugar más lúgubre que conozco, eso es lo que me atrae, como más lúgubre [...] Es el lugar más lindo que conozco"*²⁴³. Entonces, si bien se trata de un lugar existente dentro de su servicio, la manera en que es vivido por él, y las imágenes que en él proyecta, permiten enmarcarlo dentro de esta categoría. De todos modos, y como planteé más arriba, no se trata aquí de saber si remite a un sitio cierto y objetivo, sino que la Escuelita es para Raúl Maciel un sitio que puede ser pensado como lugar imaginario. *"Había un retrato, hace mucho tiempo atrás, que yo le puse 'Uranio'. Que no era... yo no lo había hecho, pero lo vi ahí, estaba sobre una ventana, y era un dibujo con una cabeza humana, pero con cosas adentro, con arbolitos..., con verde jardín, y me quedé"*

El Árbol del Diablo

Un árbol añoso y de gran porte situado en el parque es, para Alberto de la Iglesia, un lugar imaginario. Es el *Árbol del Diablo*, donde él reside y que constituye su propio territorio, puesto que, como él mismo afirma "yo vengo a mear aquí". Elige ese lugar y lo singulariza, visitándolo, nombrándolo, dibujándolo, fotografiándolo. Allí lleva asimismo a sus personajes, dos demonios *Toribio* y *Toribia* que habitan en su mundo privado, y encarnándolos en dos pacientes que se prestan a oficiar de modelos de estos seres, los fotografía con el árbol del diablo de fondo. Interesante testimonio que materializa lo intangible, haciendo presente la ausencia del referente en la representación, eliminando la distancia que existe con lo imaginario, haciendo visible lo invisible.

²⁴³ Raúl Maciel en entrevista filmada del 15 de enero de 2003.



A. de la Iglesia - "Toricio y Toribia"

El parque

Aún sin un nombre singular que lo identifique, el parque del hospital conforma un conjunto de lugares imaginarios para Adrián Babic, quien lo vive en la frondosidad de su arboleda como los bosques de La Plata, entorno que representa tanto un pasado añorado como un futuro utópico, en el cual se materializan sus conocimientos y sensaciones en relación con lo *vital-natural* (plantas, pájaros, cambios, ciclos). El parque puede, asimismo, ser el escenario de imágenes casi fantásticas, como las que proyecta Adrián de Para Ti, un poblado en Brasil, con palmeras, sembrados, ríos y casitas, que dibujara y describiera como la vista desde la ventana de su servicio.

Si me detengo en estos parajes contruidos por los internos de un hospital psiquiátrico, es porque veo en esta dimensión personalísima una posibilidad que no siendo contemplada por la institución, se escurre por los resquicios de su lógica espacial totalizadora y logra abrir mundos con signo de infinito: *"la inmensidad está en nosotros. Está adherida a una especie de expansión de ser que la vida reprime, que la prudencia detiene, pero que continúa en la soledad. En cuanto estamos inmóviles, estamos en otra parte; soñamos en un mundo inmenso. La inmensidad es el movimiento del hombre inmóvil"²⁴⁴.*

²⁴⁴ G. Bachelard [1965:221]. El subrayado me pertenece.

Capítulo 7. El espacio fotográfico

Merleau-Ponty planteaba que la percepción estética abre una nueva espacialidad, dado que un cuadro (o cualquier obra de arte) *"no está en el espacio en que habita como cosa física y como tela coloreada"*²⁴⁵. Yo diría que la imagen fotográfica opera como una ventana abierta a otra realidad que contiene una dimensión referencial (lo fotografiado) y otra de la subjetividad del autor (su mirada sobre aquello fotografiado). La fotografía constituye no sólo una forma de expresión, sino también un modo de representación del mundo exterior, como otras artes visuales, pero con el plus de que aquello que se plasma en la imagen es una huella (indicial, en términos de Peirce) de algo que existió en ese instante y que la cámara captó.

Para darificar qué se entiende por representación, tanto M. Ponty como C. Enaudeau sostienen que es una ilusión *"atribuirle una visión al alma"*²⁴⁶, y proponen considerarla no como cuadro interno, lo que sería un estado, sino como una práctica, como tratamiento de lo percibido. Así, Enaudeau concibe la representación en su aspecto dinámico, como un *viaje de la mirada*, *"movilidad de la que sólo da testimonio el trabajo conceptual o artístico, mediante la alteración que impone a las formas, en una oscilación de la que lo real sale transfigurado, irreconocible"*²⁴⁷.

Dado que la percepción del espacio no es un fenómeno puramente visual, puesto que en ella intervienen otras cuestiones que tienen que ver con lo táctil y lo axiológico (la ubicación del cuerpo en el entorno) *"el concepto mismo de espacio es, pues, de origen táctil y kinésico tanto como visual"*²⁴⁸, cabría suponer que el énfasis puesto en el sentido de la vista de parte de nuestra cultura responde antes que nada a una cuestión ideológica²⁴⁹.

Retomando, una vez más, el vínculo que estableciera De Certeau entre el lenguaje y la enunciación, que como él mismo plantea puede extenderse a otros dominios como la escritura, la pintura y, diría yo, porque no al de la fotografía, siendo así, el acto fotográfico opera como la puesta en funcionamiento del lenguaje fotográfico: es presente, es discontinuo y es fáctico, con lo cual, cumple con los tres aspectos inherentes a la *enunciación* en relación al sistema.

²⁴⁵ M. Ponty [1975:302].

²⁴⁶ C. Enaudeau, [1999: 25].

²⁴⁷ C. Enaudeau [1999: 233].

²⁴⁸ J. Aumont [1992 : 38].

²⁴⁹ Sobre la cual no profundizaremos aquí, puesto que supera los alcances del presente trabajo.

La imagen fotográfica activa uno de los aspectos fundamentales de la representación del espacio, aquel vinculado a lo visual, dejando de lado los componentes tácticos y kinésicos, y funcionando como representación icónica del espacio. Esto ocurre en dos planos, el primero tiene que ver específicamente con aquella parte que Dubois ha definido como el *acto fotográfico*, el cual se diferencia del espacio pictórico en lo que respecta al recorte y marco, que se mueve dentro de un marco dado, en un espacio existente de antemano que el pintor llenará, el espacio fotográfico no está dado ni se construye: opera en bloque y por sustracción. La cuestión del espacio no consiste en *meter adentro*, sino en *sacar* una sola pieza. El segundo plano está dado por la dimensión de lo que ha sido caracterizado como el *dispositivo* por Aumont²⁵⁰, que involucra un conjunto de datos materiales y organizacionales, derivados de ciertas determinaciones psicológicas de la relación del espectador con la imagen, y por las determinaciones sociales sobre las técnicas y medios de producción de las imágenes y su circulación.

Según plantea Dubois, la práctica de la fotografía pone en juego una serie de decisiones y procesos de selección que establecen "*el primer recorte en el continuum (espacio-temporal) de la realidad*"²⁵¹. Los mecanismos intervinientes en este proceso son básicamente el encuadre, la perspectiva, el foco y la profundidad de campo.

En una primera instancia entonces, la práctica de la fotografía guarda una relación con el espacio que es evidente, en tanto efectúa un *corte*²⁵² espacio-temporal que constituye el acto fotográfico mismo. Diría que ese corte tiene el carácter de un *tajo* realizado sobre un lienzo (que en este caso no es pictórico sino del entorno referencial), unas veces ancho y grosero, otras largo y delicado (*'expuesto'* según sea la combinación de diafragma y velocidad), una vez realizado indefectible, y que abre el intersticio por donde ver aquello que se muestra en la fotografía. Retomo de estas consecuencias teóricas del gesto del corte de Dubois la posibilidad de definición de un espacio propiamente fotográfico. "*Espacialmente, la imagen – acto fotográfico [...] fracciona, elige, extrae, aísla, capta, corta una porción de extensión*"²⁵³.

Existe un vínculo adicional no tan obvio, porque el lenguaje fotográfico implica una cierta representación convencional del espacio, que según Bourdieu es la de las leyes de la perspectiva impuestas en Europa occidental desde el Quattrocento. Dice P. Francastel, que las sucesivas revoluciones que se dieron en las corrientes pictóricas dieron cuenta de los

²⁵⁰ J. Aumont [1992].

²⁵¹ G. Bauret [1999: 56].

²⁵² Según la expresión usada por P. Dubois [1994].

²⁵³ P. Dubois [1994: 141].

profundos cambios ante lo visual y del nacimiento de una nueva concepción del espacio. Francastel remonta asimismo al Quattrocento el momento de adopción del sistema de representación tenido como "verdadero" de las cosas por medio de la perspectiva y del jalonamiento en la profundidad del espacio²⁵⁴. Posteriormente, fueron ciertas concepciones del espacio desde el campo del arte que pusieron en entredicho esta expresión visual del espacio basada en la perspectiva central.²⁵⁵

Philippe Dubois aborda toda esta problemática en lo constituye una suerte de *arquitectura espacial del campo fotográfico*, reconociendo en el espacio fotográfico cuatro aspectos definitorios:

- el fuera de cuadro (el espacio exterior circundante al espacio fotográfico en el momento de la producción de la imagen, el espacio off como un ausente que se lo sabe presente –estaba allí en el momento de la toma- pero excluido),
- el espacio representado (la composición interna generada por el recorte del encuadre)
- el espacio de representación (la imagen como soporte de inscripción, continente construido arbitrariamente por los bordes del marco)
- y el espacio topológico (el entorno del espacio fotográfico en el momento de la recepción, el fuera de campo del sujeto que percibe la imagen).

Diría que las características y combinaciones entre estos distintos componentes del espacio fotográfico, ponen de manifiesto una cierta configuración del espacio que es propia del sujeto fotografiante.

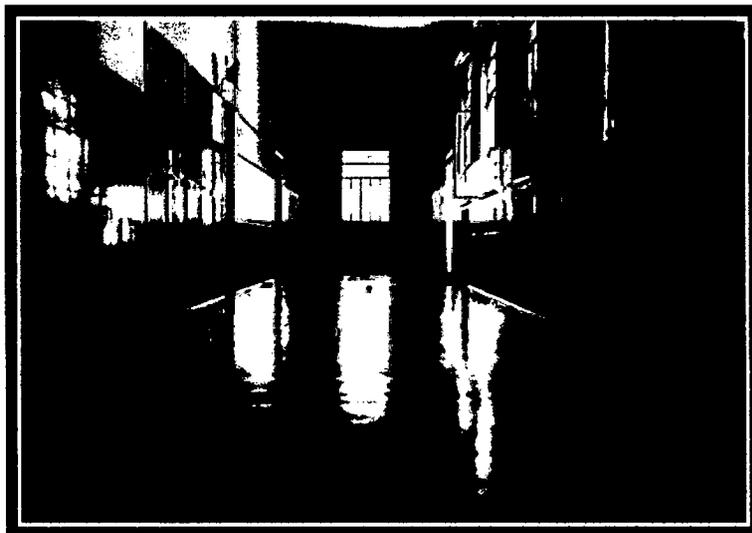
Las fotografías resultan útiles en más de un sentido: porque operan en y sobre nociones espaciales, porque fueron realizadas por los propios pacientes y dentro del espacio mismo de la institución que es objeto de este estudio. Trabajar con ellas (preguntarles acerca de ellas y posteriormente filmarlas según entiendo que ellos me dijeron) es construir una determinada interpretación que involucra mi propia mirada sobre la manera en que ellos miran.

Concretamente, entre los alumnos del curso de fotografía del Borda, resultaba muy llamativo para mí (mientras fui docente), la dificultad generalizada de *encuadrar* el sujeto de

²⁵⁴ La perspectiva implica la proyección de un espacio tridimensional sobre un espacio bidimensional (una superficie plana) según ciertas reglas. Sobre los distintos sistemas perspectivos, P. Francastel, *Pintura y Sociedad*, cap. 1.

²⁵⁵ tal es el caso el llamado arte objetivo por P. Francastel, como el del cubismo (y que se encuentra presente asimismo en el arte egipcio y en los dibujos de los niños), que planteara un espacio "polisensorial y operatorio", "práctico y experimental" (según sintetiza J. Aumont [¿???: 231], y que están dando cuenta de cuestionamientos a la noción de sujeto centrado propia de la modernidad. En E. Grüner, *El sitio de la Mirada*, Ed. Norma, Bs.As., 2001.

interés de la imagen sin relegar otros aspectos del espacio circundante. Parecería existir una cierta necesidad por captar la mayor cantidad de espacio posible dentro de una fotografía, o bien, (y lo que es lo mismo) no dejar nada fuera, si esto fuese posible. Si consideramos que el encuadre implica una selección de los elementos que aparecen dentro del fotograma y, en el mismo acto, una decisión de lo que se deja fuera del recuadro, era este último aspecto del encuadre fotográfico el que se presentaba como un impedimento: no podían relegar nada en cada elección. Tal vez sea porque *"escoger implica un desgarramiento, puesto que se produce un arrepentimiento por lo que no se ha elegido y un sentimiento de desposesión de la obra"*²⁵⁶. Así, resultan atractivos los títulos de algunas fotos en relación con los elementos que conforman la imagen, el espacio de representación respecto del espacio representado, como el caso de "La Manzana", una fotografía en la cual si uno quisiera encontrar el objeto que le da nombre, lo único a lo que finalmente –y luego de una exhaustiva búsqueda- puede atribuírsele el carácter de manzana, es un minúsculo punto negro, ubicado en el centro exacto de la imagen de un largo y desolado pasillo. La manzana define el punto donde convergen todas las líneas de fuga, en una imagen construida según las leyes de la *perspectiva artificialis*, donde este punto *"corresponde, en cierto modo automáticamente, a la posición del observador humano"*²⁵⁷.



A. Estalles - "La Manzana"

El momento del acto fotográfico de esta imagen fue particularmente esdarecedor del impulso que lleva a algunos de los pacientes a la elección de un encuadre lejano –por lo que me permito explayarme en su descripción-.

Habiendo partido de un boceto en el que se veía claramente el dibujo de una manzana en el centro del marco, para realizar la fotografía el paciente coloca la fruta en el piso del pasillo

²⁵⁶ G. Bauret [1999: 57].

²⁵⁷ J. Aumont [1992 : 228].

que está afuera del aula, luego ubica la cámara en el trípode y mira por el visor. Se decepciona ante lo que ve y propone ir más atrás con la cámara. Para esto –y dada la dinámica propia del curso donde el resto de los alumnos permanece detrás de cámara observando y aprendiendo a partir de la experiencia de quien realiza la toma-, era necesario movilizar una gran cantidad de pacientes (algunos con evidentes dificultades para caminar). Una vez emplazada la cámara unos metros más atrás, el fotógrafo vuelve a mirar por el visor y, nuevamente desilusionado, afirma la necesidad de ir aún más atrás. Esta operación que arrastra tras de sí a los pacientes en cada reencuadre, se repite unas cuantas veces, hasta alcanzar la cámara una enorme separación en distancia respecto del objeto a fotografiar, en el largísimo pasillo del tercer piso. Satisfecho con el encuadre, el paciente realiza la toma.

Esta fotografía constituye una señalización de la estructura que rige en la "imagen perspectiva", esto es, como los principios que rigen la perspectiva con punto de fuga central. *"El centramiento de la representación y su asimilación a la visión humana, son fenómenos más bien característicos de la pintura alrededor de 1800 y, por supuesto, de la naciente fotografía"*²⁵⁸.

Y, sin embargo, respecto de la composición que se establece a partir del encuadre, siendo éste, en los términos de Arnheim, *"un asunto de centrado / descentrado permanente, de creación de centros visuales, de equilibrio entre diversos centros, bajo la batuta de un "centro absoluto", el vértice de la pirámide, el Ojo"*²⁵⁹, la mayoría de las imágenes realizadas por los pacientes constituyen lo que desde las leyes de la composición –en fotografía, que derivan del lenguaje pictórico²⁶⁰, y que se encuentran profundamente arraigadas en nuestra cultura, al punto tal de estar naturalizadas desde el sentido común- se consideran fotografías "mal encuadradas". Al respecto, según pude observar comparando en los registros el trabajo de diferentes docentes del curso, ellos marcaban profundas diferencias de criterio en esta cuestión. El tema del encuadre, si bien teóricamente era definido en términos generales como los límites de la foto, definiendo lo que se deja afuera y lo que se incluye en la imagen *"determinar qué partecita de toda la realidad que estamos viendo queremos que quede dentro de la fotografía"*²⁶¹-, en la práctica algunos de los profesores respetaban las decisiones espaciales de los alumnos, proponiéndoles el uso de cámara en mano para buscar el punto de vista moviéndose en el espacio (y recién después ubicándola en el trípode), en cambio otros tendían a guiarlos a lo que se considera un buen encuadre –sujeto centrado, de cuerpo entero, horizonte paralelo al borde del marco, etc.- posicionando ellos el

²⁵⁸ J. Aumont [1992: 228].

²⁵⁹ Citado por J. Aumont [1992: 164]

²⁶⁰ Sobre estas cuestiones, ahonda R. Arnheim, en *Arte y Percepción Visual*.

²⁶¹ S. Chiossone en clase Nº2, del 02 de mayo de 2003.

trípode, para que el alumno encuentre desde allí su imagen, y aún ajustando el trípode luego de realizado el encuadre. Creo que esta cuestión se relaciona con el hecho de la estructuración ortogonal que inscribe el rectángulo del fotograma y del visor de la cámara, con los ejes horizontales y verticales que constituye un esquema espacial arbitrario y cultural, pero que en muchos casos actúa mecanizado en un mimetismo naturalista en la percepción. Este modelo cuadrático, que se impone desde los códigos dominantes de representación puede pensarse (como plantea Dubois) desde sus razones histórico-culturales, como también desde la cuestión del sujeto: hay también una cierta ortogonalidad en nuestra inscripción topológica, como "*seres levantados, verticales, erguidos en perpendicularidad respecto de la horizontal del suelo*"²⁶², y al mirar una imagen (por el visor, o fotográfica) tendemos a hacer corresponder ambas ortogonalidades. Esto es lo que no parece estar sucediendo para los alumnos del curso, quienes espontáneamente plantean encuadres de horizontes torcidos, con sujetos desplazados lateralmente o descentrados. Y para algunos de los profesores de fotografía, esto constituye un desajuste en la imagen. Quisiera remarcar, que no es que no ocurran estos descentramientos en la imagen de otros fotógrafos, claro está, pero operan más como una subversión a un orden establecido (las reglas de la composición o en términos más generales de representación y ubicación en el mundo), que como punto de vista autónomo. Trazando una suerte de analogía con la concepción del loco como sujeto que no encaja dentro de los parámetros considerados como normales para una determinada sociedad, individuo que se encuentra en los márgenes -la situación liminar del loco que fuera simbolizada en la navegación, expulsión y en el encierro en las afueras de la ciudad (posición simbólica de lugares de paso)²⁶³- las imágenes muestran un cierto desorden, inestabilidad, una incertidumbre respecto los fundamentos que nos permiten situarnos en relación con el espacio representado y organizarlo. Aunque esto ocurra para un espectador con su propia mirada entrenada de acuerdo a los parámetros referidos anteriormente. Como dice J. Berger, "*El modo de ver del fotógrafo se refleja en su elección del tema (...) Sin embargo, aunque toda imagen encarna un modo de ver, nuestra percepción o apreciación de una imagen depende también de nuestro propio modo de ver*"²⁶⁴.

Ciertas características del *encuadre* en su relación con la distancia respecto del sujeto de la fotografía marcan una *lejanía* que puede apreciarse una y otra vez, en la mayoría de los actos fotográficos de los pacientes, al posicionar la cámara en el trípode, luego

²⁶² P. Dubois, [1994 :183].

²⁶³ Según refiere M. Foucault [2000: cap. 1].

²⁶⁴ J. Berger [2000:16].

retroceden, se alejan, y alejan, para incluir una mayor porción de la realidad dentro del fotograma. En caso de que la cámara no tome por completo un elemento, ante la opción de moverla efectuando una rotación en el eje horizontal o vertical, o desplazarse hacia atrás para que el objeto aparezca entero, casi siempre eligen la segunda opción.

Sobre el encuadre lejano, otra fotografía: "Dos Pollitos, two chicken" es el nombre del retrato de uno de los internos, sentado sobre el césped, envuelto en el entorno del parque. Ampliada a un tamaño considerable, y prestándole la suficiente atención, uno llega a percibir en el libro abierto que se encuentra en las manos del sujeto fotografiado, un pequeño recuadro con la imagen de dos pollitos.



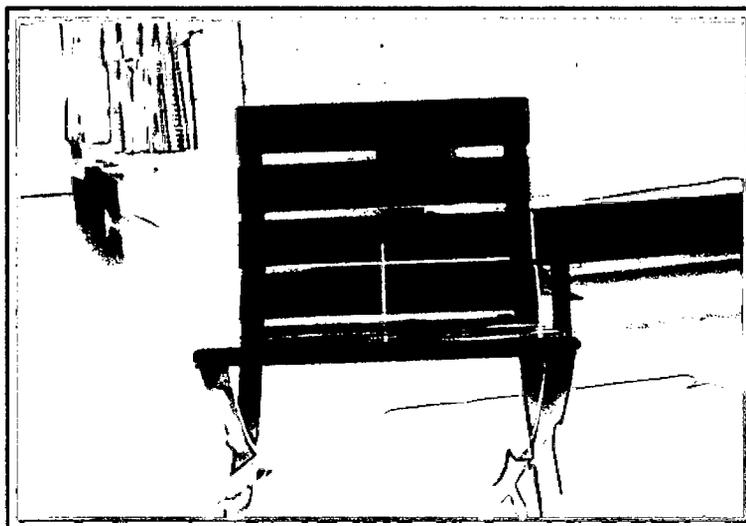
A. Estalles - "Dos pollitos, two chicken"

Al efectuar tomas bajo la consigna "mi rinconcito dentro del hospital", casi ninguno eligió lugares pequeños, ni siquiera una porción dentro de un lugar mayor, aunque esto fuera enfatizado desde los coordinadores del curso. Tal como lo define Guillermo Hönig en esa clase, "en una foto uno tiene que elegir: un rincón es algo acotado".

Por otra parte, el recorte de un objeto o persona tampoco es algo que sea muy habitual en las imágenes, por lo general tienden a estar completos. Según creo, esto puede estar relacionado con el hecho de que, previo a una toma fotográfica, cada paciente tiene que plantear un boceto, realizando un esquema la imagen que pretende. Esta práctica está más ligada al dibujo que a la fotografía, siendo precisamente el recorte algo propio del lenguaje fotográfico. Y como una de las consignas del curso tiene que ver con el respeto por el boceto, puede suceder que en el momento de la toma, el fotógrafo tome la decisión de cortar un objeto aunque no lo hubiera planteado así previamente, pero esto no es fomentado por los coordinadores. En esos casos, se explicita que el paciente elige "transgredir" el boceto.

Esta manera particular de encuadrar -distantes y de objetos plenos- me remite asimismo a la oposición que encuentra Dubois entre la *"finitud espacial de la imagen [fotográfica] y el infinito referencial del que ella procede (por sustracción)"*²⁶⁵ y vinculo esta idea con otra procedente del psicoanálisis, acerca de que "el espacio del psicótico es infinito"; entonces tal vez sea esta particular concepción del espacio la que explique el por qué del no dejar el todo, el resto, fuera del cuadro.

"El lápiz", otra fotografía que da cuenta de este tipo de encuadre:



A. Estalles - "El lápiz"

Cierta vez, en ocasión de crítica colectiva de las fotografías realizadas por los pacientes, a uno de ellos el profesor le sugería reencuadrar la imagen luego en el laboratorio, para privilegiar la importancia del objeto fotografiado, a lo cual él respondió su desacuerdo, afirmando que *"el espacio tiene que verse, hay que gozarlo"*²⁶⁶. El infinito no tiene límites, y el recorte instauro un límite. Profundamente cierto resulta para las fotografías tomadas por los pacientes del Borda la frase de D. Roche: *"El marco, en la foto, es un horizonte plegado en cuatro y que se muerde la cola"*.²⁶⁷ Y el horizonte, por no poder ser nunca alcanzado, es también infinito.

Existen en el lenguaje fotográfico otras características ligadas al espacio, como la *profundidad de campo*, entendida como la distancia entre el punto más cercano y más lejano en foco dentro de una fotografía. La profundidad de campo es la zona que nuestro ojo percibe en foco en una imagen, y está determinada técnicamente por la combinatoria de tres elementos: distancia al sujeto, distancia focal (lente) y apertura de diafragma. El único de estos tres sobre los cuales los pacientes no intervienen es en la elección del lente, puesto

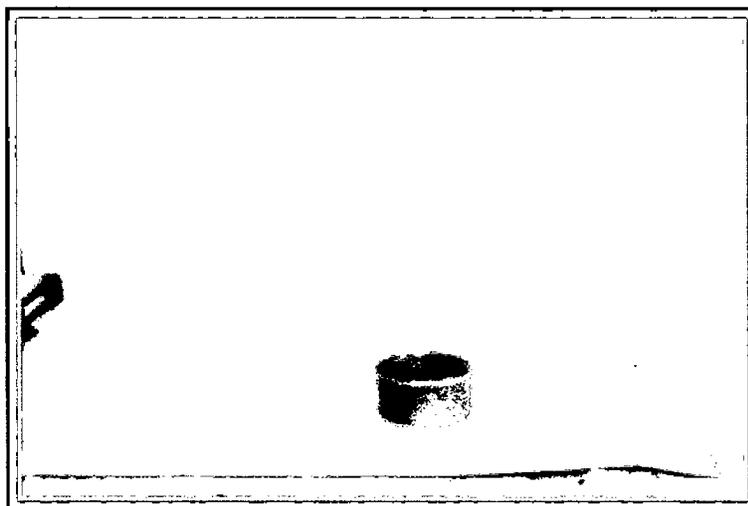
²⁶⁵ P. Dubois [1994: 178].

²⁶⁶ R. Laredo en clase nº 10 del Curso de Fotografía, 27 de junio de 2003.

²⁶⁷ Citado por P. Dubois [1994: 179].

que se trabaja siempre con un lente normal²⁶⁸. De las otras dos posibilidades, vimos que para la primera, eligen una posición distante, lo que se traduce en una mayor profundidad de campo en la imagen. Respecto del uso del diafragma, que es una variable vinculada al espacio –así como la velocidad está inextricablemente unida al tiempo-, si las condiciones de luz lo permiten- y ante la opción siempre eligen trabajar con diafragmas cerrados, que en términos de imagen implican una mayor profundidad de campo. Creo que esto nuevamente está ligado a la dificultad para elegir priorizar algo sobre el resto, ya que el foco diferenciado, propio de las fotografías con poca profundidad de campo, opera resaltando un objeto en detrimento del fondo.

En este sentido también, he notado la dificultad que implica la puesta en *foco*: muchas de las fotografías están fuera de foco, aún cuando en el momento de la toma quien realiza la fotografía plantea su deseo de obtener todo en foco. E. Fiamengo es uno de los alumnos que se caracteriza por el desenfoque más absoluto.



E. Fiamengo - "Imponentemente"

Tan es así que G. Hönig le llama a esa borrosidad "foco Fiamengo". Aun cuando por azar logra poner nítida la imagen, no reconoce esa nitidez, y dice que la fotografía está borrosa.

Es probable que algunos de los pacientes tengan problemas de vista –de ser así, en el hospital no existe un servicio de oftalmología, pero tampoco una preocupación por solucionar estos problemas-. También es posible que la medicación que reciben los pacientes pueda estar influyendo en la visión que se presenta como borrosa. Varios de ellos se quejan de esta dificultad por ver claro en el momento de enfocar, y algunos específicamente lo atribuyen a la medicación. Aún cuando estos factores pueden estar

²⁶⁸ Hecho que tendrá implicancias en la perspectiva de las imágenes, puesto que están realizadas todas con dicho lente.

incidiendo, muchas veces el impedimento para enfocar podría estar relacionado con la razón propuesta más arriba: el enfoque implica una selección de algo como centro de interés en detrimento del resto.

Parecería existir una cierta dificultad para abstraer, como cuando al mirar por el visor, los pacientes involucran como parte de la imagen que están construyendo ciertos elementos que forman parte del recuadro de la cámara: el gráfico del fotómetro y sobre todo el círculo de enfoque.

Negro (profesor)- Todo lo que ves ahí adentro es lo que va a salir en la foto.

Alumna- Se ve la raya y el círculo en el medio.

Negro- No, eso no sale, el círculo es para otra cosa²⁶⁹.

Son los pacientes quienes continuamente señalaban la presencia de estos elementos en el visor, de los cuales no pueden desligarse, ni siquiera luego de la adaración de los profesores. Al encuadrar, suelen ubicar el centro de interés en el medio del círculo.

María (profesora)- Ahí te gusta?

Alumna- Sí, porque ahí la flor está en el medio del redondelito [por el círculo de enfoque].

Sobre esta capacidad (de ver el todo) o incapacidad (por abstraer aquello irrelevante), no reparaban ni los docentes ni los coordinadores. Tal vez, esto podría estar dando cuenta de un aspecto de sus cosmovisiones, que tiene que ver con una cierta literalidad, podría decirse, una manera de representar que no reside tanto en la simbolización y la abstracción, sino en poner en lugar de algo otra cosa equivalente, tomando el todo por el todo. Una secuencia que es ilustrativa de esto:

Estando en la clase de fotografía, en el momento en que se encuentran planteando y bocetando las fotografías que desean realizar, un paciente dibuja cuatro recuadros, con cuatro personajes al interior, y escribe debajo de cada uno de ellos: "*Jesús (más bueno), Satán (bueno), Demonio (malo), Satanás (más malo)*". Cuando le preguntan a quién va a retratar en cada foto, lee lo escrito. Entonces G. Hönig le dice que se trata de fotografía, no dibujo, por lo que uno tiene que fotografiar a algo o alguien que esté alrededor, que tiene que elegir personas concretas para que hagan de esos personajes. Pero aún después de media hora de trabajo con él, no logra determinar modelos para su foto. Creo que su representación sigue atada a lo imaginario, y no puede ceder nada de eso para construir una imagen -que siempre es algo que está en lugar de otra cosa-.

Quienes sí logran plasmar en una fotografía parte de sus mundos interiores -como Alberto de la Iglesia al fotografiar los demonios sobre su cama, o a los dos demonios bajo el

²⁶⁹ Registro fílmico de clase nº 7, del 30 de mayo de 2003.

árbol del diablo, o al pato en el corral; o al propio árbol del diablo, o como R. Laredo, un paciente que realiza un autorretrato del rey caballo (que es él mismo, con corona, según su propia visión),



R. Laredo - "Autorretrato del Rey Caballo"

o A. Babic al fotografiar una latita de coca cola embestida por un auto de carrera (para dar cuenta del movimiento y la transformación), o a una mujer que representa una bruja y al mismo tiempo una presencia benéfica que se desvanece, registrando ese evaporarse en una imagen en movimiento casi fantasmal (y los ejemplos pueden seguir)- generan en ese acto fotográfico una nueva espacialidad que es, a mi entender, propia también de la manera en que ellos conciben el espacio al interior de la institución. El lenguaje fotográfico, como las condiciones de vida en el hospital, pueden resultar coercitivos, pero quienes viven en el hospital construyen otros espacios que escapan a los límites impuestos (de la lengua espacial) y que se inscriben sobre él. Así, como los espacios privados que los internos conciben en los lugares imaginarios, ciertas fotografías generan un espacio que no remite necesariamente al correlato físico de aquello registrado en la imagen, sino que a partir de él se erige y queda plasmado en la imagen fotográfica. Los pacientes se apropian de la capacidad de la fotografía de abrir una ventana al mundo para crear esa espacialidad en el mismo acto fotográfico. Los espacios fotográficos cumplen un papel equivalente al de los lugares imaginarios para los pacientes: funcionan como válvulas de escape a la presión ejercida por el hospital sobre los internos. A diferencia de otras actividades que tienen un carácter más recreativo, o de otros talleres artísticos, la práctica fotográfica permite algo más que momentos de armonía en los cuales el sujeto logra

sustraerse del influjo institucional. Además, si bien mediante la plástica también una persona puede depositar en una obra algo de sus propias representaciones, la fotografía opera siempre sobre el espacio, tomando una porción significativa de él para componer la imagen. Este trabajo sobre el espacio físico que en este caso es el de la institución, es algo que le sucede al individuo en el momento de la toma. Pero además, posteriormente ciertos espacios (y objetos) quedan ligados, en algún sentido, al acto fotográfico que opera como una marca que inscribe sobre ellos un status diferenciado respecto del resto del espacio institucional. El Árbol del Diablo, la Muñeca de De la Iglesia, el Pasillo del Tercer Piso, la Escultura junto a la capilla en el parque, el Pato (un almohadón), un Tren (un cuadro colgado en la pared del aula), el Castillo (el techo de una parte de un servicio del parque) son los títulos de las fotos que "bautizan" con sus nombres propios los lugares fotografiados y hacen que, en lo sucesivo, cobren un reconocimiento como lugares especiales por parte de otros pacientes y aún por los coordinadores del curso.

En palabras de Dubois, *"lo esencial es que, arrancando al mundo un pedazo de espacio, el acto fotográfico haga de éste un nuevo mundo (el espacio representado)"*²⁷⁰. Aunque se trate de una posibilidad que no siempre se hace efectiva, en esto reside, para él, lo fundamental de la relación entre fotografía y espacio. Y considero que sobre esto también se asienta la importancia de la práctica fotográfica para los internos.

Explícitamente, uno de los pacientes, en una entrevista, vincula el espacio a la fotografía, afirmando que *"el espacio es una noción; con el espacio sacamos fotos, y elegimos qué queremos sacar -para eso dibujamos, hacemos los bocetos-*"²⁷¹. Trabajé sobre las fotografías realizadas por los pacientes y las tomas fotográficas que filmé considerándolos como un medio para indagar en sus representaciones espaciales, creyendo posible recorrer un camino en cierto modo inverso al generado por los internos como fotógrafos, y reconstruir el "viaje de la mirada" que implican las representaciones²⁷². Ante una obra de arte es posible inferir algo acerca de quien la produjo, ya que éste proyecta algo de sí mismo y de su contexto en ella, y sobre todo, la fotografía constituye una praxis que implica un tratamiento de lo real mediante lo simbólico.

²⁷⁰ P. Dubois [1994:181]

²⁷¹ E. Flamengo, entrevista filmada 14 de marzo de 2003.

²⁷² Según fuera explicitado más arriba.

Capítulo 8. Retratos

Una de las condiciones que yo misma me impuse desde los inicios de mi investigación fue considerar no una gran cantidad de sujetos en un intento de representación estadística, sino ahondar en el trabajo con unas pocas personas en profundidad, haciendo inteligibles en sus representaciones y acciones ciertas categorías más genéricas, pero siempre a partir de ellos y en ellos.

Asimismo, en vistas del influjo deshumanizante que ejerce la institución sobre los que allí residen, no quería repetir la perspectiva médico-psiquiátrica que trata a los pacientes como casos –en cuanto tales etiquetables–, y tomarlos como ejemplos.

Me propongo entonces, a partir del material de las entrevistas, fotografías, dibujos, observaciones, charlas informales, y registros filmicos, construir desde mi punto de vista el mundo propio de cada uno de las cuatro personas con quienes trabajé en profundidad, y con quienes llegué a entablar un vínculo especial.

No apunto a la totalidad, ni siquiera pretendo dar cuenta de una porción representativa, ni construir una historia de vida sino, antes bien, producir una suerte de retratos en palabras, a la manera en que paralelamente lo hago con las imágenes del film, siendo el retrato una manera de plasmar la propia mirada sobre el otro, que da cuenta de algunos aspectos de la persona que para uno resultan significativos.

Para ello, tomaré principalmente sus propias ideas acerca del espacio, sus vivencias espaciales, recorridos, lugares imaginarios, valoraciones del hospital, como también elementos que me permitan reconstruir mi descubrimiento personal sobre sus mundos, y el tipo de vínculo que fue generándose entre mí y cada uno de ellos.

Adrián Babic

Hay ciertas personas que emanan cierto halo de misterio en torno a sí mismos: Adrián Babic es para mí una de estas personas con un mundo riquísimo. Si bien conozco ciertos datos acerca de él que me permiten formarme un perfil, basado en sus estudios - cuatro años de ciencias económicas en la Universidad de Belgrano, es ingeniero agrónomo, carrera que estudió en la Universidad de la Plata-, en su avidez por la lectura -lo he encontrado con un libro de contabilidad, con un diario en italiano, con la revista en inglés Mad, lo que llegue a sus manos y, sino, suele tomar libros (prestados, según me dice, aunque los lleva sin permiso) de un pequeño museo en el centro cultural.

En muchísimos aspectos que pude ir descubriendo paulatinamente, desde su visión, lo productivo, lo creativo, representa algo fundamental puesto que constituye la esencia de

la vida. Precisamente estos aspectos no son posibles de desarrollar dentro del hospital. En su rutina organizada formalmente por la institución, Adrián no encuentra contempladas estas necesidades, y se manifiesta en oposición a la objetivación, posicionándose como sujeto creador, en las actividades que sí lo permiten: plástica, fotografía, Cooperanza. Se considera a sí mismo artista, suele pedirme opinión sobre sus últimos cuadros. Plantea el derecho a disponer de su obra, el cual es negado sistemáticamente por los coordinadores del Servicio N° 65. Reacciona con enojo ante aquellas situaciones que invaden su autonomía. Cierta vez en que se encontrara una vez más ante la negativa, decide llevarse uno de sus cuadros. Cuando GH se entera de lo sucedido, lo busca en su servicio, le reclama el cuadro, argumentando que pertenece al taller de fotografía y no a él, porque los materiales son del taller, Adrián le grita "Puto! Qué me venís a patotear?! El cuadro es mío!" y GH le prohíbe la entrada al aula (y a los talleres) hasta tanto no devuelva el cuadro que se robó (en esos términos).

Me resulta interesante la vía por la cual llego a vislumbrar la importancia atribuida por él a estos componentes vitales: a partir de la observación del uso del movimiento en sus fotografías, es cuando empiezo a ahondar sobre el sentido de ese registro del movimiento en las imágenes, que llego a conocer el valor de todo aquello relacionado con lo vital, con el cambio, con el desarrollo.

Como internado en el Borda (lugar en el que está hace 4 años) él se define a sí mismo como "fuera de todo tiempo y espacio". Estas variables parecen ser definitorias de lugares –dentro del hospital, el Centro Cultural y cooperanza, la cantina, el parque, el gimnasio, las habitaciones pequeñas de otros servicios; fuera de él, imágenes de La Plata, Nueva York (la 5° avenida), Brasil (Para Tí), que aún no quedando dentro del hospital pueden ser tomados como lugares imaginarios, si tomamos en cuenta que la vista de la ventana de su habitación representa para él un pueblito brasileiro, que la vivencia del parque del hospital le remite a la del bosque de La Plata, con sus árboles, plantas y pájaros. También de imágenes de otros tiempos, del pasado (recuerdos de su infancia), y del futuro vivido como esperanza (en la transición hacia una vida sólo en un departamento en La Plata) y como posibilidad de muerte. El tiempo del presente es el de la producción.

Desde el comienzo Adrián Babic fue el más determinante de las personas con quienes trabajé. En una ocasión en que estaba por realizar una entrevista filmada a Eduardo Fiamengo, Adrián se suma, nos acompaña y quiere participar activamente. Me pide armar él el trípode de la cámara, cosa que hace. Entonces le comento que tal vez más adelante me interesaría trabajar con él. Luego él decidiría muchos de los lugares y momentos de entrevista, temas, modalidades, impondría recorridos y cambios de emplazamiento,

utilización del micrófono (al que alguna vez se niega, otras se saca, otras me da para que sea yo quien lo use), y encuadres de la cámara que muchas veces elige él.

En la última entrevista que tuve con él que filmé en el parque, en un momento en que él hace referencia a Nueva York como el sitio preferido por él en los viajes que realizó por el mundo, le pregunto si leyó un libro de Federico García Lorca, "Un poeta en Nueva York", y me responde negativamente. Le cuento que es uno de los libros que más me han gustado, que fue escrito durante una estancia del autor en Estados Unidos, como estudiante en la universidad, y que me resulta áspero y profundo. Le digo que si lo consigo, un día puedo traérselo. Luego de un mes de vacaciones, regreso al hospital ya no para mi trabajo de campo, sino para dictar el curso de fotografía para pacientes, como años atrás, al que me había comprometido para la segunda mitad del año, con la condición de haber terminado mi trabajo de filmación. Ese día le llevo de regalo a Adrián el libro, con una dedicatoria que dice algo como que esperaba que él pudiera encontrar algunas de sus imágenes en esas palabras. Se sorprende cuando le digo que tengo algo para él "Para mí?" pregunta, pero no dice mucho más. Hoy, dos meses después de ese día, mientras estoy dando la clase de fotografía, y mientras uno de los pacientes está sacando una foto, se me acerca, me saluda, y me dice: "Camila, el sábado estuve leyendo el libro que me regalaste. Es bueno. Hubo algunas cosas que me gustaron, sobre todo de la segunda parte, me hicieron acordar a Manhattan".

Eduardo Fiamengo

Los primeros recuerdos que tengo de Eduardo Fiamengo provienen del primer año que dicté el curso de fotografía. Por entonces, él era mi alumno. Era alguien muy especial para mí, ya que no hablaba, estaba sumergido en un estado casi autista, con su mirada fija. Sólo ocasionalmente musitaba alguna palabra, casi inentendible. Su manera de fotografiar, horizontes torcidos, fueros de foco absolutos, grandes encuadres para pequeños sujetos, me llevaron a interesarme por la manera en que alguien como él podía concebir el espacio.

Al año siguiente, lo involucré como uno de los protagonistas de mi ensayo fotográfico. En ese momento, seguía sin hablar, por lo cual dudaba sobre la posibilidad de trabajar con él. Más tarde, las imágenes obtenidas me fueron mostrando mi preconcepción, ya que eran absolutamente acertadas respecto de su visión espacial: una fotografía tomada por él años después, bajo la consigna de "mi rincón dentro del hospital", me confirmó mi

apreciación: el lugar elegido y el punto de vista coincidían casi absolutamente con aquellas que yo le hubiera realizado entonces.

Eduardo ha cumplido los 50 años, y resulta difícil establecer desde hace cuánto está internado, porque confunde los años cuando hace referencia a su ingreso, aunque aparece el '89 como una fecha más definida. Antes de estar en el hospital, vivía en el barrio de la Boca, con su madre y su padre, ambos fallecidos un año antes. Ahora ese departamento lo ocupa una prima suya, que lo visita una vez al año y la cual, junto a su sobrino, constituyen su única familia.

Eduardo cursó hasta segundo año del secundario y, aunque a veces lamenta no haber terminado sus estudios, según él dice es demasiado vago para retomarlos.

Se muestra complaciente respecto de su vida en el hospital, en el trato con el personal y con sus compañeros. También conmigo, suele decirme cosas agradables tales como "*qué linda que es Camila, te gusta que te diga piropos? Menos mal que no está tu marido, es celoso?*", pero también reconoce y me recuerda periódicamente que aprendió muchas cosas cuando yo era profesora del curso de fotografía. Específicamente, el recuerda que yo enseñé fotografía de objetos en movimiento:

"Muy buena profesora era Camila, aprendí mucho con usted Camila. Diafragma, velocidad... movimiento, aprendía a sacar fotos en movimiento, eso lo aprendí cuando estabas vos Camila. Después no viniste más. Estabas con la panza, me acuerdo, y después no viniste más"²⁷³.

No sale al parque habitualmente, solamente pasea por el largo pasillo del 3º piso y permanece en su servicio. Allí tiene a sus amigos, y con sus compañeros hacen del servicio una "comunidad", según sus palabras. De su servicio, disfruta de estar en su cama y en el comedor, ambos referidos por él como lugares que le gustan: el comedor lo fotografía una clase del curso, y su cama la dibuja en una entrevista como su lugar preferido²⁷⁴.

Yo-Cuando sacaste la foto del rincón, el otro día, porqué elegiste el comedor?

E. F.- [se aproxima, mirando a cámara] porque ahí es donde me siento. Para meditar.

Yo-Para meditar²⁷⁵.

Aún así, cuando habla de los lugares que le gustaría fotografiar, y ante mi pregunta por su lugar dentro del hospital, refiere al parque. En una entrevista dibuja el parque como un banco, La Colifata, y Nicolás (un compañero de su servicio y amigo). El parque es visto

²⁷³ De entrevista filmada del 17 de enero de 2003. En el año '99 dicte el curso estando embarazada, y efectivamente dejé de ir una semana antes de que naciera mi hijo. Retomé tres meses después, el último mes del año, pero al año siguiente ya no volví como docente, sino en el marco del ensayo fotográfico y textual.

²⁷⁴ En recorrido guiado por el parque filmado en mayo 2003.

²⁷⁵ E. Fiamengo en charla informal filmada en julio de 2003.

por el como un lugar terapéutico: "hace bien venir al parque, para despejar la mente", aunque de hecho casi no vaya.

La forma en que Fiamengo se comporta respecto de las expectativas del establecimiento, podría enmarcarse dentro del tipo de conductas que E. Goffman definiera como *ajustes primarios*²⁷⁶. Como él mimo sostiene, "yo me porto bien. Hago todo lo que me dicen, cuando me dicen que me vaya a duchar me voy a duchar, tomo la medicación, me porto bien yo"²⁷⁷.

El retrato de Eduardo podría estar de acuerdo a la típica imagen que desde el sentido común uno se hace de los internos del Borda, si no fuera destacable en él su interés por el arte: asiste a plástica y a fotografía desde hace ya varios años y, a diferencia de la inconstancia que caracteriza la concurrencia de la mayoría de los pacientes a estos talleres, Eduardo lo hace regularmente, y su obra es ya vasta, con un estilo definido en las imágenes que genera: son típicos sus cuadros con un personaje ubicado por lo general a la derecha y desplazado hacia abajo respecto del centro, en las fotografías sus encuadres no frontales, lejanos respecto del sujeto, levemente inclinados, con un gran desenfoque, los particulares títulos de sus fotografías (que suelen terminar en "mente": Importantemente, Imponentemente, Impotentemente, Competentemente). Siendo que hace 6 años que concurre al curso de fotografía, desde sus inicios, el año pasado, por decisión conjunta de profesores y coordinadores del curso, le asignaron el rol de asistente de fotografía, aunque en la práctica es pocas veces convocado para cumplir con ese papel. Sólo de vez en cuando, los profesores lo recuerdan, y le piden colaboración²⁷⁸.

Fiamengo ha logrado el reconocimiento en su calidad de artista de parte también del personal, enfermeras y también profesionales médicos (jefes de servicio)²⁷⁹.

Raúl Maciel

A diferencia del resto de las personas con quienes trabajé, a Raúl Maciel no lo conocía personalmente. Mi interés en él como sujeto de mi investigación fue a través de sus

²⁷⁶ Para una definición de este concepto, ver el capítulo El espacio personal del paciente mental.

²⁷⁷ Eduardo Fiamengo en Entrevista Filmada del 14 de marzo de 2003.

²⁷⁸ Como antes de comenzar una clase de fotografía, el profesor lo llama, le explica el funcionamiento del trípode de iluminación, y le dice que cuando él no esté sacando fotos, que le pedirá colaboración como asistente de fotografía. En clase de fotografía del 04 de julio de 2003.

²⁷⁹ Cierta vez, en una charla entre el Dr. Hönig y el jefe de servicio N° 65, D. Zappia, éste le advierte al otro que dejó desordenada el aula luego de repasar la obra de los pacientes, y a continuación le pide si puede guardar algunas cosas, aunque sea la obra de Fiamengo que, junto a otros cuadros, quedó fuera del placard. Más tarde, será el D. Hönig quien, mirando los cuadros, exprese su deseo de adquirir algunas pinturas de E. Fiamengo, para ponerlas en su consultorio. [De registro correspondiente al 19 marzo de 2003].

fotografías. Particularmente, una de sus fotos, "Hilaciones" (la cual junto a otras dos más conformaba un conjunto que había estado expuesto en la muestra que se hiciera en el 2002 en el Centro Cultural Recoleta), me había atraído como imagen.

Como no era alguien que estuviese asistiendo al curso de fotografía para la época en que comencé mis filmaciones (en los últimos meses del 2002), le pregunté a Guillermo Hönig por él. Me dijo que era del servicio N° 17, que había ido durante bastante tiempo al curso, y que era una persona con quien iba a poder trabajar.

En nuestro primer encuentro, comenzamos a interactuar directamente desde una entrevista formal, partiendo de su obra fotográfica que era lo único que conocía de él.

Siempre su trato fue bastante formal conmigo, en un primer momento lo atribuí al hecho de lo reciente de nuestro vínculo, pero posteriormente, en los sucesivos encuentros, fue mostrándose sumamente respetuoso con gestos de caballerosidad (como tomarme del brazo para evitar que tropezara con piedras mientras filmaba en el parque).

Asimismo, la manera en que me saluda es particular. Cada vez que me ve pasar por su habitación, en la instancia de la convocatoria, se incorpora de un salto de su cama, se acomoda la ropa y extiende su mano para saludarme. Una característica que distingue su saludo del de otros pacientes, y que sólo le observé dirigido a mí, es que luego de darme la mano, la acerca y la besa, reteniendo y prolongando mi mano en la suya.

Raúl es un hombre que rondará los cuarenta años pero parece más joven que los de su misma edad allí. Será por su espíritu vivaz, por su aspecto físico (hace ejercicios diariamente). Es de mediana altura, tez y pelo oscuros, su cabeza casi rapada deja ver una gran cicatriz en el cráneo. Su aspecto suele ser relativamente prolijo. Su forma de hablar es la de alguien de clase media y, según refiere en las entrevistas, antes de estar internado vivía en un departamento ubicado en Las Heras y Pueyrredón, junto con su madre, ya fallecida. Estuvo internado previamente en la Colonia Montes de Oca, lugar que parece haber dejado sobre él una huella negativa muy fuerte, cuando habla de las características del hospital Borda generalmente refiere comparativamente a la Colonia, como un pasado que no quisiera recobrar, pero que no puede olvidar.

Es una persona seria y callada, pero que ante determinados estímulos, sonrío francamente y puede tomarse locuaz. Como él mismo lo marcara:

RM- yo no soy mucho de hablar, viste, ahora, porque estoy medio... no sé qué miércoles es. Debe ser el otoño. Debe ser la llegada del otoño, viste que se caen las hojas...

que todo reverdece, se guarda la naturaleza las cosas para dentro de unos meses más, para verano, para primavera... no sé²⁸⁰.

Está internado en el Servicio 17 del hospital, desde que llegó estuvo siempre en el mismo.

El internamiento previo en la Colonia Montes de Oca hace que, por comparación, el Borda sea para él un lugar apreciable, y hasta que hay un dejo de temor por volver a una situación así.

La vida en el hospital es para Maciel rescatable en muchos aspectos y aunque existen lugares y situaciones que detesta, oscilará entre una visión positiva y una visión negativa alternativamente, sin que una apreciación se imponga sobre la otra.

Detesta aquellos lugares o prácticas que impliquen violencia institucional, represión, limitaciones de libertades. La Unidad N°20, con militares armados, y sus grandes muros, representan para él una visión amenazante y nefasta, inserto en uno de los lugares que recorre diariamente: el parque. El muro que rodea el hospital ("el paredón", según sus palabras) y las rejas son elementos referidos por él como cercenantes.

Lo mismo que la recurrente relocalización de los internos por parte del establecimiento –no sólo reubicación en otro servicio, también dentro de un mismo servicio, los pacientes son periódicamente cambiados de cama: *"si me cambian de cama los matd"*. Le genera violencia, aunque aparentemente sólo verbal puesto que, de hecho, no cuenta con demasiados recursos para oponerse a tal imposición.

Del mismo modo, la dualidad se presenta por lo que se refiere a la vida en común: el compañerismo, la reciprocidad, el compartir, como valores destacados y como manera de sobrellevar su existencia allí, al punto de transformar un lugar: *"uno se hace lugar en cualquier parte, mientras uno se acostumbre y lo haga divino, eso va a caer bien, para und"*. No es que sea un sitio disfrutable per sé, sino sólo a costa de mucho esfuerzo personal, lo cual está dando cuenta de lo difícil que le resulta la vida cotidiana allí.

Yo- Y vos, cómo hacés lugar en el servicio 17?

RM- Yo hago lugar haciendo esfuerzo. Suponete, ayer lo [baja la voz] bañé a Carlitos, a Carlos Iglesias [por Alberto de la Iglesia] que se había hecho encima, se hizo encima. Que yo lo comprendo porque es la comida. Yo el otro día me agarré diarrea por la comida, con una salsa que agujerea... agujerea tablones, y te imaginás el estómago cómo lo deja. Y yo lo comprendí a Carlos, o sea, te ayudo porque te comprendo²⁸¹.

²⁸⁰ R. Maciel en segunda entrevista formal filmada, 28 de marzo de 2003.

²⁸¹ R. Maciel, en entrevista formal filmada, 28 de marzo de 2003.

La dificultad parece ser la contracara del compañerismo: la violencia y las peleas que son inherentes a la vida en común en un hospital psiquiátrico como el Borda –suele tener enfrentamientos físicos con un compañero de servicio, Laredo, y han llegado a clavarse mutuamente tenedores en la cara y en la mano. El hospital es un lugar del cual se ha escapado en más de una oportunidad, y al cual en ocasiones regresó por sus propios medios, -como él mismo relata, que escuchaba voces que le decían "*No hay problema, el que se quiere escapar que se escape, total, volver va a volver*"- y en otra oportunidad fue devuelto por la policía luego de ser detenido. En cierta ocasión que se escapó, fue a visitar a una vieja amiga de la madre, que lo recibió de buena manera, aunque desconociendo su situación. La vuelta al hospital no parece tener que ver con un deseo de volver a vivir allí, sino más bien con que fuera de él no tiene lugar donde ir, ni vínculos que puedan sostenerlo (familiares o amistades).

Por otra parte, si bien tiene permiso de salida, no lo usa: permanece en el hospital, y si sale, recorre los alrededores, camina para distenderse, llega hasta Plaza España (un parque a unas cuadras del hospital) para volver con algún encargo para sus compañeros que no tienen esa posibilidad –como adquirir agua mineral o yerba para un compañero internado en clínica médica-.

Además de los pequeños disfrutes cotidianos junto a sus compañeros, Raúl pasa bastante tiempo en soledad (acompañada), como la mayoría de los internos. Esos momentos los dedica a dormir en su cama, al fútbol, una de sus pasiones: fanático de Boca, un póster decora su "casa" (sobre su cama y pedazos de fotos pegadas en su placard), es tema recurrente en sus conversaciones con otros pacientes y con médicos o fotógrafos, y suele ver los partidos en la televisión de su servicio o escucharlos en su radio portátil. La radio también le trae música, la cual disfruta conectado con sus auriculares y recostado en su cama.

Hay una ambivalencia que atraviesa la mayoría de sus valoraciones y actitudes. Como lugar preferido dentro del hospital, me habló de la "escuelita", un espacio ubicado dentro de su servicio, que fuera utilizado como sala para dar clases por una profesora, y actualmente como lugar de terapias grupales y taller de lectura de diarios. Se trata de una sala con alguna mesa, sillas, el televisor, un par de armarios, un cuadro en la pared, grandes ventanales que dejan pasar mucha luz y sol. Es definido por Raúl Maciel, no obstante, como "*el lugar más lúgubre que conozco, es el lugar más lindo que conozco*"²⁸².

²⁸² En la primera entrevista formal, filmada el 15 de enero de 2003.

Como su preferencia por claroscuros, colores tenues, luces y sombras (en fotografías, cuadros, esculturas y lugares).

Un par de meses luego de haber terminado mi trabajo de campo, un viernes en ocasión de la convocatoria previa al curso de fotografía que ahora estoy dictando allí, al ingresar en la habitación de Raúl Maciel, veo de lejos algo diferente en torno a su cama. Nos acercamos, le pregunto a Raúl qué pasó, que noto algo distinto, que no está su placard. Él sonríe y me responde que no, que hace unos días se lo regaló a Fabián, un compañero de servicio, que está bien así.

Fabián es un hombre relativamente joven, al que es habitual encontrar junto a su bandeja de comida intacta, es muy flaco y apenas prueba bocado, casi no habla, pocas veces saluda con la mano, las más de las veces se queda mirando a los ojos hasta que me voy.

El gesto de Raúl Maciel para con él viene a confirmar mi idea acerca de la importancia que le otorga a la ayuda a sus compañeros, y la vida en común, aún por sobre sus pertenencias y su espacio personal.

Alberto de la Iglesia

Alberto de la Iglesia Santos es el nombre de un hombre de unos 82 años de edad, de pelo blanco y rapado, ojos pequeños de mirada intensa, sin dientes, de andar lento por el peso de sus años. Nacido en Santiago de Compostela, España, allí trabajaba como fotógrafo, profesión que disfrutaba entonces y la cual rescata actualmente ante sus pares y personal del hospital. Viviendo en Argentina, trabajó como sereno en la Casa del Teatro, y como sepulturero en el cementerio de la Chacarita.

No se considera a sí mismo un loco, y establece una separación tajante con los que están internados en el hospital. Esto le provoca un rechazo que se hace evidente cuando sus compañeros se le acercan lo que para él es más de la cuenta.

Desde mi punto de vista, Alberto de la Iglesia tal vez sea el más ilustre de las personas que conocí en el Borda. Es reconocido y respetado por compañeros, enfermeras y médicos. Además, periódicamente tiene posibilidades de adquirir cigarrillos en cantidad (probablemente gracias a una pensión que recibe desde España a través de su hermana), lo cual lo coloca en posición de privilegio respecto de otros internos. Probablemente su avanzada edad sea un factor de influencia en este trato amable para con él, pero,

seguramente, su porte, su parsimonia, presencia y carisma hacen de él alguien destacable. Su presencia genera el respeto de sus compañeros, sobre él y sobre sus pertenencias.

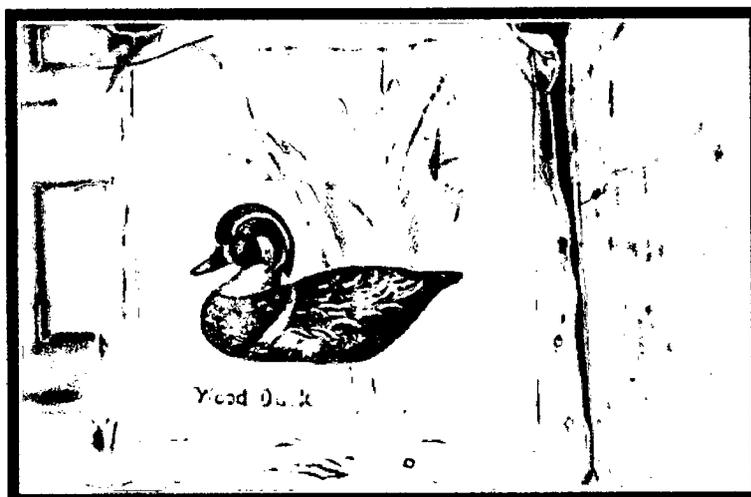
Es de carácter recio, testarudo ("cabrón", diría). Mis primeras impresiones acerca de él estuvieron basadas en mi conocimiento de él como alumno del curso de fotografía, que dicté durante el año '99, siendo constantes sus interrupciones para discutir mis afirmaciones en clase. Esta modalidad que lo caracterizaba entonces persiste actualmente, como pude apreciar en las clases de fotografía.

Ya en el 2000, para el ensayo fotográfico trabajé bastante con él, y en ese momento, una de mis satisfacciones fue que me abriera su placard con la llave que cuelga de su cuello (el cual celosamente cerraba a sus compañeros) y me diera acceso a lo que entonces yo creía su mundo. Desde mi perspectiva actual, tan sólo me había permitido acceder a sus pertenencias (en la Tierra): unos cuantos objetos como diarios enviados desde España por su hermana, un libro de fotografías, una cámara de fotos que no funcionaba, representaban apenas una pequeña porción de su mundo.

Fue mucho después, con el transcurso del tiempo, y a fuerza de nuestros encuentros, y habiéndose generado un vínculo de complicidad, que De la Iglesia me abrió las inmensas y pesadas puertas de su mundo imaginario. Fue un proceso gradual, al principio del cual primero tan sólo me hizo saber de su existencia: una fotografía tomada por él años atrás titulada "El árbol del diablo" aparece en la primer entrevista formal filmada que le hice, donde él cuenta la historia de ese árbol. Luego me deja asomarme a través de la puerta entreabierta: el árbol del diablo está allí en el parque, y podemos verlo desde donde estamos sentados, en una posterior entrevista filmada. En esa misma entrevista, pero luego de una intimidad posibilitada por mi silencio y mi actitud observante, y su dedicación e inmersión en un dibujo –le había preguntado si quería dibujar el lugar que estaba describiendo, la capilla del hospital, a lo que él responde haciendo un dibujo de otra cosa: no una capilla sino una vista en el parque que, curiosamente, incluía el banco en el cual estábamos sentados-, y refiriéndose a la capilla del hospital, me dice con su mirada clavada en mí: "*los mejores ángeles están afuera*", y sonríe.

A partir de ese momento, en varias oportunidades tuve la sensación de ser una invitada a su mundo. Cierta vez que lo encuentro en la cantina de P.B., casi sin intercambiar palabra, comparto con él una gaseosa, que le sirvo en un vaso de plástico como el mío, lo extiende hacia mí y no comienza a tomar sino luego de que brindara con él, en absoluto silencio. Una invitada especial, puesto que no conocí a otras personas en el hospital con acceso. En ocasión de un recorrido guiado, elige comenzar por el árbol del diablo, presentándomelo personalmente. Es que siendo imaginarios los lugares que conforman el

mundo privado de él y otras personas, no cualquiera puede ingresar: no están marcados físicamente, y si se trata de sitios (u objetos) reales, es preciso reconocerlos como significativos y en toda su dimensión. Así, en oportunidad de una toma fotográfica que realizara Alberto, "El pato" que daba nombre a su obra era un dibujo en el tapizado del almohadón de una silla en la cual él suele sentarse cuando asiste al curso dentro del aula.



A. de la Iglesia— "El Pato"

"*Está nadando en el agua el pato!*", le grita De la Iglesia al Doctor Hönig, quien luego de un silencio le responde "*Carajo! Bueno. Bueno.*": aceptando su delirio, pero no su personaje. Algunas clases después, ante su fotografía revelada, y respondiendo a la pregunta de los coordinadores sobre si reencuadraría su foto, él insiste en que el pato se echó a volar, y cuando insisten en si le gustaría reencuadrar para quitar los bordes del almohadón, dice "*El pato está en un corral, así está bien, porque parece que estuviera en un corral, no en el almohadón*"²⁸³. Alberto reconoce la existencia del almohadón como propio de la realidad del referente en la imagen, pero preferiría que fuera un corral con un pato, sosteniendo la realidad de su propio mundo por sobre la evidencia de esa realidad física. Este como otros personajes lo rodean: demonios sobre su cama, mujeres sin brazos ("la muñeca de De la Iglesia" le llaman así compañeros y profesores de fotografía a una pequeña escultura de yeso que está en el aula donde se dictan los talleres, y que fotografiara Alberto en una oportunidad), son objetos que cobran vida para él, y con el tiempo, en cierto sentido, y a través de él, también para mí. Empiezo a comprenderlos en la lógica privada de De La Iglesia: el Diablo es él mismo, quien le ha dado nombre al árbol. Así es reconocido también por alguno de sus compañeros de servicio, que le teme al Diablo.

Apropiándose de ciertos lugares, personificando determinados objetos, De La Iglesia va construyendo un mundo privado casi mítico, donde él mismo es el personaje principal, el

²⁸³ Alberto de la Iglesia en clase de Fotografía del 27 de junio de 2003.

Diablo, y se encuentra rodeado de seres fantásticos, demonios a la vez maléficos y bondadosos, que ejercen sobre él una mezcla de espanto y alegría.

Aún luego de haber finalizado mi trabajo de campo, mi relación con él fue profundizándose aún más y adoptó una modalidad más laxa, sin requisitos de por medio. Con De la Iglesia he compartido (y sigo haciéndolo) una gaseosa, un café, y en esos encuentros fui descubriendo su gusto por los dulces, por lo cual antes de ir al Borda, me compraba un chocolate para mí y otro para él. Esto era algo cotidiano, y cuando no sucedía, se enojaba: "siempre me traes chocolate y hoy no!".

El viernes 3 de octubre de 2003, llego bastante apurada al hospital, subo al tercer piso, y al salir del ascensor lo encuentro a Alberto De la Iglesia que está por tomarlo. Lo saludo, y le digo que hoy sí le traje algo, y le doy un medallón de menta y chocolate. Me mira a los ojos y me pregunta si no le doy 10 centavos para comprar un cigarrillo, y luego que cuánto me ha costado el chocolate, que seguro que más que 10 centavos, tal vez 20. Le digo que un poco más, "cuánto?", me pregunta, le respondo que 50. Me mira sorprendido y dice: "tanto has gastado en mí? Vení, vení acompañame", a lo que le respondo que no puedo, porque tengo que ir al aula para dar el curso de fotografía, que ya es la hora. Insiste en que lo acompañe, que es sólo un minuto. Finalmente acepto, y vamos caminando por el pasillo hasta la cantina del tercer piso, un lugar al que van sólo los pacientes (los médicos y el resto del personal no entran allí, donde los precios son más baratos que en el bar de P. B.). Alberto se para en la puerta de la cantina y yo me detengo a su lado, desde donde vemos unos cuantos pacientes que están sentados en un par de mesas, compartiendo una gaseosa y fumando. De la Iglesia entra, y con un gesto grandilocuente dice "miren, aquí estoy con Camila, ella es Camila!". Alguno de los que están allí dice "es la hija de De la Iglesia", otro "es la nieta?", me pregunta, respondo que no, que soy su amiga. Al salir de allí, Alberto me dice: "es que sino no me creen que hablo contigo".

Conclusiones

Las imágenes espaciales son los sueños de la sociedad. Dondequiera que se descifre alguna imagen espacial, se presenta la base de la realidad social.

Sigfried Kracauer

Al llegar al final de mi investigación, me encuentro sin demasiadas certezas, con una extraña sensación de precariedad en mis ideas. Casi al pasar, leo una frase de Geertz: "*el análisis cultural es intrínsecamente incompleto. Y, lo que es peor, cuanto más profundamente se lo realiza menos completo es. Es ésta una extraña ciencia cuyas afirmaciones más convincentes son las que descansan sobre las bases más trémulas, de suerte que estudiar la materia que se tiene entre manos es intensificar las sospechas (tanto de uno mismo como de los demás) de que uno no está encarando bien las cosas. Pero esta circunstancia es lo que significa ser un etnógrafo*"²⁸⁴. Encontré plasmada en estas palabras la ambivalencia que me genera el balance del trabajo realizado a lo largo de este tiempo. Su sentencia acerca del carácter falible y provisorio de todo conocimiento antropológico resulta tranquilizadora. Entonces, más segura en mi fragilidad, me atrevo a conducir.

La lógica institucional impuesta por el hospital es totalizadora y se inscribe sobre todos los espacios del establecimiento, respondiendo a necesidades de control y vigilancia, en el doble sentido de reducción (encierro) y cuidado de los internos como pacientes.

Esta organización espacial abarca tanto los elementos físicos que conforman la estructura edilicia, como los usos previstos desde la institución en tanto organización formal - la división en pabellones, servicios, grandes habitaciones para un gran número de internos, puertas abiertas de los cuartos y baños, restricciones en la circulación de los internos en el parque, entre servicios (lugares más públicos), y permisos o prohibiciones de salida al exterior del hospital-.

Paradójicamente, es en los grandes espacios totalizantes del hospital donde se asienta la idea misma de encierro, cuya figura no se corresponde con lo oscuro y lo pequeño, sino que lo opresivo en este caso es precisamente la amplitud, y la imposibilidad de anidar en ella.

Hay otro aspecto de la estructura formal de la institución que es vivido negativamente por los internos, que tiene que ver con la organización de una rutina diaria que involucra exclusivamente actividades básicas (ligadas a la alimentación, el sueño, la

²⁸⁴ C. Geertz, [2000: 39].

higiene, la medicación), que se desarrollan íntegramente al interior de cada servicio. El cumplimiento de estas obligaciones cotidianas es la principal (y casi la única) expectativa que la institución deposita en el paciente, y es precisamente esta dimensión impersonal e improductiva de la vida la que es reestructurada por los internos a través de la creación de múltiples espacios: el Centro Cultural, la Radio La Colifata, el Frente de Artistas, la panadería, el vivero, Cooperanza, y los cursos y talleres del Servicio Nº 65 de Arte Terapia se destacan entre estos *espacios de producción y creación*. A excepción de este último²⁸⁵, todos los nombrados son espacios autogestionados por los internos, y están emplazados en el parque del hospital, hecho que da cuenta de la necesidad de las personas que allí residen por correrse de la rutina formal y de la objetualización a la que son sometidos, a través de acciones que, si bien no son fomentadas, son toleradas por la institución.

Pienso en estas prácticas y vienen a mi mente perspectivas como las de Lefèbvre y posteriormente de E. Soja, quienes insistieran sobre la posibilidad de lucha y de cambio a partir de un nuevo espacio para la resistencia colectiva denominado "Tercer Espacio", lugar de superación de las dicotomías modernas entre espacio físico (primer espacio: espacio real) y mental (segundo espacio, espacio imaginario), en lo que se proponía como una "triple dialéctica" entre lo social, lo histórico y lo espacial²⁸⁶, de existencia tanto real como simbólica. Si Lefebvre postulaba *"la necesidad de luchar por el derecho a la diferencia [...] contra las crecientes fuerzas de homogeneización, fragmentación, y de poder ordenado jerárquicamente, que definen la geografía específica del capitalismo"*²⁸⁷, Soja ofrecerá la alternativa de la tercera vía para la expresión de una política alternativa de encuentro y representación de la diferencia.

Pequeñas acciones y espacios como los propuestos por los pacientes del Borda vienen a reafirmar la existencia de sujetos productivos y creadores, inmersos en un espacio institucional que se empeña en negarlos. *"Uno se hace lugar en cualquier parte"*²⁸⁸.

Por su misma naturaleza, el espacio institucional imprime su fuerza en todos los espacios, aún en el espacio individual de los que allí residen, puesto que desde el hospital no se le permite al interno un espacio de intimidad. No existen para el paciente lugares dentro

²⁸⁵ El servicio Nº 65 está ubicado en un aula en el 3º piso y depende del área de rehabilitación del hospital.

²⁸⁶ denominado como Trialéctica por Soja.

²⁸⁷ *"en diversas escalas, comenzando significativamente por el cuerpo y la sexualidad y continuando a través de las formas construidas y el diseño arquitectónico, hasta llegar a la espacialidad del hogar y de las construcciones monumentales, los barrios urbanos, la ciudad, la región cultural, y los movimientos de liberación nacional, hasta respuestas más globales al desarrollo geográfico desigual, y al subdesarrollo."* En A. Clua, P. Zusman [2002: 114].

²⁸⁸ R. Maciel, en entrevista filmada 28 de marzo 2003.

del hospital donde estar solo. La dimensión correspondiente a lo privado, aquello que habría de permanecer oculto (en términos de Arendt), se encuentra subvertida y aparece expuesta a las miradas. Paralelamente, aquellos lugares dentro del hospital (y aún fuera de él para los internos²⁸⁹) que podrían encuadrarse dentro de lo que se entiende por espacios públicos (aquellos destinados al libre uso, donde se generan situaciones de participación y comunicación entre las personas), están restringidos en su utilización para los internos por personal del hospital y guardias de seguridad (bajo prohibiciones de circulación y estadía para aquellas acciones que sean consideradas excesivas o descontroladas).

En base a esto, me aventuré a plantear la existencia de una suerte de inversión entre los órdenes de lo público y lo privado: lo público que debería ser de carácter libre resulta restringido, y lo privado, que debería permanecer oculto es expuesto y vigilado.

La pregunta que surge a continuación sería plantearse entonces la existencia de un espacio individual de intimidad no ya desde las posibilidades que brinda el establecimiento, que son prácticamente nulas, sino desde la perspectiva propuesta por los pacientes que residen en el Borda.

Aquí la intimidad encuentra un espacio no ya en la ocultación física, sino en el reino individual de las ideas y pensamientos, lugar al que no acceden otras personas (a menos que sea voluntad de la persona exponer su privacidad). Algunos pacientes eligen determinados sitios y se apropian de ellos marcando mojones en su mundo personal, sobre los cuales depositan un caudal imaginario que es propio y que por lo general permanece en la esfera individual. A estos sitios los denomino *lugares imaginarios*, y constituyen un dominio cuya construcción no es exclusiva de los pacientes mentales, pero que en la vida de personas internadas en un hospital psiquiátrico cobra un sentido diferente, y una dimensión posiblemente mayor, debido precisamente a las restricciones citadas que la vida allí implica.

Según creo, un sentido equivalente cobran los *espacios fotográficos* que algunos de los pacientes que concurren al curso de fotografía logran construir plasmando ciertos elementos de sus representaciones internas en la práctica fotográfica.

Resumiendo, si la institución ejerce un influjo que pretende imponerse en todos los aspectos de la vida de los internos, y no existiendo prácticamente ningún margen de oposición a esta lógica -de hecho, en la práctica son escasas las acciones de protesta y negación del orden establecido de parte de los pacientes-, los pacientes encuentran en lo que he definido como *espacios de producción y creación, lugares imaginarios y espacios fotográficos* vías para construir su mundo privado.

²⁸⁹ Ya que los permisos de salida acotan las posibilidades de uso del espacio exterior.

Me encontraba ya cerrando mi análisis sobre el material y los actos fotográficos realizados por los pacientes, cuando un interrogante comenzó a rondarme. Si los espectadores que apreciaban las fotografías producidas por ellos, hacían hincapié en la calidad y originalidad de las imágenes, ¿en qué residía esa particularidad? No eran tanto los referentes, los sujetos de las fotografías (en cierto sentido "exóticos", puesto que no se trata de condiciones de vida habituales para la mayoría), sino la manera en que están compuestas, los encuadres, el movimiento, la utilización del foco y el desenfoque. Comencé a plantearme que quizás, la singularidad de las imágenes fotográficas producidas por los pacientes tengan su origen en las particulares cosmovisiones de estas personas tomadas en su individualidad (o como sujetos que comparten una determinada condición mental). Pero es probable -y volviendo en este punto a la pregunta inicial de esta investigación: cómo incide el contexto social de una institución total sobre los parámetros espaciales de quienes allí residen- que la internación opere sobre sus representaciones espaciales como una coyuntura desestabilizadora. Entonces -y para ir comprendiendo de qué manera este estudio podría aportar al tratamiento de estas personas²⁹⁰-, habría que dilucidar si una internación en un hospital psiquiátrico como el Borda, con determinados parámetros espaciales como los analizados aquí, no estaría desestabilizando aún más las representaciones de sujetos a los que precisamente se interna por considerarlos desordenados mentalmente.

Al final de mi ensayo fotográfico y textual realizado en el 2000, había una pregunta abierta, que era la siguiente: *"¿En qué sentido un medio audiovisual podría dar mejor cuenta de esta temática? De haber una próxima instancia para este trabajo, elegiría el video etnográfico como forma de analizar y mostrar todas estas cuestiones."* Sin habérmelo propuesto conscientemente, me encontré aquí intentado dar respuesta a este interrogante a través del film que realicé en paralelo a este escrito.

Considero que fue la unión complementaria entre lo visual y lo verbal la que fue construyendo mi perspectiva sobre la temática durante todo el proceso de conocimiento. Necesariamente, en las diversas instancias de filmación me encontraba por momentos ante hechos que me remitían a mis escritos, y viceversa, en el acto de escritura, ciertas imágenes se me presentaban a modo de secuencias visuales que guiaban y daban cuerpo a mis ideas.

²⁹⁰ Aunque para ello tal vez sea necesario, previamente, oponerse al poder que sustenta la estructura hospitalaria: *"si la situación del asilo de alienados ha revelado el carácter esencialmente antiterapéutico de sus estructuras, cualquier transformación que no vaya acompañada por una puesta en cuestión interna desde la base, resulta completamente superficial y pura apariencia"* F. Basaglia [1976: 156].

A través de la *observación diferida*, que me permitió volver una y otra vez sobre lo mismo, fui captando sentidos que en el momento del registro filmico se me habían escapado.

Como la filmación fue concebida desde una modalidad observacional o participativa, según las instancias²⁹¹, a partir de la idea de mostrar más que contar, dejando la interpretación abierta al espectador, las imágenes, por más que estén atravesadas por mi propia selección, permiten un mayor grado de empatía al espectador con aquello que sucedió. Es que, "*en un texto escrito se abstrae la humanidad de las personas, en las películas se aprende más de ellas*".²⁹²

En diferentes momentos de mi investigación, se me presentaba un interrogante que tenía su origen en una afirmación de P. Henley acerca de la enorme dificultad que enfrenta la antropología visual cuando tiene que dar cuenta de temáticas abstractas. Para él, ésta es una de las razones que explican el escaso reconocimiento dado al uso de medios visuales en la disciplina antropológica. La raíz de mi pregunta giraba en torno a esta cuestión: ¿es posible tratar un tema como el espacio (abstracto en muchos aspectos) desde la antropología visual? A diferencia de Henley, me inclinaba hacia una respuesta positiva, pensando que la manera en que opera un antropólogo visual es construyendo conceptualizaciones en su investigación a partir del registro de elementos concretos, pasibles de ser plasmados en imágenes (los "imponderables de la vida real" de Malinowski), y guiado habitualmente por una cierta idea de metonimia (como representativos de una categoría más amplia), o bien de metáfora (funcionando un poco a la manera de una fábula).

Fundamentalmente, la antropología visual como abordaje para esta investigación, me permitió una comprensión del espacio en términos que resultan difíciles de transmitir en palabras, puesto que muchas de las percepciones del espacio eran fundamentalmente visuales. Grandes, desolados, vacíos, sucios, desposeídos, son todos adjetivos calificativos que utilicé en mis descripciones, con una carga valorativa que no necesariamente da cuenta de la naturaleza de los lugares. Esto no ocurre con las imágenes, porque acercan al espectador algo de estos espacios de un modo más vívido, con un mayor grado de nitidez. A partir del uso del video en la investigación, una gran parte de los ritmos, la temporalidad, los desplazamientos, el despojo de los cuerpos, las miradas, los gestos, la manera en que algunos pacientes se abstraen de aquello que está sucediendo para involucrarse en una actividad interna propia de la vivencia de sus mundos imaginarios, las características de los lugares imaginarios, la dinámica de las acciones, las texturas y la luz de los diferentes

²⁹¹ De acuerdo con lo explicitado en el apartado correspondiente a Estrategias de Filmación.

²⁹² F. Storas, presidente de la NAFA, en una entrevista realizada por C. Guarini, nov. 2002.

ámbitos, la manera en que es utilizado y representado el espacio por parte de los internos, pueden comprenderse visualmente, de un modo que no ocurre verbalmente. Más aún, la construcción de unidades conceptuales estuvo fuertemente determinada por el registro videográfico, en tanto mi selección de planos, encuadres y escenas actuaron conformando unidades de sentido generados desde un pensamiento audiovisual. Específicamente, la idea de los lugares imaginarios y los espacios fotográficos surgió a partir del registro y de la observación de las imágenes.

En todos estos aspectos radica la importancia que tuvo para mí el uso del video en esta investigación: llegó a cumplir un papel que excede al de mera herramienta de registro, para convertirse en una manera de construir un conocimiento basado en la imagen, el sonido y el movimiento. El presente trabajo fue concebido tanto como un texto escrito como un video etnográfico, en el cual las palabras unas veces completan las imágenes, donde los aspectos visuales involucran comprensiones cinemáticamente creadas acerca de prácticas y sentidos de las personas con quienes interactué. Como sostiene P. Henley, es válido considerar *"al cine como un medio de representación que se puede usar en conjunción con los textos escritos para proporcionar recuentos etnográficos mejores y más redondos"*²⁹³.

Quisiera, para terminar, agregar una reflexión. Estoy segura que para muchos mi visión sobre las condiciones espaciales y de vida en el Hospital Borda puede resultar poco "realista" en algún sentido, puesto que ni en mis palabras ni en las imágenes aparecen demasiadas referencias a los aspectos más terribles de la institución: si bien están planteados, opté por no detenerme en ellos, porque al hacerlo incuriría en el lugar común y casi maniqueo del Borda como recinto de lo horrible y denigrante. Al final de mi tesis, quisiera dejar en claro mi postura: no es que considere que el Borda no es un lugar degradante, ni que yo no lo haya visto así, pero es que, paralelamente (y a veces, debo confesar, con un gran esfuerzo de abstracción de mi parte), muchos de los gestos, y actitudes quienes residen allí, sus luchas interiores (sus búsquedas a pesar del oscuro sentimiento de una vida suspendida en la internación), se me presentaron como descubrimientos que despertaron una admiración que llegó a enriquecer mi mirada.

El Borda no empezó para mí en la tesis ni se cierra con ella; seguiré yendo, compartiendo momentos con De la Iglesia, con Babic, con Maciel, con Eduardo Fiamengo, dando el curso de fotografía e intentando gestionar pequeños cambios desde mi mínimo lugar y conocimiento.

²⁹³ P. Henley, [2001:34-35].

Agradecimientos

A Carmen Guarini, en primer lugar, quien con su determinación me obligó a tomar una definición respecto de la elección del Borda como emplazamiento de campo. Por su generosidad al brindarme sus amplios conocimientos, experiencia y medios propios del campo aún poco desarrollado y cuestionado de la Antropología Visual en nuestro país.

A Guillermo Hönig, por haberme facilitado los accesos y por su incondicional apoyo y confianza.

A mi familia: Blas y Dante, quienes acompañaron de cerca este proceso con paciencia, comprensión y apoyo.

A Alberto de la Iglesia, Raúl Maciel, Adrián Babic y Eduardo Fiamengo, fueron ellos los que permitieron que las distintas etapas de mi tesis (el trabajo de campo, análisis, escritura y edición) tomaran el sabor de lo disfrutable.

Bibliografía Seleccionada

a) específica referida al tema elegido

- **F. Basaglia, M. Langer y otros**, *Razón, Locura y Sociedad*, S. XXI, México, 1985.
- **R. Bastide**, *Sociología de las Enfermedades Mentales*, S XXI Editores, México, 1983.
- **P. Dubois**, *El Acto Fotográfico*, Editorial Paidós, Barcelona, 1994.
- **E. Durkheim**, *Las Formas Elementales de la Vida Religiosa*, Editorial Akal, Madrid, 1982.
- **M. Foucault**, *El Nacimiento de la Clínica*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1996.
- **M. Foucault**, *Enfermedad Mental y Personalidad*, Ed. Paidós, Barcelona, 1984.
- **M. Foucault**, *Historia de la Locura en la Época Clásica*, Fondo de Cultura Económica, Colombia, 2000.
- **M. Foucault**. *Historia de la Locura en la época clásica*. México, Fondo de Cultura Económica (1980).
- **E. Goffman**, *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Bs.As., 1988 y 2001 (citadas indistintamente ambas ediciones).
- **E. Kant**, *Crítica de la Razón Pura*, Editorial Porrúa, México, 1987.
- **H. Lefebvre**, *Espacio y Política*, Ediciones Península, Barcelona, 1976.
- **Levinson, E. Gallagher**, *Sociología del Enfermo Mental*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1971.
- **M. Merleau-Ponty**, *Fenomenología de la Percepción*. Ediciones Península. Barcelona, 1975.
- **R. Sommer**, *Espacio y Comportamiento Individual*, Instituto de Estudios de Administración Local, Madrid, 1974.
-
-
-

b) referida al marco teórico

- **E. Ardèvol**, "Por una antropología de la mirada: etnografía, representación y construcción de datos audiovisuales", en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares del CSIC*, L. Calvo, *Perspectivas de la antropología visual*, Madrid, 1998.
- **E. Ardèvol Piera**, "Representación y Cine Etnográfico", *Quaderns de l'Ica*, núm. 10. Barcelona, 1996.
- **E. Ardèvol Piera**, "Por una antropología de la mirada: etnografía, representación y construcción de datos audiovisuales". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares del CSIC*, Madrid, 1998.
- **H. Arendt**, *La Condición humana*, editorial Paidós, Barcelona, 1993.
- **R. Arnheim**, *Arte y Percepción visual*, Alianza Forma, España, 1986.
- **M. Augé**, *Los "No Lugares". Espacios del anonimato. Una Antropología de la Sobremodernidad*. Editorial Gedisa, Barcelona, 1994.
- **J. Aumont**, *La Imagen*, Editorial Paidós, Barcelona, 1992.
- **G. Bachelard**, *La Poética del Espacio*, Fondo de Cultura Económica, México, 1965.
- **G. Bauret**, *De la Fotografía*, Editorial La Marca, Bs. As., 1999.
- **P. Bourdieu**, *El Sentido Práctico*, (Anexo) Taurus Humanidades, Madrid, 1991.
- **P. Bourdieu**, *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1997.
- **M. De Certeau**, *La Invención de lo Cotidiano - 1. Artes de Hacer*, Universidad Iberoamericana, México D.F., 1996.
- **E. Durkheim**, *Las Formas Elementales de la Vida Religiosa*, Editorial Akal, Madrid, 1982.
- **R. Guber**, *El Salvaje Metropolitano*, Editorial Legasa, Bs. As., 1990.

- **R. Guber**, *La Etnografía: Método, Campo y Reflexividad*, Bs. As., 2001.
- **D. Mac Dougall**, *Lo Visual en Antropología*. En Fichas de Cátedra: *Etnografías Fílmicas*, Seminario de Antropología Visual, Opfyl, 2000.
- **D. MacDougall**, *Transcultural Cinema*, Princeton University Press, New Jersey, 1998.
- **D. MacDougall**, "Renewing Ethnographic Film", en *Anthropology Today*, Vol. 17 Nº 3, Junio 2001.
- **M. Mauss**, *Instituciones y Culto. Obras II*, Barral Editores, Barcelona, 1971.
- **H. Vezzetti**, *La Locura en la Argentina*, Folios Ediciones, Bs. As., 1983.

c) general

- **F. Basaglia**, *La Institución Negada*, Barral Editores, Bs. As., 1976.
- **F. Basaglia**, *La Mayoría Marginada – La Ideología del Control Social*, Editorial Laia, Barcelona, 1973.
- **H. Becker**, *Photography and Sociology*, 1974.
- **J. Bentham**, *El Panóptico*, Editorial La Piqueta, Barcelona, 1980.
- **J. Berger**, *Modos de Ver*, Ed. Gustavo Gilli, Barcelona, 2000.
- **Clua, P. Zusman**, "Más que palabras: otros mundos. Por una geografía cultural crítica", *Boletín de la A.G.E. Nº 34*, Barcelona, 2002.
- **D. Brisset**, "Sobre la fotografía Etnográfica", *Gazeta de Antropología*, Nº 15, Universidad de Granada, España, 1999.
- **J. Clifford**, *Itinerarios Transculturales*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1997.
- **N. Corvalán de Mezzano** (comp.), *Institucionalistas Trabajando*, Eudeba, Bs. As., 2000.
- **de Alvarenga Coelho**. "Seminario Psicosis: Teoría y Clínica". *Programa de Seminarios por Internet*. www.edupsi.com
- **G. de la Peña**, "Simmel y la Escuela de Chicago en torno a los espacios públicos en la ciudad", *Quaderns-e de l'ICA(Institut Català d'Antropologia) Nº01 2003/a*, Barcelona, España.
- **M. Douglas**, *Cómo piensan las instituciones*, Alianza editorial, Madrid, 1996.
- **E. Edwards**, *Anthropology & Photography: 1860-1920*. Yale University Press, New Haven and London, 1992.
- **Enaudeau**, *La Paradoja de la Representación*, Editorial Paidós, Bs. As., 1999.
- **H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset**. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Masson. Octava edición. Buenos Aires, 1979.
- **Feldman Bianco e M. Leite** (orgs.), *Desafios da imagem* [1998], Ed. Papyrus, San Pablo.
- **M. Foucault**, *Un diálogo sobre el poder*. Alianza Editorial, 1981.
- **S. Freud**. *La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis*. En Los textos fundamentales del psicoanálisis. Selección de Anna Freud. Alianza Editorial (1986).
- **S. Freud**. *Caso Schreber*, en *Obras Completas*, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1996.
- **Geertz**, *La interpretación de las Culturas*, Ed. Gedisa, Barcelona, 2000.
- **Goffman**, *Estigma*. Amorrortu Editores, Bs.As., 1963.
- **S. Guzinski**, *La Guerra de las Imágenes*. Fondo de Cultura Económica, México, 1995.
- **Hall**, *La Dimensión Oculta*, Siglo XXI Editores, México, 1991.
- **P. Henley**, "Cine Etnográfico: tecnología, práctica y teoría antropológica", en *Desacatos*, num. 8, invierno 2001.
- **Ingleby (ed.)**, *Psiquiatría Crítica*, Grupo Editorial Grijalbo, Barcelona, 1982.
- **M. I. Jociles Rubio**, "Las Técnicas de investigación en la antropología: Mirada antropológica y proceso etnográfico", *Gazeta de Antropología* Nº 15, Universidad de Granada, España, 1999.

- **H. López.** *Seminario Neurosis y Psicosis*. Programa de Seminarios por Internet. www.edupsi.com
- **W. Martínez,** "Who Constructs Anthropological Knowledge? Toward a Theory of Ethnographic Film Spectatorship". En *Film as Ethnography*, editado por P. Crawford y D. Turton. Manchester University Press, Inglaterra, 1992.
- **R. Merton,** *Teoría y Estructura Sociales*, Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
- **B. Nichols,** *La Representación de la Realidad*, Paidós Comunicación, Barcelona, 1997.
- **R. Ortiz,** *Otro Territorio*, Universidad Nacional de Quilmes, Argentina, 1996.
- **S. Perdoni,** "Público y Privado. Algunas reflexiones en torno de la categoría de espacio público", Proyecto de Investigación. Secretaría de Investigación y Posgrado. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata. 1999-2001.
- **S. Pérez Ramírez,** *El uso y construcción del espacio en la vivienda popular*, Gazeta de Antropología Nº 15, Universidad de Granada, España, 1999.
- **J. Segura.** *Seminario Etnopsiquiatría*. Programa de Seminarios por Internet. www.edupsi.com
- **S. Sel (comp.),** *Etnografías Fílmicas*, Seminario de Antropología Visual, Opfyl, 2001.
- **R. Sommer,** Patients who Grow Old in a Mental Hospital, en *Geriatrics*, XIV, 1959.
- **S. Sontag.** *Sobre la Fotografía*. Sudamericana, Buenos Aires, 1977.
- **P. Stastny,** "The Representation of People with Psychiatric Disabilities in Documentary Film", *Literature and Medicine*, Volume 17, Number 1, U.S.A., 1998.
- **M. Thévoz,** "Arte y Psicosis", en *EOS. Revista Argentina de Arte y Psicoanálisis Nº 1*, Fundación Banco Crédito Argentino, Bs. As, 1991.
- **M. Wolf,** *Sociologías de la Vida Cotidiana*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1979.
-

Videografía y Filmografía

- **Carmen Guarini / Marcelo Céspedes,** *Hospital Borda: Un llamado a la Razón*. Argentina, 1985.
- Una cámara en un hospital neuropsiquiátrico que da cuenta de situaciones y condiciones de vida, desde una perspectiva no de registro pasivo sino de cambio posible.
- **Fred Wiseman / John Marshall,** *Titicut Follies*, Maryland, 1967.
- Film de cine directo sobre una institución psiquiátrica para presidiarios en Estados Unidos, que pone de manifiesto la relación entre el personal y los internos, y las condiciones de vida en el establecimiento. Generó controvertidos debates en la sociedad americana, que cuestionaron la existencia de la institución, y a raíz de ello, fue posteriormente cerrada la institución.
-
- **Raymond Depardon,** *Urgences*, Francia, 1987.
- Intercambios entre médicos y pacientes en el servicio de emergencias de un hospital psiquiátrico, y la inserción de los individuos en la maquinaria institucional.
-
- **Ignacio Guggiari,** *Detrás del Muro*, Argentina, 2001.
- Ensayo documental sobre La Colifata, radio realizada y transmitida desde el Hospital Borda.
-
- **Nicholas Philibert,** *La Moindre des Choses*, Francia, 1998.
- Film sobre ensayos teatrales y otras actividades cotidianas en una residencia psiquiátrica francesa que escapa al estándar de este tipo de instituciones.