

**EL LABERINTO DE LA RECLUSIÓN: DE LA CONFIGURACIÓN DEL
TERRITORIO A LA CODIFICACIÓN DEL RECLUIDO**

LEONARDO VALENCIA ECHEVERRY

**UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA
MANIZALES**

2004

**EL LABERINTO DE LA RECLUSIÓN: DE LA CONFIGURACIÓN DEL
TERRITORIO A LA CODIFICACIÓN DEL RECLUIDO**

LEONARDO VALENCIA ECHEVERRY

Código: 359821368

Trabajo de Grado presentado para optar
al título de Antropólogo

Director del trabajo de pregrado
DIEGO NARVÁEZ
Sociólogo

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA
MANIZALES
2004

TABLA DE CONTENIDO

Pag.

TABLA DE CONTENIDO	4
LISTA DE FIGURAS Y CUADROS	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
PREFACIO	11
Manejos y usos del Hospital Mental de Filandia Quindío.....	17
Manejos y usos de la Clínica San Juan de Dios de Manizales	21
INTRODUCCIÓN.....	25
1.1. PRESENTACIÓN	25
1.2. REFERENTES CONCEPTUALES.....	27
1.2.1. Espacio, territorio y territorialidad	27
1.2.2. Lugar y sitio.....	29
1.2.3. Reclusorios	30
1.3. ANTECEDENTES ESPACIALES Y GENERALES: HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA QUINDÍO	32

1.4. CASO ESPECÍFICO CLÍNICA PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS INSTITUCIONALES	33
1.5. METODOLOGÍA	36

II. LOS LABERINTOS DESDE AFUERA Y ADENTRO 42

2.1. REPRESENTACIONES	48
2.2. LABERINTO ABIERTO	59
2.2.1. Espacio del Humo.....	60
2.2.2. Casilleros o Lockers	63
2.2.3. Lavandería	64
2.2.4. Cancha de Fútbol.....	66
2.2.5. Las Habitaciones.....	68

III. HORARIOS Y ESPACIOS DESDE EL TRANSITAR COMO FUENTES DE LA VIDA

COTIDIANA 74

3.1. Transitar dentro de los espacios	83
---	----

IV. HACIA LA CONFIGURACIÓN TERRITORIAL DEL LABERINTO 89

4.1. CONFIGURACIONES TERRITORIALES	92
4.1.1. Cotidianidad en los espacios.....	93
4.2. EL PODER DE LA NORMA	96
4.3.2. Los Microgrupos y los Normatizadores Normalizados.....	99

CONCLUSIONES 102

Las vías	103
Estrategias en el laberinto.....	106
Qué es el laberinto	109

BIBIOGRAFIA 110

LISTA DE FIGURAS Y CUADROS

	Pág.
Figura 1. Mapa del Departamento del Quindío.	11
Figura 2. Casco urbano de Municipio de Filandia Quindío.	12
Figura 3. Mapa del Departamento de Caldas.	13
Figura 4. mapa de la Comuna Ocho de Manizales.	14
Figura 5. Territorio.	27
Figura 6. Cuidados Intensivos.	51
Figura 7. Pensiones	54
Figura 8. Geronto	56
Figura 9. Juanito	57

Figura 10. Espacio del Humo	60
Figura 11. Casilleros	63
Figura 12. Lavandería	64
Figura 13. Cancha de Fútbol	66
Figura 14. Habitaciones.	68
Figura 15. Clínica y Hospital	72
Figura 16. La Huerta	81
Cuadro 1. Usos y manejos institucionales del Hospital	17
Cuadro 2. Otros usos y manejos del Hospital	18
Cuadro 3. Usos y manejos de la clínica	20
Cuadro 4. Otros usos y manejos de la Clínica	21
Cuadro 5. Espacios fijos – semifijos de la Clínica	85
Cuadro 6. Espacios fijos – semifijos del Hospital	86

AGRADECIMIENTOS

A veces parado en la ventana que daba cuenta de la gran neblina que rodeaba mi territorio, me preguntaba si sería factible conocer un poco de aquella gente que se dejaba entrever como sombras, preguntándome –como se pregunta un niño– serán reales, serán producto de mi imaginación; y me divertía sustituyendo la realidad por la fantasía, ahora después de cinco años, de conocer un poco –solo un poco– de la ciencia social, de la antropología, consigo acercarme con otros ojos a ver al *otro*, próximo o lejano –todo depende con los binoculares que se mire, y de donde se mire– y he decidido, por el momento, sustituir la fantasía por una muestra de realidad, sustentando la idea, que la fantasía como la realidad de los otros siempre es la realidad del etnógrafo.

Este trabajo fue realizado en el marco de la investigación “Territorio y cultura en el país paisa” del Grupo de Investigación Territorialidades de la Universidad de Caldas. La investigación referida fue apoyada financieramente por la Vicerrectoría de Investigaciones y por la Vicerrectoría de Proyección.

Agradezco infinitamente a las personas que lograron que conociera la antropología como ciencia y forma de ver el mundo, a Beatriz Nates Cruz, directora del Grupo de Investigación Territorialidades, el cual me recibió en su seno y contribuyó en

mi formación, reuniendo cofradía con José Gregorio Hernández Pulgarín, Luis Carlos Gil, Mónica Ramírez Guerrero, Adriana Quiceno, Claudia Duque, Jorge Eliécer Galeano, Paula Velásquez López, Pablo Jaramillo Salazar, Fabián Villota, Carlos Luis Del Cairo, Luis Fernando Sánchez, Diego Narváez y Sandra Ortega Aguilar.

Al mismo tiempo a todos los compañeros de bohemia que apoyaron y criticaron los conocimientos adquiridos en la academia. A los profesores Juan Manuel Castellanos, Jefferson Jaramillo, Orlando Jaramillo, Maria Elvira Escobar, Jorge Ronderos y otros, los cuales colaboraron con mi educación académica.

–De nuevo– a mi amiga, y consejera Beatriz Nates Cruz por sus múltiples lecturas, siempre acertadas. Por ultimo al sociólogo Diego Narváez por haberse comprometido a la ardua tarea de dirigir el siguiente trabajo.

PREFACIO

El siguiente trabajo pretende mostrar la importancia de las relaciones sociales que se dan en espacios específicos como lo son los territorios altamente institucionalizados ya sean estos hospitales o clínicas mentales, mostrando como los reclusos perciben su mundo inmediato y el proceso por el cual lo han marcado creando representaciones acerca del mismo, apropiando un juego normativo propuesto desde la institucionalidad, para así remodelar la realidad. Por lo cual me adhiero a la comprensión del territorio para así entender las estrategias de normatización y normalización que se promueven en el encerramiento. Y además entender y dar cuenta de las representaciones que de allí se emiten.

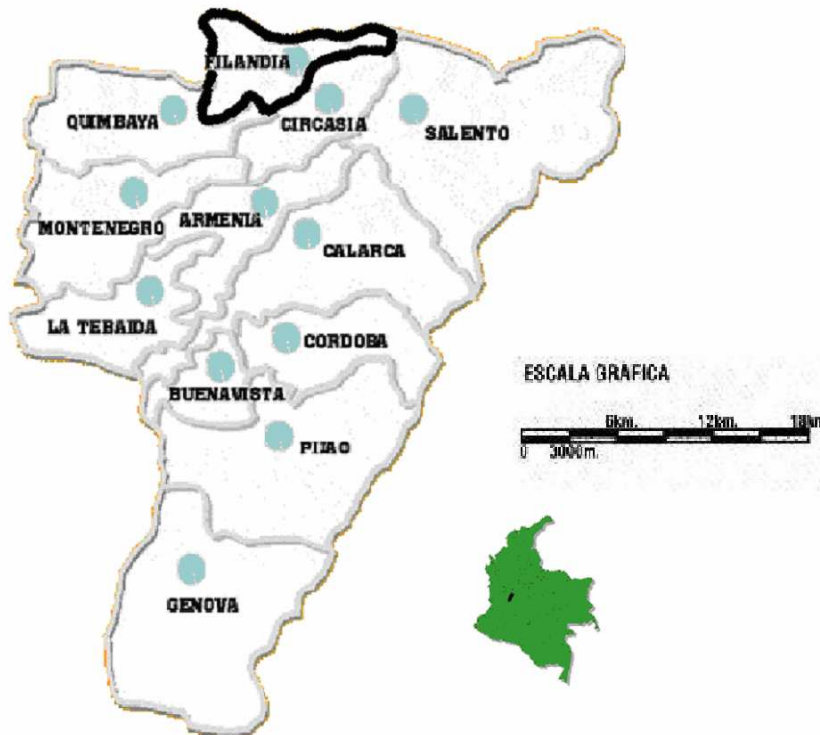
La idea surgió en un día inadvertido, en el cual entretenía mi ocio a partir del texto “Etnocidio y locura” de Carlos Pinzón y Rosa Suárez (1989), éste me obligo a pensar el cómo (en un espacio encerrado y predispuesto para *otros* supuestamente *desprovistos de sí o inmersos en si*) se crean y recrean imágenes mentales. Me imaginaba los ladrillos y el cemento conectados por puertas enrejadas, donde el poder de las llaves es de los vigilantes. Transitar y momentos amplios en los avatares del tiempo en un sitio para ellos; transitar, momentos y avatares cortos distribuidos por horarios para realizar las prácticas, determinadas en el lugar de ellos; como en cápsulas que encierran representaciones y sentires donde lo relacional se confunde con las predisposiciones comportamentales para un *deber ser*; un deber transitar en un espacio tridimensional que cobra sentido en los seres que lo habitan y lo marcan; encapsulados

sus cuerpos pero no sus mentes que se sumergen en un proceso. ¿Pero cuál proceso?, cuál podríamos sugerir, *sin el estar allí*.

En el año 2003 se me presenta la oportunidad de convertir una curiosidad intuitiva en un proyecto, a través del Grupo Territorialidades de la Universidad de Caldas, por ellos presente el proyecto “El laberinto de la reclusión: de la configuración del territorio a la codificación del recluso”. Desde esa mira se empezó a esbozar la idea para convertirlo en un proyecto antropológico, el cual necesitaba un asiento geográfico e institucional para encausar y dar forma a la investigación. La necesidad de localizar estaba en que el proponerse escribir sobre el tema de la reclusión desde la antropología implica dar cuenta de relaciones y procesos sociales en un contexto etnográfico particular. Lo anterior se posibilitó gracias al análisis *in situ* y *ex situ* en el Hospital Mental de Filandia Quindío en el Departamento del Quindío (figura 2) y en la Clínica San Juan de Dios de Manizales en el Departamento de Caldas (figura 4).

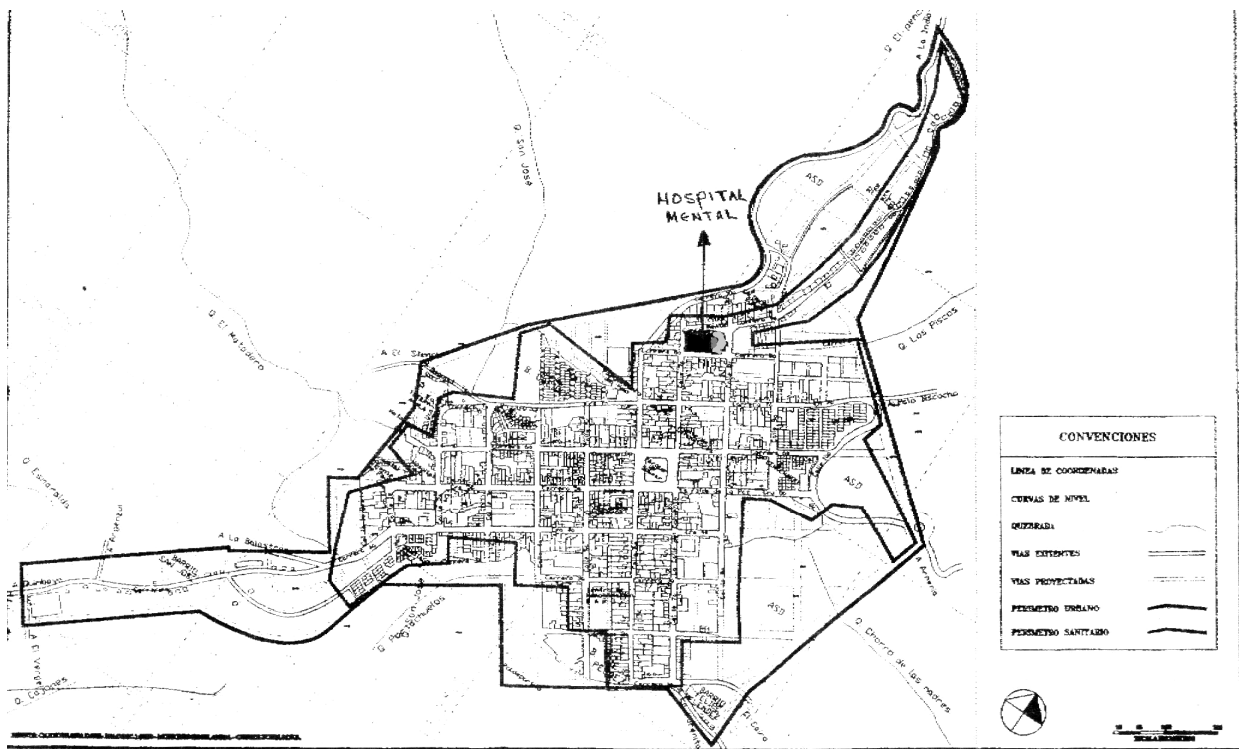
Estas instituciones dan forma desde lo particular a los planteamientos teóricos generales que esbozare en el presente trabajo. En consecuencia, asumo a partir de este momento que estos planteamientos se mueven dentro de un proyecto antropológico que consistirá en mirar cómo se constituye un *otro* identificado, el recluso, y cómo éste configura el territorio en las instituciones abordadas anteriormente.

La diferencia que se plantea entre el Hospital y la Clínica, proviene desde la concepción de lo público y privado, el Hospital es público y depende de las predisposiciones del Estado colombiano y de los entes encargados para sugerir su manejo, tal como las secretarías de salud departamental mas precisamente de la Secretaria de Salud del Departamento del Quindío; lo anterior nos sugiere que el hospital recibe personas con enfermedades mentales de toda la región del Quindío en su mayoría de bajos recursos económicos, pero también recibe otro tipo de reclusos como los Fármacodependientes y los Imputables (personas judicializadas que purgan una condena o parte de ésta en el hospital).

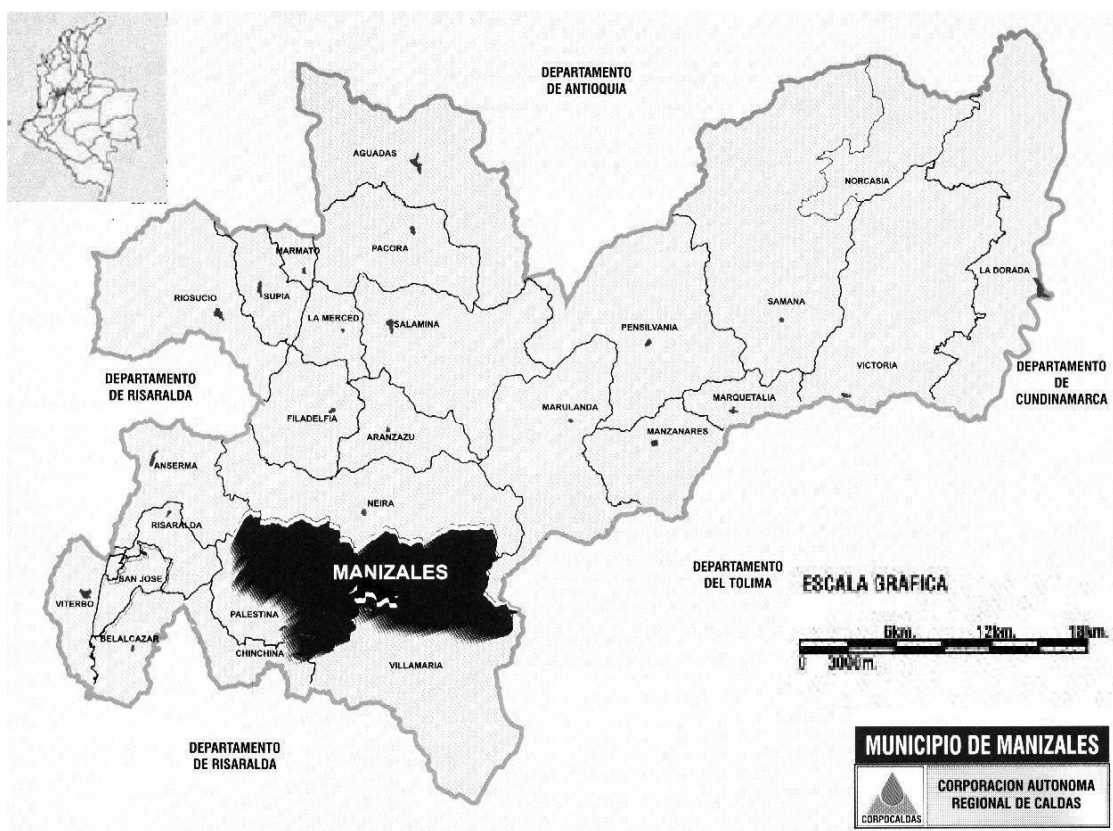


Fuente: <http://www.quindio.gov.co/municipios/divpoll.gif>

Figura 1: Mapa del departamento del Quindío, Colombia. En él se ubica el municipio de Filandia, donde se encuentra el Hospital Mental antes mencionado.

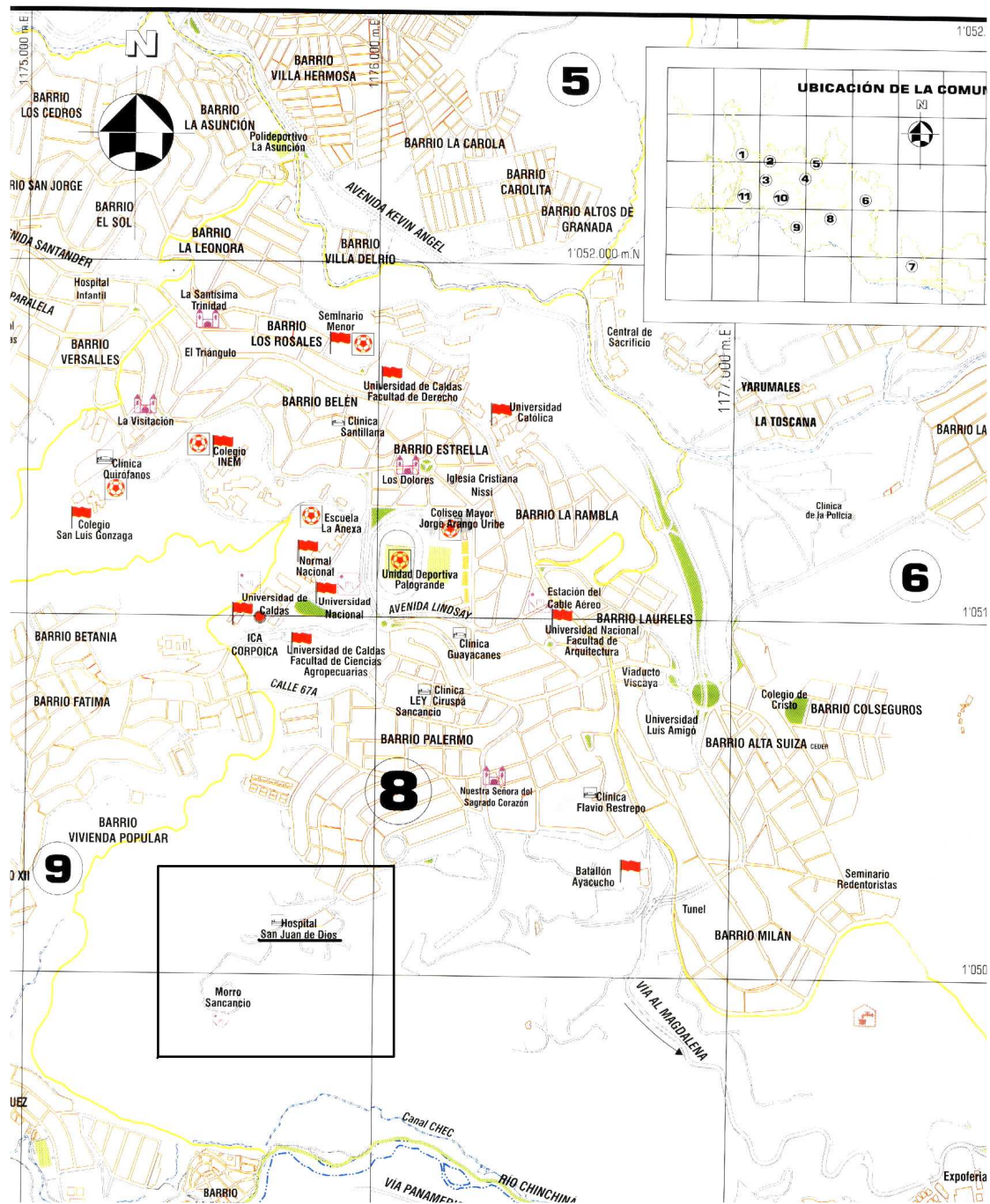


Fuente: Plan de ordenamiento territorial- Filandia 1999-2006, Alcaldía Municipal Filandia.
Figura 2: en el mapa podemos encontrar el casco urbano actual del municipio Filandia Quindío, en el recuadro negro tenemos la ubicación exacta del Hospital Mental de Filandia Quindío.



Fuente: Agenda para la gestión ambiental del Municipio de Manizales. 2002. Corpocaldas (Corporación Autónoma Regional de Caldas).

Figura 3: Mapa del departamento de Caldas, en el se puede encontrar su capital Manizales, ciudad donde se encuentra la Clínica San Juan de Dios. En la parte superior del mapa se encuentra el mapa de Colombia donde se señala la localización del departamento de Caldas.



Fuente: Agenda para la gestión ambiental del Municipio de Manizales. 2002. Corpocaldas (Corporación Autónoma Regional de Caldas).
Figura 4: Este mapa nos referencia la ubicación de la comuna ocho dentro del área urbana de Manizales, dentro de la misma se encuentra un recuadro negro, a su interior esta la Clínica San Juan de Dios de Manizales.

Manejos y usos del Hospital Mental de Filandia Quindío

Los manejos constituyen las concepciones de lo que debe ser la institución, del cómo debe operar la institución y sus partes, los usos se pueden definir como las direccionalidades como la utilización que desde sus concepciones da la institución; sin ser una regla constante para tal efecto. Manejo y uso nos proporcionan parámetros de análisis sobre las prácticas *de* y *en* dichos centros.

Empecemos por los usos y manejos del Hospital desde lo global, para después abordar sus partes. Primero el Hospital se concibe como una institución oficial que se encarga de recibir aquellas personas que sufren algún tipo de enfermedad mental, necesitando un tratamiento especializado que es llevado a cabo por un cuerpo médico que consta de psiquiatras, psicólogos, enfermeras(os), trabajadores sociales y expertos en las áreas de terapia ocupacional como son la confección, artes plásticas, carpintería entre otros.

En segundo lugar la institución también se concibe y se usa como un lugar donde se lleva a aquellas personas que han cometido un delito de carácter jurídico, previo juicio bajo sentencia de un juez del Estado Colombiano, éste ha decidido que el actuar del futuro recluso se debe a trastorno mental, por lo cual debe purgar la pena o cierta parte de la misma en tal institución, hasta un previo dictamen médico que verifique que el paciente se encuentra con sus facultades mentales para asumir su delito, claro está, dependiendo su salida de las ordenes judiciales. Al mismo tiempo, la institución trata a Fármacodependientes de la región del Quindío, para su rehabilitación. Podemos observar hasta el momento tres manejos y usos institucionales: se estabiliza y ofrece tratamiento a enfermos mentales denominados por ellos como orgánicos, Fármacodependientes, y reclusos con trastornos mentales judicializados. La visión Emic al respecto la podemos ver como sigue:

“Es una vaina arbitraria decir orgánicos o no, sabemos que el sustrato de la enfermedad mental es el cerebro alterado de tal manera que nosotros llamamos funcionales entre comillas o no orgánicos la esquizofrenia, los trastornos afectivos, pero en realidad, digamos, estas enfermedades tienen sustrato en el cerebro y llamamos orgánicos a los que tienen una causa bien identificada, como un paciente demente; o un retardo mental profundo; o un paciente con un trauma craneoencefálico con secuelas o un paciente con un síndrome convulsivo pues es evidente para todo mundo que hay un daño en su cerebro, igual existen los llamados funcionales, que si no se ve en la anatomía, aunque ya por pruebas o exámenes tipo resonancia es evidente los daños que hay, y solo así sería por pruebas funcionales de cerebro; o sea eso es una vaina arbitraria dentro esa División, lo que nosotros tratamos de evaluar, es individualizar cada paciente. No tenemos realmente muchos pacientes: el tope máximo de este Hospital son 60 pacientes en esta sede...”: **Entrevista Dr. José Fernando castrillon: trabajo de campo 2003**

Podemos adelantar que en esta institución hay ciertas contradicciones entre los manejos y los usos de la misma, confirmando así la transversalidad entre concepción y utilidad. Aparentemente si un recluso demuestra que ha superado su trastorno mental, o que se encuentra en capacidad de vivir en el exterior de la institución, éste debe salir para darle paso a otra persona enferma. El uso se contrapone puesto que en muchos casos, hay reclusos que no demuestran una enfermedad mental o que ya están *rehabilitados* o *sanados* como lo son los imputables, lo cual convierte al sanatorio en cárcel, sin ser el manejo que le corresponde. Otro caso verificable son los ancianos o personas que llevan muchos años en la institución, estos se mantienen allí con consentimiento de administradores y cuerpo medico, así los reclusos no presenten trastornos mentales.

El hospital se divide en partes a su interior que servirán como base demostrativa de las inferencias del trabajo. Así tenemos los patios, Habitaciones y algunos espacios destinados a terapia ocupacional como la Huerta, talleres y Lavandería.

Partes	Usos	Manejos institucionales
Cancha de Fútbol	Jugar	Terapia con base al juego
Cancha de básquet	Fumar	Controlar los cigarrillos
Patio central	Múltiples: tratamiento grupal, entrega de medicamentos, comidas, ocio, entre otros.	Múltiples manejos que se acogen a los usos, entre ellos terapias grupales basadas en juegos.
Habitación	Sitio de descanso y sueño	Sitio de descanso y sueño.
Lavandería	El recluso lava su propia ropa	Terapia ocupacional, observación del comportamiento con base a su responsabilidad. Y premio por buen comportamientos.
Casilleros	Guardar sus cosas	Premio por el buen comportamiento y por sus avances en la terapia.
Huerta	Cultivo de la tierra	(Espacio que se encuentra afuera de la institución) Terapia ocupacional, observación con base a su comportamiento grupal y de trabajo.
Talleres	Diferentes usos de acuerdo a las prácticas a realizar	Terapia ocupacional, observación especializada para evaluar comportamientos y procesos de aprendizaje.

Cuadro N° 1: usos y manejos del Hospital: muestra los usos y manejos de las diferentes partes de la institución desde una visión institucional.

Fuente: Leonardo Valencia, trabajo de campo 2003.

Con lo anterior hacemos cierta introducción a los usos y manejos de los espacios dentro y fuera del Hospital, aclarando que no hemos tomado en cuenta, hasta ahora, concepciones y aplicaciones no institucionalizadas dentro del hospital, que podrían ser las que tienen algunos trabajadores, cuerpo medico y reclusos.

Como hemos visto anteriormente hay contradicciones entre los usos y los manejos institucionales desde la perspectiva de la concepción que se tiene en general del hospital, ya avistamos que para estar en la institución no necesariamente se tiene que manifestar un trastorno mental, habiendo predisposiciones de un carácter jurídico (como en el caso de los imputables), y ético (dejar sin techo a los ancianos) que hacen que los usos de la institución puedan ser variados así se contrapongan a su concepción medica especializada. Por lo cual, aparecen dentro de la institución manejos y usos de los espacios que provienen de los sujetos actuantes intervinientes en la vivencialidad espacial y cotidiana de la misma, que no hacen referencia directamente a manejos institucionales y que es importante vislumbrar desde ahora a modo de introducción de las representaciones que se crearan dentro del mismo hospital. Aclaremos que las concepciones y usos desde los reclusos pueden estar en contraposición directa con lo institucional al contrario de la mayoría de manejos y aplicaciones de los operarios institucionales, como lo son trabajadores de oficios varios, cuerpo medico y administrativos, los cuales siempre trataran de estar acorde con los manejos institucionales.

Partes	Usos y manejos desde los reclusos.	Usos y manejos desde trabajadores o cuerpo medico.
Cancha de Fútbol	Manejar su propio grupo de personas y marcar una parte como suya, donde otros no pueden jugar.	Vigilar y hacer que otros jueguen, así no quieran los grupos de reclusos que manejan este espacio.
Cancha de básquet	Entrar así no se tengan cigarrillos para pedirles a otros. Compartir <i>amistad</i> o <i>cofradía</i> con amigos a la hora de la fumada. Quitarle los cigarrillos a otros.	Evitar que otros reclusos quiten cigarrillos a otros, y que los que no tienen entren a al espacio
Huerta	Estar afuera del hospital	Evitar que algún recluso se fugue del hospital
Casilleros	Guardar cosas de otros, y prohibidas por la institución	Evitar que se guarden cosas prohibidas por la institución (cigarrillos), o cosas de otros.

Cuadro 2: otros usos y manejos: dados tanto por los trabajadores, cuerpo medico y reclusos.
Fuente: Leonardo Valencia trabajo de campo 2003.

Cabe aclarar que en ciertos momentos y circunstancias el uso y la concepción del espacio puede cambiar como cuando se hacen fiestas, o los días de visita. A partir de lo anterior entramos a verificar las concepciones de otro tipo de sujetos que pueden dinamizar ciertas partes de la institución como lo son los dolientes, aquellos familiares y amigos de ciertos reclusos que los visitan. Ellos los días domingos, dinamizan el patio general convirtiéndolo en el patio de las visitas, el manejo y el uso del mismo es destinado desde la institución para una relación más familiar.

Manejos y usos de la Clínica San Juan de Dios de Manizales

La Clínica San Juan de Dios de Manizales es de carácter privado y se ciñe al manejo que le da la orden religiosa San Juan, ellos por su carácter acogen a enfermos mentales de bajos recursos, pero el manejo se contrapone con su carácter privado que dicta que muchos deben pagar para así sostener la institución, por lo cual encontramos diferentes tipos de reclusos, clasificación que surge de la capacidad sus ingresos económicos. El manejo que la institución ofrece es dar tratamiento a todos aquellos enfermos mentales de la región. Sus usos y manejos son variados al interior, sugeridos desde pabellones o áreas especializadas en cierto grupo de pacientes diferenciados por sexo, edad y enfermedad mental como en el caso de:

Aquí vemos otras contradicciones en el uso y manejo de la institución como en el caso de Geronto al incluir algunos reclusos que ya no necesitan tratamiento mental pero que por ciertas circunstancias ajenas al manejo de la institución están allí, como lo es el abandono por parte de sus familias. Lo mismo podríamos decir de algunos casos en el Pabellón Juanito, que al mismo tiempo se le llama Hogar Juanito por los operarios institucionales, allí algunos niños o adolescentes tienen que posar a otros pabellones después de cumplir su mayoría de edad, ya que el I.C.B.F. no les a podido conseguir otro lugar de vivienda, y no tiene otro sitio especializado para recibirlos.

Áreas de la Clínica	Usos	Manejos
Cuidados Intensivos	Área obligatoria de paso para el ingreso de cualquier paciente. Estabilización y tratamientos de enfermos graves, con medicamentos y observación constante en cuartos individuales.	Área de entrada y de estabilización de cualquier paciente para pasarlo a otra área. También sirve para estabilizar a pacientes que entran en crisis dentro de la institución.
Geronto	Tratamiento (diferentes actividades grupales e individuales para el mejoramiento del paciente) y observación del paciente. Hospedaje para reclusos que llevan mucho tiempo en la institución y que no tienen a donde ir (ancianato).	Área para que residan pacientes mayores de edad que presentan trastornos mentales.
Juanito	Tratamiento (diferentes actividades grupales e individuales para el mejoramiento del paciente), Observación de menores de edad. Área que se convierte en espacio fijo de residencia de algunos niños que no tienen dependencia en el exterior o que no pueden estar en el.	Área para el tratamiento y observación de menores de edad. La estadía del menor depende del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar)
Pensiones	Tratamiento (diferentes actividades grupales e individuales para el mejoramiento del paciente) y observación médica. Hospedaje.	Área para hospedar pacientes pensionados o con seguridad social prepagada a empresas prestadoras del servicio de salud (E.P.S). Sirve para el tratamiento y observación del paciente.

Cuadro N° 3: usos y manejo de la Clínica: muestra algunas diferentes áreas de la Clínica y los uso y manejos al interior.

Fuente: Leonardo Valencia, trabajo de campo 2003.

Como proyectamos anteriormente con el hospital, algunas partes de la institución también tienen usos y manejos diferentes a las concepciones institucionales a partir de lo que piensan los reclusos, los trabajadores tratan de ajustarse a la concepción institucional aunque a veces demuestran otros puntos de vista:

Partes	Usos y concepciones desde los reclusos	Usos y concepciones desde los operarios
Cuidados Intensivos	Además de las concepciones y usos institucionales comentados anteriormente. Los pacientes tienen la concepción de que éste es un Sitio de Castigo donde los llevarán si cometen alguna infracción grave.	Además de las concepciones y usos institucionales comentados anteriormente. Los trabajadores nombran Cuidados Intensivos para amenazar a los reclusos para que estos no cometan infracciones graves.
Pensiones	Los consideran como sitios de lujo dentro de la institución, porque tienen las mejores instalaciones, servicios y cuidados.	Los consideran como sitios de lujo equivalentes aun buen <i>hotel</i> para pasar vacaciones y/o descansar.
Geronto	Sitio donde viven por periodos largos de tiempo, considerando muchos que la institución es su casa.	Lo consideran un sitio donde se pasan demasiadas necesidades ya que no tiene los implementos necesarios para darles un <i>buen Vivir</i> a los ancianos.
Juanito	Parte donde se juega todo el día.	Sitio donde se juega todo el día.

Cuadro 4: otros usos y manejos de la Clínica: dados tanto por los trabajadores, cuerpo medico y reclusos

Fuente: Leonardo Valencia, trabajo de campo 2003

Partiendo del anterior esbozo de manejos y usos institucionales y de los sujetos actuantes que dinamizan la institución y sus partes, nos preparamos para adentrarnos en los mismos, y otros sentidos espaciales, que nos ofrecerán los representantes institucionales y los mismos reclusos, lo cual, al mismo tiempo, nos servirá para explicar el proceso de configuración territorial, por lo cual se considera que este trabajo

es importante no solo desde una visión antropológica, sino también desde diferentes ciencias o disciplinas como la psiquiatría, la psicología, la geografía humana, la arquitectura, entre otras, a quienes les interesa saber sobre los sujetos actuantes que recorren, transitan, marcan, representan, metaforizan... *su* espacio, entablando relaciones con los *otros*, erigiendo y recreando un proceso territorial particular. Para así prever una planeación adecuada (sin ser estática o acabada) al momento de edificar centros para no convertirlos en espacios donde se deposita una cosa, sino en lugares que recibirán un ser dispuesto y predispuesto a relacionarse con los *otros*, aclarando que cuando hablamos de seres o de espacios lo hacemos desde el cambio y las dinámicas sociales que los afectan y los relacionan.

INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN

¿Cómo se configuran las relaciones socio-espaciales en los centros de reclusión, psiquiátricos? Y ¿cómo se define y establece la pluralidad de usos y manejos de estos contextos? Estas dos preguntas son el marco transversal del cual se desarrolla este trabajo. En esta resolución encontraremos varias nociones teóricas (espacio, territorio, territorialidad, representación, codificación, entre otros), el trabajo de campo *in situ* y *ex situ* constituirá la base explicativa.

Las dinámicas sociales nos permiten confrontar ciertos aspectos significantes del espacio, en los cuales los significados emanan de los sujetos o grupos que viven el espacio que *pisan*. A través del seguimiento etnográfico de las *pisadas* podemos percatarnos que existen fuerzas que reflejan la interacción de los integrantes de un grupo determinado que en este caso son los reclusos en instituciones mentales. Estas fuerzas que se dan sobre los espacios, los marcan, los convierten en territorios susceptibles de ser leídos por el observador y de ser semantizados por quien los vive. Pero ¿cómo observar las fuerzas que los sujetos y grupos realizan en un espacio que aparece como general para transformarlo en el *suyo*?

Debemos comprender que el espacio es analizable desde una concepción material que es el punto de partida del observador etnográfico, pero también es significativo por alguien que lo marca, lo vuelve *suyo* o de otro, tanto desde lo funcional como desde lo existencial. Es decir, desde lo que se ve en las acciones y las prácticas más lo que ellas producen en los sujetos actuantes como configuraciones mentales llámense estas

representaciones, significados, metáforas, fronteras, entre otras. Allí, en ese espacio marcado se dan múltiples posiciones de uso e interiorización que muestran las respectivas vivencias, que pueden ser observadas desde otros: en el caso de las instituciones mentales, los trabajadores tienen mucho que decir sobre los reclusos, ellos portan una parte de la historia privada de tales sujetos, y aportan a la etnografía bases comportamentales de los reclusos y porque no, de ellos mismos. También hay que observar el transitar de los reclusos con las relaciones sociales que surgen entre ellos, lo que nos podrá dar, la configuración del espacio, la significación que un sujeto determinado puede sustentar bajo un proceso de configuración del territorio. Aunque el espacio es constitutivo del territorio por ser una categoría que lo posibilita, comenzamos por éste para hacer una introducción que enfatice las relaciones simbólicas instituidas.

En el capítulo *Los laberintos desde afuera y adentro*, observaremos cómo desde fuera se han significado los centros de reclusión como espacios del miedo, veremos que a partir del recuerdo de los trabajadores, éstos se constituyeron en *espacios depósitos*. También analizaremos *el Entrar*; y veremos cómo el investigador empieza a dar forma al espacio abordado, tratando de transitarlo, y al mismo tiempo, haciendo apreciaciones del mismo. Cuando éste se da cuenta de que cada espacio está predispuesto para cierto número de individuos con ciertas características en común, empieza a marcar un espacio concebido desde los reclusos y/o por los trabajadores, el investigador comienza a hacerse preguntas del cómo un recluso apropia esos espacios de reclusión para representárselos. Las representaciones son un subcapítulo importante dentro de este capítulo, desde allí podremos significar las partes de la institución, los trabajadores, el investigador, y a partir de los mismos reclusos: Cuidados Intensivos (el Sitio del Castigo), Pensiones (el Sitio del Bienestar), Geronto (el Sitio de la Penuria y/o el Lugar de la Vejez), y otras representaciones que nos llevarán al posicionamiento de los conceptos de sitio (referencia) y lugar (apropiación) dentro de la institución mental.

El capítulo, *Horarios y espacios desde el transitar como fuentes de la vida cotidiana* nos hará entender cómo el recluso a partir de la repetición de las prácticas y

de los transitaros en los mismos, en horarios específicos, acelera la configuración del territorio para marcarlo y vivirlo; del cómo esto se plantea desde la norma implantada en la vida cotidiana que configura el espacio bajo una propuesta institucional, manejándolos.

El capítulo, *Hacia la configuración territorial del laberinto*, se centra en la perspectiva del poder. Cómo la norma genera poder, y como el aprendizaje de la misma genera apropiaciones aleatorias de éste, tal como lo manifiestan los reclusos, dándosele forma a estrategias graduales e individuales de un bando y otro. Para así, observar que la configuración territorial mostrada en los centros de reclusión va mas allá de una perspectiva territorial y se inscribe en un proceso de codificación del recluso para un *deber-ser*.

1.2. REFERENTES CONCEPTUALES

1.2.1. Espacio, territorio y territorialidad

Tomemos metodológicamente el espacio en posición anterior al territorio (asiento del territorio), digamos que la mayoría de relaciones que se producen entre un grupo necesitan una base espacial, ésta se convierte en una categoría que posibilita las relaciones simbólicas, cuando esas relaciones producen una significación espacial tanto funcional como existencial hablamos de territorio, “El territorio es el sustrato espacial necesario donde transcurre toda relación humana” (García, 1976), dotado de significados solo comprensibles desde códigos culturales, por lo cual tiene unas características determinadas, “El territorio es un espacio socializado y culturizado” (García, 1976), (Figura 5), es decir, el territorio nos ofrece el encuentro con los otros que lo habitan para volverlo particular y significativo para todo el grupo que lo sustenta, poniéndose en escena manifestaciones sociales específicas en el espacio.

La territorialidad por lo tanto connota realidades espaciales particulares, que nos permiten hablar de varias concepciones territoriales de un mismo espacio: tal como lo expresa Claude Raffestin (1974), citado por Nates (2001), la territorialidad refleja la multidimensionalidad del territorio vivido por los miembros de una colectividad, por las sociedades en general. Aquí podemos argumentar que la territorialidad sería la suma de relaciones sostenidas por un sujeto con su medio; pero no suma en sentido matemático, sino de una totalidad de relaciones biosociales en interacción, la territorialidad se inscribe en el cuadro de la producción, del cambio y del consumo de cosas. Pero, además, es muy certero el señalar que cada sistema territorial segrega su propia territorialidad, la cual viven los individuos y las sociedades. La territorialidad se hace palpable a todas las escalas espaciales y sociales, esta es consustancial de todas las relaciones, es la *fase vivida* de la fase significada que es el territorio.

Sí el territorio es el sustento significativo del espacio de un grupo o comunidad, la territorialidad es la especificidad comportamental puesta en escena por los grupos, que tienen y yuxtaponen diferentes significados en un mismo territorio.

Para comprender mejor cómo se producen las concepciones territoriales particulares, las cuales denominamos Territorialidades, tomemos dos grandes grupos de personas de los hospitales psiquiátricos: el primero, trabajadores, cuerpo médico y administrativos; el segundo los pacientes; los dos tienen formas de vivir los espacios, puesto que tienen prácticas, producciones, coexistencias, bajo unos reglamentos distintos, lo que hace que el sentido sea diferente. Pero allí surge una pregunta: ¿cuál es el punto de encuentro entre esas territorialidades? La respuesta está en el acortamiento de las distancias espaciales, a partir del manejo de lo social con nociones de sitio (referencia) y de lugar (apropiación), de manejo (concepción) y uso (aplicación), verificando que grupos o individuos sustenten los diferentes significados espaciales, teniendo en cuenta para qué se hizo el espacio, cómo se vive, cómo se marca..., Veamos entonces a continuación dichas nociones y su manejo.

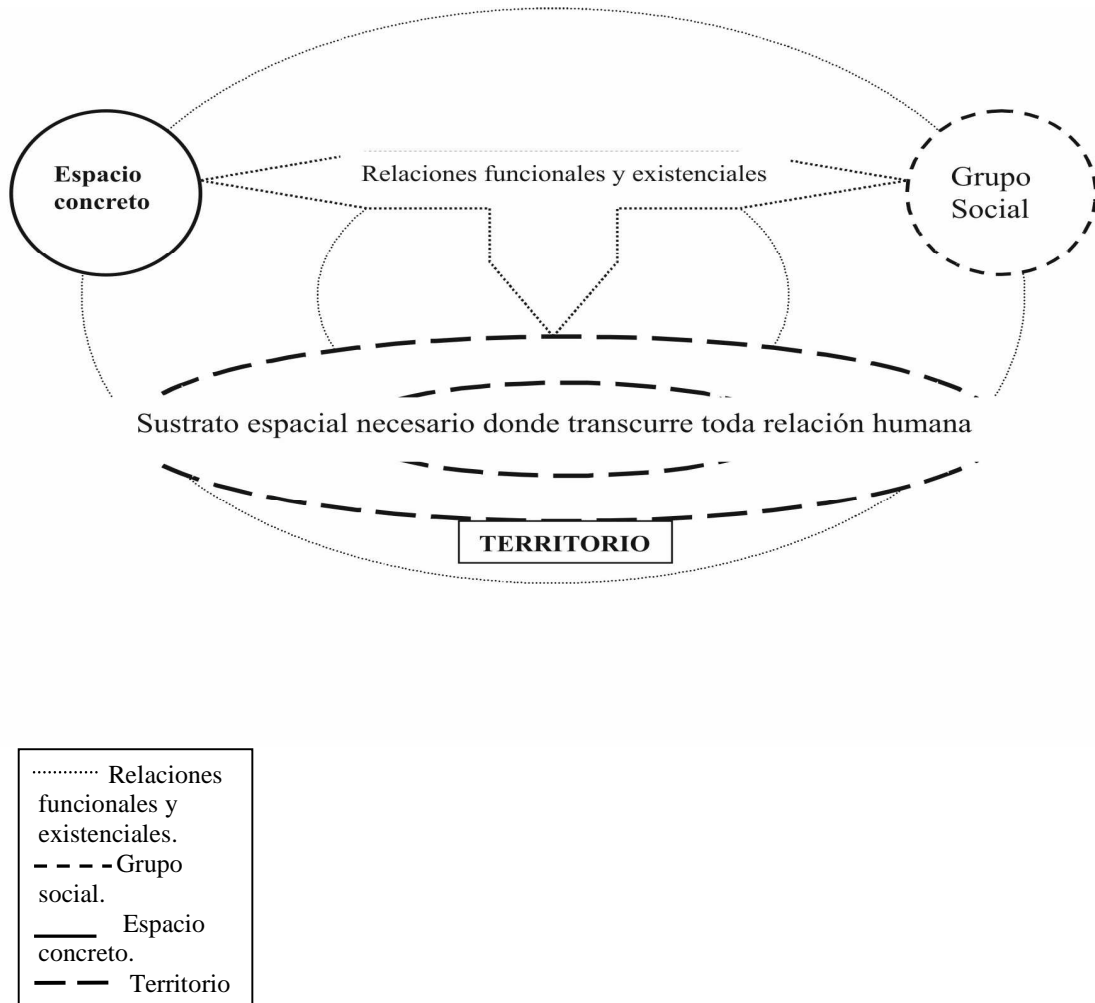


Figura 5. Territorio. La siguiente figura nos da la posibilidad de observar las relaciones existenciales (significación y sentido de un espacio que atribuye un sujeto o grupo) y las relaciones funcionales (como se desenvuelve un sujeto o grupo en acciones y prácticas en el espacio), y cómo éstas permean todo el espacio concreto (realidad material), creando una base organizativa y significativa del mismo espacio y del mismo grupo. Esa base la denominamos Territorio.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

1.2.2. Lugar y sitio

Los lugares son una *constante* que se dinamiza a través de su continuo frecuentar, por esta razón los espacios se convierten en lugares como apropiación

significativa de los sujetos que los frecuentan, ellos acuñan varias territorialidades superpuestas que organizando el espacio vivido, dándole una identidad¹.

En esta medida, el tipo de lugares que consideramos más pertinentes para nuestro análisis temático y teórico son los *lugares emergentes*, aquellos que caracterizaremos por ser significados en una corta temporalidad dentro de una perspectiva grupal que se manifiesta por las prácticas compartidas con nuestros inmediatos (Visto esto desde el que vive el lugar). Podríamos distinguirlos como espacios donde existe un sujeto o varios sujetos que los han referenciado desde un significado particular (para el que los transita, o los ha transitado, de una manera continua) Si aceptamos esta propuesta de *lugares emergentes* podemos hablar de una configuración territorial a través de un proceso relacional existencial y funcional, que se da entre los individuos y/o grupos en y con el espacio *pisado*. Aquí podemos retomar a José Luis García (1976) en el sentido de que el territorio es la construcción del espacio geográfico y significativo que se da por la interacción de varios individuos que establecen relaciones con delimitaciones espaciales.

Sustentaremos que los centros de reclusión están llenos de lugares que tienen un poder individual, pero interconectado en una lógica general, donde hay sitios referenciales por *otros*. Los sitios son referencias de lugares y territorios que significan desde el exterior, a partir del que los ve. El sitio tiene significado sustancial como reseña de una superficie o trozo geográfico, que nos ubica dentro de una extensión particular.

1.2.3. Reclusorios

Las referencias institucionales habladas en el prefacio son la fuente de este análisis, éstas deben ser entendidas como instituciones totales en el sentido que Erving Goffman (1970) da a esta definición a través de su libro *Internados*, nos dice, las

¹ “ La identidad de un lugar o territorio es el resultado de un proceso continuo, el resultado de acciones y representaciones de individuos solos o en colectivo, resultado que compromete la identidad de estos últimos (...) Podemos hablar de identificación de manera muy breve, puesto que el termino indica la

instituciones totales (reclusorios) se caracterizan como un lugar de residencia, donde un gran número de individuos son aislados de la sociedad, viviendo en estos sitios por un periodo apreciable de tiempo, compartiendo un encierro, una rutina diaria. Estas instituciones existen para personas que son una amenaza para la sociedad o para ellos mismos. El autor citado anteriormente clasifica éstas en cinco grupos:

En primer termino hay instituciones erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes. En un segundo grupo están las erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidar por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad; son los hospitales de enfermos infecciosos, los hospitales psiquiátricos y los leprosarios. Un tercer tipo de institución total, organizado para proteger la comunidad contra quienes constituyen intencionalmente un peligro para ella (...) las cárceles, los presidios, los campos de trabajo y de concentración. Corresponden al cuarto grupo (...) los cuarteles, los barcos, las escuelas de internos, los campos de trabajos y otros que cumplen con una función laboral (...) finalmente, hay establecimientos corregidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: entre ellos las abadías, monasterios, conventos y otros claustros. Esta clasificación de las instituciones totales no es precisa, exhaustiva, ni tampoco para su inmediata aplicación analítica; aporta, no obstante, una definición puramente denotativa de la categoría como punto de partida concreto. (Goffman, 1970, 18-19)

acción de identificar la obra entre lo humano y su medio en las dos direcciones: cuando el ser humano identifica un espacio, él se identifica así mismo de una determinada forma” (Monnet, 2002, 7)

Diríamos que la división de instituciones totales por grupos, nos sirve de referente clasificatorio de las instituciones que abordamos, yuxtaponiendo varias características² de algunos de los grupos antes mencionados. Estas instituciones se tomaron como reclusorios, que representan la reclusión institucional. Parafraseando a Foucault (2001) diremos que la reclusión es una forma particular de exclusión donde se separa al hombre de la sociedad provocando condiciones específicas de un ámbito, referente a otro, de un estar afuera hacia un estar adentro de una institución total. Se separa al sujeto de un espacio supuestamente construido y representado³, para ir a un espacio *cerrado* fuera de la vista de la sociedad, pero en instituciones creadas para tal fin. Donde el sujeto tendrá la posibilidad de volver a configurar un espacio nuevo para representarlo.

1.3. ANTECEDENTES ESPACIALES Y GENERALES: HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA QUINDÍO

El Hospital mental se encuentra ubicado en el casco urbano del municipio de Filandia, Quindío. Antes la estructura arquitectónica pertenecía a una escuela, pero este edificio fue donado al Hospital Departamental del Quindío, con sede en Armenia⁴.

² Como veremos mas adelante, al interior de los reclusorios, hay espacios que funcionaran como ancianatos o cárceles.

³ “Las modalidades del conocimiento o de la cognición para el caso del espacio percibido y representado. Percibir es una actividad sensorial que no deja mas que un lugar negado a lo imaginario y a la Conceptualización. El espacio representado no refleja las solas características mentales de las lógicas de los individuos. Éste, el espacio percibido y representado, se encarga de valores. El porta la imprenta de códigos culturales, de las ideologías propias de los grupos sociales a los cuales pertenecen los sujetos de cuya conciencia él surge. Tengamos en cuenta que todo pensamiento emana de dos sistemas cognitivos de interacción. El uno procede de las asociaciones, inclusiones, discriminaciones, deducciones, es el sistema operativo del pensamiento. El otro, es aquel de la representación propiamente dicha, se encarga de controlar, verificar, seleccionar con la ayuda o no de reglas lógicas, las pertenencias sociales. En consecuencia el proceso de producción del pensamiento termina siempre por liberar representaciones sociales.” (Nates, 2001, 35)

⁴ No se han encontrado datos de la historia institucional del Hospital Mental de Filandia Quindío, y el acceso a entrevistas que pudieran aclarar la misma, ha sido casi nula, por lo cual solo citaremos la historia institucional de la Clínica San Juan de Dios de Manizales.

El Hospital cuenta con una población aproximada⁵ de 140 personas entre hombres y Mujeres, divididos en 80 trabajadores y especialistas y 60 pacientes.

Durante el periodo que fue realizada la etnografía, encontramos que de los 60 pacientes cuatro llevaban trece años en la institución. Otros pacientes que pasan grandes periodos en la institución son los del INPEC, los años dependen de las penas impuestas por los jueces.

Había otra categoría de pacientes⁶, que han denominado *pasajeros*, son aquellos que duran un promedio de 29 días en la institución, siendo remitidos por el Hospital Central de Armenia o llevados por la familia o entidades del Estado como bomberos o policía.

Dentro del Hospital hay otra subdivisión *práctica* (dada por los trabajadores de la institución): los que necesitan asistencia permanente; esto es, aquellos que no se pueden valerse por si mismos, por ejemplo, en las comidas tienen que ser *asistidos* por parte de los trabajadores. La segunda subdivisión de pacientes es la de *autosuficientes*, ellos no necesitan asistencia constante.

1.4. CASO ESPECÍFICO CLÍNICA PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS INSTITUCIONALES⁷

La Clínica San Juan de Dios de Manizales trabaja bajo la labor hospitalaria de los religiosos adscritos a la Orden San Juan de Dios, encargándose de mejorar y tratar enfermos mentales de la región. La orden hospitalaria tiene una historia de más de cuatro siglos en todo el mundo. El rey Felipe II concedió y expidió una cedula fechada en Madrid el 12 de diciembre de 1655, ordenando el traslado del hermano Francisco

⁵ La población que aquí se enumera esta determinada por el tiempo de la etnográfica (principios del 2003).

⁶ En el prefacio ya habíamos hecho precisión de tres categorías de pacientes en el Hospital, los orgánicos, Fármacodependientes y los imputables o del INPEC

⁷ Estos antecedentes están basados en López Clément (1997), y Rosselli (1968)

Hernández y cinco compañeros a América. La primera comunidad de la orden San Juan de Dios que se estableció en Colombia llega a Cartagena en 1596.

Hasta 1953 Manizales carecía de una institución que pudiera prestar atención integral a los enfermos mentales del Viejo Caldas que deambulaban por los caminos de la región. Los primeros pasos para conformar la institución vienen desde 1934, cuando se firmó un contrato entre la orden hospitalaria y la gobernación de Caldas durante dos años. Pero la Orden decidió retirarse de escena en 1934, por problemas administrativos que se dan por el incumplimiento del contrato por parte de la gobernación y otros por parte del cuerpo médico.

Hacia 1934 el departamento de Caldas compra un lote en Villamaría para la construcción del Hospital mental (...) los planos fueron archivados quince años. Los pacientes del departamento eran conducidos a Bogotá, en condiciones infrahumanas, y hospitalizados en asilos de Bogotá y Sibaté (...) se puede afirmar – señala el doctor Alfonso Giraldo Rivera – que hasta el año 1953 no se prestaba en el departamento de Caldas, asistencia psiquiátrica organizada, y que los enfermos atendidos por especialistas eran apenas un porcentaje insignificante de la población afectada por esta clase de dolencias. La carencia absoluta de establecimientos adecuados no permitía la asistencia que se deseaba (...) (Rosselli, 1968: 569-572)

El 17 de diciembre de 1949 el hermano Isaac, superior provincial de la Orden Hospitalaria, compró una finca en el barrio Palermo de Manizales al pie del “Morro Sancancio”; para edificar un establecimiento para tratar enfermos mentales.

La primera piedra se coloca el 10 de noviembre de 1951 por Monseñor Luis Concha. La Clínica se construyó después de dos años, por la firma constructora “Cuellar Serrano Gómez”, que entregó la obra terminada en sus dos terceras partes, su

inauguración se realizó el 21 de noviembre de 1953, con 300 camas disponibles, distribuidas en Enfermería General, Pabellón de Ingresos y Sala de Cuidados Intensivos. Además se construyeron Habitaciones, amplios comedores, sala múltiple, farmacia y un oratorio semipúblico, así como servicios de Lavandería, cocina, terapia ocupacional, almacenes y talleres. También se estableció un consultorio de psicología, otros de medicina general y otros de odontología.

La nueva institución fue puesta de inmediato al servicio de los enfermos mentales⁸ y el gobierno departamental procedió sin demora a trasladar los enfermos mentales que tenían hospitalizados en el sanatorio de Sibaté. El director de la nueva institución fue el doctor Alfonso Giraldo Rivera.

Durante la administración del hermano Benito Cárdenas, se construyó un pequeño edificio donde se reinstalaron talleres de terapia ocupacional, talleres de diseño, carpintería, colchonería, gimnasio, sala múltiple y una cafetería. Además se construyeron dos parques recreacionales y se instaló una planta eléctrica.

El 14 de octubre de 1975 se inaugura un pabellón con 30 camas exclusivamente para damas afectadas por enfermedades nerviosas. Al mismo tiempo, se empezaron a capacitar enfermeras y médicos especialistas.

Así mismo, el 25 de noviembre de 1989 se inauguró un pabellón destinado a los ancianos de ambos sexos ofreciéndoles servicio médico y reposo. Dicha sección de geriatría tenía 17 Habitaciones individuales y algunas múltiples.

El 11 de diciembre de 1991, se crea con el nombre de Pabellón Juanito, un nuevo servicio con instalaciones para niños de 5 a 18 años, el cual constaba de 24 camas (López, 1997).

⁸ En estos momentos las instalaciones son compartidas por otra clase de pacientes a los que también se les considera enfermos, en este sentido, como los fármacodependientes.

Hemos visto hasta ahora un breve resumen histórico de la Clínica San Juan de Dios de Manizales, al mismo tiempo, hablamos de algunas características generales del Hospital de Finlandia Quindío. Veamos a continuación cómo la metodología empleada en este trabajo da contexto a las ideas y conceptos, que posteriormente plantearemos.

1.5. METODOLOGÍA

La “*Semantización Territorial*” es una propuesta metodológica del antropólogo José Luis García (1976). El autor nos dice, que desde la antropología, a través del método etnográfico, es posible leer el espacio, para poder hacer consideraciones territoriales, comenzando con la observación de los sujetos en el espacio, que en éste caso son reclusos.

Asumiendo al reclusorio como espacio y al recluso como el sujeto que semantiza el territorio a través de su apropiación, debemos comprender la posibilidad de que el investigador *lea* el espacio del recluso de la siguiente forma; se debe advertir que existen dos formas de ver el territorio, la territorialidad metafórica (significados existenciales que organizan el territorio, normatizándolo para ser recorrido y vivido), y la territorialidad metonímica (significados funcionales del territorio que se encuentra en presencia de los sujetos actuantes; donde se puede, en momentos determinados, proponer nuevos significados del espacio, yuxtaponiéndolos a los anteriores, dinamizando o generando nuevos significados metafóricos) que se entrelazan en una puesta en escena por los sujetos y grupos sociales.

Para leer el territorio, se debe empezar por analizar las preconiones que llevamos al trabajo de campo, que en principio nos promueven ciertos *sentires*. La territorialidad metafórica, en este sentido, empieza a fundamentarse, por lo que se *crea que es*, contraponiéndose a lo que *en verdad es*. Ella se basa en las experiencias territoriales, en

un cúmulo de conocimientos que los sujetos tienen del espacio, donde las prácticas se salen de su fundamento funcional, yendo a parar en un marcaje, en determinar el espacio como aquel donde se dio o se da esa práctica. Gracias a esta posibilidad primera de acercarse al espacio con un nombre ya dado, conseguimos aproximarnos a éste y posiblemente encontrar otros significados.

García (1976) a través del ejemplo de la casa⁹ nos muestra cómo funciona la territorialidad metafórica. Pongámonos como visitantes de la casa, *homologando* la casa a un centro de reclusión; pedimos permiso para entrar, se nos invita, nos disponemos a seguir por donde nos llevan quienes la manejan, nos movemos según las indicaciones, respetamos los espacios que se nos asignan, para recorrer, para estar. Percibimos cierta **normatividad** en el ambiente, la cual debe ser respetada, para no correr el riesgo de ser expulsados. Allí se empiezan a reproducir aspectos de convivencia en el *lugar de los otros*. Se reproducen relaciones gracias a que el visitante posee el código de interpretación de normas culturales básicas a seguir. A medida que el visitante está en ese medio por un período apreciable de tiempo, éste alcanza a jugar con la normatividad impuesta por el grupo residente.

Se nos presenta el primer problema antropológico, el demarcar campos semánticos, definir la organización de las relaciones que se ponen en el espacio para delimitar, tratar de conocer las significaciones existenciales que éste ofrece para saber la demarcación precisa entre sala, comedor, alcoba, patio, conociendo las interconexiones entre éstos sitios, en un todo espacial, y la trascendencia de ese espacio en la vida de los habitantes de la casa.

Pasemos al reclusorio: los reclusos pueden concretizar significaciones metafóricas con dos mecanismos de posicionamiento de la misma territorialidad

⁹ El ejemplo de la casa nos es útil sólo como ejercicio teórico, puesto que dicha territorialidad metafórica para el caso de los reclusorios está demarcada definida y manejada en forma total, así el reclusorio y la casa sólo son válidos como ejemplos correlacionales, si entendemos que son usados como categorías espaciales.

metafórica, con los cuales se constituye: un mecanismo denotativo, el cual tiene una funcionalidad inmediata, conciente, donde una casa puede denotar refugio, intimidad; un reclusorio mental puede denotar sitio de la locura, tratamiento, encierro. Segundo, un mecanismo connotativo que sirve para la asociación, promoviendo la circulación de los significados; si cada sitio dentro de un área grande tiene un significado, estos significados se entrelazan proponiendo una significación más general. El significado de la sala, el significado de la alcoba se connotan para darle un carácter a la casa dentro de un todo integrante. En los reclusorios las áreas y sus partes se significan por un carácter normativo, que propone manejos con usos de los mismos, éstos pueden ser significantes y marcados por los mismos reclusos. Con el juego propuesto por la institución, de significados institucionales y significados de los reclusos de su yuxtaposición se marcan los espacios; proporcionando un significado, desde dentro (lugar) y desde fuera (sitio), por lo cual, la territorialidad metafórica nos lleva a significados que están más allá de la inmediatez del espacio.

Por el contrario, la territorialidad metonímica propone una ubicación diferente del visitante y el habitante, no es una relación espacio dominado–dominador, como sucede en la territorialidad metafórica. Esta no depende del paradigma, sino del contexto. Ahí no se consideran las relaciones entre territorio y código social, ya que se basan en la función hombre–espacio. Se recombina los términos, a través de significados metonímicos, para ver si los significados metafóricos en verdad tienen una prelación temporal en el grupo que los propone, si están siendo olvidados o dinamizados. Proponiendo las transformaciones de los valores territoriales, elaborando los significados conocidos por medio de la presencia.

El significado se encuentra en las mentalidades de quienes viven el espacio, para añorarlo o rechazarlo, al mismo tiempo es prático, puesto que es eficaz para la vida social de un grupo porque en el espacio se dan las prácticas y se reproducen las relaciones sociales de aquel. Esto nos dice que las dos territorialidades se entrelazan; por

lo cual, hay que ubicarlas de mejor forma desde una perspectiva funcional etnográfica, tomando características de una para poder acceder a la otra.

El etnógrafo trabaja en presencia con el espacio, con la observación de los movimientos en el mismo, con el transitar (recorrido fáctico); buscando primero eslabones, para finalmente formar una cadena, como significaciones que se entrecruzan con otras, dándonos la estructura del espacio para comprender una significación grupal, que selecciona una identificación funcional en presencia, que nos pueda sustentar una significación existencial en ausencia, metaforizándolo. Después de conocer ese significado que dotó al espacio de sentido, nos acercamos a comprender la territorialidad como concepto, como la suma de relaciones que el hombre sostiene con su medio; al mismo tiempo podemos hablar de cómo ese espacio ya semantizado obliga a los individuos que *lo actúan*, a dinamizarlo, para yuxtaponerle otros significados, logrando siempre una imagen inacabada del mismo, claro esta, desde que sea habitado.

A partir de lo etnográfico es posible desenlazar la enredadera que se insinuó anteriormente, afirmando que sólo se pueden constatar relaciones metafóricas, a través de la observación de lo funcional o de las relaciones metonímicas que sostienen los sujetos en la inmediatez. En sí, estamos semantizando la semantización *de otro*. Las relaciones funcionales que el otro pone en escena, nos ayudan a comprender las relaciones existenciales que también son escenificadas. En ningún momento queremos decir, que entre estos dos tipos de relaciones haya una equivalencia o similitud, pues muchas veces son contradictorias, y es ahí donde el análisis correlacional cobra interés para nosotros.

Sí la territorialidad es una organización espacial que se puede semantizar, necesitamos plantear una lectura de los códigos para los recluidos, debemos sugerir un acercamiento a esos códigos: primero comprender dónde estamos y los accionares¹⁰ que realiza la institución sobre sus recluidos (una normatividad como significación

metafórica, paradigmática, propuesta desde lo institucional), lo que es sólo posible a través de develar la normatividad, buscando la concordancia de las prácticas con la norma (o al menos sus dictámenes sobre como deben corresponderse) y esto se logra con el estudio de la vida cotidiana dentro de los reclusorios. Sí empezamos a conjeturar la vida cotidiana dentro de los reclusorios, nace una incógnita, ¿qué fuerzas ocultas o no ocultas ponen en escena las territorialidades negativas y positivas, que se observan en las prácticas y de los accionares de unos con respecto a otros? Para responder lo anterior, se debe abordar, cómo funciona el poder en estas instituciones, logrando desmigajar y comprender un poco las relaciones de poder.

Se da una práctica de operatividad del espacio se da una exclusividad que es manejada desde la territorialidad positiva; por lo tanto *otros* en momentos y circunstancias específicas sustentarán una territorialidad negativa, como aquellos que no pueden acceder al espacio o si acceden son rechazados o excluidos de ciertas prácticas que se realizan en él. Esta diferenciación de territorios exclusivos, territorios dónde se puede excluir a otros, nos permitirá en un momento determinado hablar de relaciones de poder dentro de los espacios. La territorialidad positiva y negativa nos permitirá también semantizar el espacio, leerlo, desde el etnógrafo, él cual podrá hacer inferencias del cómo la institución y los reclusos los manejan. *Pero esa lectura no debe terminar ahí*, puesto que se hace desde lo pasajero, más metonímica que metafórica. Es primordial, advertir que si partimos de estos presupuestos metodológicos, podemos observar el mecanismo y la estrategia por la cual se significa el espacio; vamos mas allá de los significados ubicándonos en el propio proceso que los produce y la proyección que generaron.

El trabajo de campo consta de entrevistas realizadas a enfermeros, trabajadores, médicos y psicólogos, preguntando (entrevistas abiertas y semiestructuradas) sobre la vivencia y convivencia de los reclusos en los espacios asignados por la institución. La observación de los movimientos en el espacio de los reclusos sirvió para confrontar lo

¹⁰ Acciones que toma un grupo con respecto a otro que pueden estar predisuestas en la norma.

que decían los trabajadores de la institución con lo que se veía dentro de la misma. En primera instancia, mi interés es ahondar en la correlación discurso práctica, está en que es allí, donde se pueden hacer inferencias sobre aspectos como normatividad, cotidianidad, poder, entre otras variables que darán forma al significado que tiene la institución mental, para poder así, llegar a significaciones espaciales, sustentadas en un presente etnográfico.

II. LOS LABERINTOS DESDE AFUERA Y ADENTRO

Muchas de las concepciones que todavía se manejan al rededor de este tipo de clínicas y hospitales tienen aun una concepción medieval: demoníaca, asustadora, señalamientos que acompaña también la forma en que se conciben los hospitales de nuestros análisis¹¹, esos hospitales se ven con el miedo y son referenciales como un sitio, en la medida en que están marcados como apriorismos de personas que no lo han vivido, en la medida que representan para *ese afuera*, no en la medida de lo que esas instituciones podrían ser en el adentro. Esas imágenes externas también son expresadas de una u otra forma por el personal interno de estas instituciones, pero desde la organización y la funcionalidad de la institución:

La institución era un mundo caótico, la salud mental estaba muy retrasada, por ejemplo, ya no hay [habían]¹² camisas de fuerza, ni inyecciones intramusculares sino medicamentos orales; [se pretendía] que los pacientes no anden internados, (...) como unos robots. Que [ahora] los pacientes de Cuidados Intensivos puedan [pueden] ir a las

¹¹ Cada vez que nos refiramos a “Clínica” será la clínica San Juan de Dios de Manizales y al “Hospital” para nombrar al Hospital Mental de Finlandia Quindío.

¹² Cuando utilicemos los corchetes será para avistar aclaraciones sobre los términos utilizados por el entrevistado. Y el paréntesis que indicar que se entrecorta o acorta la entrevista.

terapias (...), me parecen que han sido cosas fundamentales, un cambio (...): Entrevista, Enfermera (C.1)¹³, trabajo de campo 2003.

El hacinamiento en estas instituciones estaba a la orden del día, pero al mismo tiempo, podemos decir que la Clínica tuvo una evolución en la conformación de más áreas, aclarando que la planificación en la construcción de éstas instituciones no contaba con las necesidades espaciales de los reclusos desde el punto de vista relacional del cómo los reclusos entablarían relaciones con otros en los espacios asignados y en muchas ocasiones tampoco se preveía si en verdad éstos estaban acordes con sus necesidades funcionales.

¿Cómo ha sido la evolución de los espacios aquí construidos, qué se construyó primero? Una de las enfermeras de la clínica nos cuenta:

Todavía le falta mucho, pues aunque tenemos mucho espacio esta mal distribuido, si en un momento dado quisiéramos poner un servicio [distinto] en una parte (...), por la distribución que tiene la institución, [no es el más adecuado]. Pero se creó [no obstante] el Pabellón Juanito que tiene 10 años, que es especial para niños con trastornos mentales¹⁴: Enfermera (C.1)

Con la anterior respuesta podemos reforzar el planteamiento de que la Clínica no contó con la planificación necesaria para recibir a *sus inquilinos*, por lo cual en la actualidad se ven avocados a restricciones de tipo espacial, que sugieren restricciones en

¹³ En el transcurso de las entrevistas, muchos trabajadores de la Clínica (C) y el Hospital (H) sugirieron ser anónimos, por lo cual, se reseñaron algunos con su cargo y un número dado por orden de aparición. Todas las entrevistas fueron realizadas directamente en el año 2003.

¹⁴ “La enfermedad mental se refleja en los trastornos mentales... cada uno de los trastornos mentales se conceptualiza como una conducta Clínicamente significativa, o como un síndrome o patrón psicológico que aparece en un sujeto y está asociado al estrés (un síntoma que causa dificultades), a la incapacidad (deterioro de una o varias áreas importantes de funcionamiento o aun elevado riesgo de muerte, dolor, incapacidad o una importante pérdida de libertad). A demás este síndrome o patrón puede ser solo una respuesta previsible a un determinado acontecimiento, como por ejemplo, la muerte de un ser querido. Sea cual sea la causa que lo origine, puede ser considerada como la manifestación de una disfunción conductual, psicológica o biológica” (Ahida Corrales, 1994)

el uso del mismo, el manejo predispuesto por la institucionalidad en muchas ocasiones se contradice con la realidad institucional, lo que obliga a la administración a crear nuevos lugares para sus pacientes, esto nos demuestra, que los edificios necesitan remodelarse para sustentar los cambios sociales y relacionales que requiere cierta población, para que los usos funcionales puedan estar acordes con los manejos administrativos.

Lo que se indico en la Clínica de una u otra forma también se apreció en muchas otras instituciones de éste tipo. Miremos, cómo se veía la institución desde fuera (sitio) y cómo la veían los que salían de ella (lugar), para saber como la reclusión despertaba reacciones de todo tipo al compararla con el concepto de exclusión, veamos como reaccionaban a la pregunta *¿consideras que esto es un centro de exclusión?*

Pues yo pienso que si no fueran enfermos si sería un centro de exclusión, porque la familia no los quiere tener en la casa. Hace mucho tiempo si fue un centro de exclusión porque los trajo la familia y los dejaba aquí botados y ahí si fue un centro de exclusión, porque era que la sociedad, ahí si no los quería ver y la familia de dedo parado no quería tener un enfermo mental, entonces lo mandaba para acá y lo dejaban tirado y jamás volvían a preguntar por él, por el cómo [como si fuera], cualquier cosa, cierto (...): Trabajadora¹⁵
(C.1)

La reclusión es solo uno de los diversos mecanismos de exclusión social, éste es legitimado y legalizado por la sociedad, cuando se habla de instituciones creadas por ellas para tal fin. La exclusión se debe entender como un fenómeno donde se separa a los sujetos fuera de los límites de la contención social (Ferrera, 2001), es decir, que hay una gran población que se rechaza por múltiples razones, como la pobreza, el

desplazamiento forzoso, por el desempleo, y otros factores. Pero en este caso, en particular, nos cabe solo el análisis de la reclusión especificado en aquellos reclusos por su enfermedad mental o los que no son capaces de seguir ciertos comportamientos normativos a un nivel social integrado; a ellos los hemos llamado *descodificados socialmente*, porque no siguen los códigos comportamentales sociales y socializados, siendo internados.

Una de las operaciones de más vastos alcances de ocultamiento es la que se establece al instituir el termino de exclusión como el reverso de la inclusión. Esto distingue entre un adentro y un afuera, y generar la ilusión que estar adentro es infinitamente mejor que el estar afuera. Sin embargo, la existencia del universo de exclusión modifica de tal modo el espacio social común que en el “lado de adentro” sólo se puede vivir recluso, esto es encerrado, enrejado, atrincherado. (Ferrera, 2001, 1)

La institución mental por mucho tiempo se consideró un sitio de exclusión, de desecho, un sitio que referenciaba lo *anormal*, donde se estaba *encerrado, enrejado, atrincherado*. Con el planteamiento anterior, podríamos afirmar que los que estaban afuera consideraban a la institución mental como un espacio de exclusión social homologado a la reclusión sin separar los términos, suponiendo que los excluidos que deambulan por las calles deberían estar en aquellos sitios, sin importar como estos vivirían el adentro institucional. Si analizamos la entrevista anterior, desde el punto de vista de los familiares que dejaban *tirados* a sus parientes enfermos en estas instituciones, podemos decir que las concebían como depósitos, para así deshacerse de su problema, los dejaban donde no los podían ver, ya que nunca mas volvían por ellos, en si era un centro de exclusión donde se recluía a lo anormal.

¹⁵ Como ya hemos leído anteriormente el termino trabajadora o trabajador hace referencia a aquellas personas que se dedican a oficios varios dentro de la institución como celaduría, Lavandería, jardinería entre otros.

Por lo cual podríamos retomar lo que nos dice el antropólogo Alejandro Castillejo (2000) sobre una concepción de espacio que trabajo con los desplazados, la cual denomino “espacio-deposito” (si bien es una noción que se origina en un trabajo de campo distinto, nos conviene retomararlo desde el sentido teórico). Castillejo lo conceptualiza de la siguiente forma:

El espacio-deposito se sitúa en los confines de lo extraño en su sentido más radical; figura metafórica por antonomasia, que tiene su concreción en una línea política-administrativa, en la imagen del hacinamiento: el espacio esta aquí reducido a la capacidad-función de amontonar o aglutinar. (2000, 124)

Podríamos decir que el concepto “espacio-deposito” funcionó para los principios de la Clínica, a modo de sitio de desecho, se concibió desde el afuera como un sitio donde se podía recluir lo indeseado, al mismo tiempo desde el adentro institucional, el manejo que se proponía con respecto al enfermo mental se contraponía sustancialmente al uso institucional ya que estas instituciones no estaban preparadas espacialmente para recibirlos.

*La gente decía antes, allí están los locos de una manera despectiva y el loco es, el que es diferente, o es el que quieren esconder, o nadie lo quiere asumir (...) Antes la institución: (...) la gente tenía temor de venir, [tenía] miedo porque los pacientes andaban como los muestran en las películas, con camisa de fuerza, babeando. En otro tiempo si pasaba eso, eran pacientes completamente robotizados, o sea, muchas de las cosas que supuestamente la gente pensaba no eran infundadas, eran reales (...): **Enfermera (C.1)***

Estas representaciones deben tomarse como recuerdos de sitios que generaron una conciencia hacia el exterior de la Clínica, *sitio de desecho*, o *espacio deposito*. Al

interior de la institución también se consideró de igual forma, un lugar de depósito, que generalizaremos a continuación:

*Yo le doy el referente de un hospital psiquiátrico pero en Cali, no le digo cual: la intención de la familia con pacientes crónicos o severamente enfermos, era deshacerse de ellos y optaban por institucionalizarlos, pero si la institución estaba llena igual tenían el deseo de deshacerse del paciente y éste igual deambulaba por las calles o era llevado a los Hospitales y como fuera lo maltrataban, lo tiraban por los muros y no importaba si se fracturaba, con tal de dejarlo allí, estos eran enfermos del pueblo (...). El vigilante se convertía en enfermero, [porque no había] no había un entrenamiento específico (...). El advenimiento de los medicamentos es una revolución en la psiquiatría importantísima, porque el paciente deja de ser institucional para ser de la familia de la comunidad, es un concepto totalmente diferente. Igual pienso que en la medida en que la "peligrosidad" disminuye con los medicamentos, el paciente es más aceptado y con el desarrollo de la psiquiatría y con la creación de áreas como la terapia ocupacional se aumentan las posibilidades de mejorar la condición del paciente: **Dr. José Fernando Castrillon (H.1) (entrevistado en campo 2003)***

Pero a medida que fueron organizando las áreas en un sentido constructivo, se pudo cambiar estas concepciones y acercarlas lo más posible a las aplicaciones reales que ella debería ofrecer. En las entrevistas anteriores, se ha hecho un énfasis en el mejoramiento o ampliación de ciertas partes, beneficiando a la Clínica y el Hospital tanto en cuestión de tratamiento como en cambiar la imagen de las instituciones ante los ojos de los demás. Cambiando la conceptualización que se tenía de sitio depósito, o sitio de desecho. Podríamos decir, que el laberinto se ha tratado desde dentro en una posición a partir del recuerdo de los trabajadores y cuerpo médico; y se ha trabajado desde fuera

(en una posición preconceptual por la distancia que tiene en el agente externo del espacio analizado) del que ve la institución pero no la ha vivido. Sin embargo, los dos: uno, rememorando, el otro, preconciendo, llegaron a reforzar el concepto de espacio deposito.

La Clínica fue, el Hospital se consideró. Una conceptualización que nos remite al sitio, no al lugar (ya que esta es una concepción del pasado que se ha ido modificando). Por lo cual, creo necesario, acercarnos de manera directa a las representaciones de espacios particulares dentro de las instituciones mentales para desarrollar los conceptos de lugar y sitio en el adentro institucional y contextual.

2.1. REPRESENTACIONES

Para explicar teóricamente lo que es la representación he resuelto entretelar dos perspectivas conceptuales¹⁶, estas provienen de Serge Moscovici (psicólogo social) y Durkheim (Sociólogo), para sugerir una conceptualización acorde con los análisis aquí presentados: las representaciones *son formas de conocimiento o ideación construidas socialmente*¹⁷ tienen un *carácter dinámico* debido a que son *productos mentales y construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales*. Las representaciones las definimos como *maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez porque son determinadas por las personas a través de sus interacciones* siendo estos *mecanismos explicativos* los que se refieren a una clase de ideas grupales o individuales. Por lo tanto, deben ser *descritas y explicadas* ya que son *formas de pensar, crear y recrear la realidad social, están constituidas por un carácter simbólico ya que no son solo formas de adquirir y reproducir el conocimiento sino que tienen la capacidad de dotar de sentido la realidad social*, proponiendo acercar lo desconocido para hacerlo familiar.

¹⁶ Referenciadas por José Luis Álvaro en su texto Representaciones sociales el cual se consultó en Internet a principios del 2004.

A partir del sentido del territorio tomamos representaciones del espacio nombrado y significado, desde ellas podemos comprender la realidad misma apropiando esos significados de los grupos producidos a través de sus relaciones sociales. En lo particular, dentro del territorio hay representaciones de lugares y sitios, construcciones alternativas del espacio que desglosan y explican el territorio y las territorialidades. Estas representaciones del espacio, con sentido mental y prático denotativo y connotativo, las cuales son eficaces para una interpretación social que se relacionan directamente que ver con las concepciones y las aplicaciones que de los espacios se tienen. Las representaciones las trabajaremos metodológicamente como aquellas que sirven para dar sentido al espacio.

Para reforzar la metodología desde el punto de dónde se mira o se percibe, o se siente la representación del espacio, tomaremos una referencia de posición de los actores que intervienen en esta investigación, bajo cuatro posiciones de interpretación: La primera posición es la que nos ofrece las formas institucionales y objetivadas gracias a las cuales los representantes de una institución marcan de forma visible las partes de la misma, *perpetuando* la existencia de los mismos, refiriéndolo al grupo que debe habitarlos, en nuestro caso, las instituciones mentales. Llamemos a esta primera posición, Representación de Primer Orden Interpretativo (**R1**).

Acudimos también a otro tipo de representación que llamamos Representación de Segundo Orden Interpretativo (**R2**) y que definimos como aquellas representaciones que se dan por las prácticas que realizan los recluidos en el espacio y por sus sentires con respecto a éste,

El Tercer Orden de Representación (**R3**) es el producido, y/o nombrado por los trabajadores, y cuerpo medico de la institución, los cuales son los interconectores vivos

¹⁷ Aquí, las frases que están en cursivas, son extractadas directamente del texto de José Luis Álvaro.

entre la institución y los reclusos, interpretes de las vivencias de los reclusos en la Clínica y el Hospital,

El Cuarto Orden de Representación (**R4**) es el construido por el investigador a través de los tres anteriores, a veces, escogiendo el más sugerente para tratar el espacio. Desde esta perspectiva, el investigador trato de objetivar algunas percepciones subjetivas de los sujetos actuantes (trabajadores y reclusos), para cotejarlas con las representaciones objetivadas por la institución. Bien en su conjugación, o bien a partir de una análisis por separado.

Las anteriores configuraciones mentales de prácticas y sentires del espacio, funcionales y existenciales que lo dotan de sentido y lo hacen nombrable, se yuxtaponen como categorías nombrables, desde los diferentes actores. Cabe aclarar, que una sola representación del espacio puede nombrar el mismo desde todos o la mayoría de ordenes interpretativos. Así, veamos ahora la inclusión de dichas representaciones.

Entramos en la Clínica, vemos como a los recién reclusos los pasan a **Cuidados Intensivos**, un espacio de observación médica, donde estarán la mayoría del tiempo encerrados en Habitaciones. Los dormitorios son individuales, hay una sala de televisión a la cual tienen acceso algunos pacientes, estos se encuentran en la fase aguda de su enfermedad mental. El pabellón se encarga instrumentalmente de estabilizar a pacientes que se encuentran por psicosis, síndrome de agitación psicomotora, pacientes con riesgo de suicidio, síndromes catatónicos, reagudización de cuadros psicóticos y otros. Después que son estabilizados, se les cambia de sitio a otras unidades espaciales, ofreciendo a éste espacio la representación de sitio de entrada al hospital un manejo y uso que se le da desde lo institucional.

Este espacio se consideraría un sitio de paso, donde no se establecen relaciones sociales. En el sentido del *no-lugar* (Marc Augé, 1982) “si un lugar puede definirse como el lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni

como espacio de identidad, ni como relacional, ni como histórico, definirá un no-lugar”. Aunque ahora lo calificaremos como sitio. El *no-lugar* en este caso, se convierte en el **Sitio de Castigo**, una representación que se trabajara por observaciones realizadas en el Pabellón Juanito, área donde se recluye a los menores de edad.

En una visita que hice al área de los niños, Pabellón Juanito; la amenaza que hacía la enfermera a una niña que se comportaba muy mal (le pegaba a sus compañeros), era enviarla de nuevo a Cuidados Intensivos, a lo cual la niña reaccionaba, diciendo *que por favor no se la llevaran, que ella se comportaría bien*. En muchos otros casos, pude percatarme, que esta reacción (fundamentación de amenaza) la toman otros pacientes cuando se les menciona Cuidados Intensivos. En palabras sencillas, cuando una persona cae en crisis o se convierte en una persona insoportable para los que la rodean, se le reenvía a Cuidados Intensivos, convirtiéndose esta área en una fase de control, que para los reclusos significa el castigo por haberse comportado mal. Esta es una concepción determinada desde las enfermeras que cuidan a los pacientes, ellas le dan este manejo a Cuidados intensivo, aunque el uso como sitio para amenazar al recluso no este institucionalizado, pero es una buena forma de hacer caer en cuenta al recluso de que puede ser enviado allí si sigue su mal comportamiento, aquí se considera la amenaza como una forma de corrección. Los usos del sitio de corrección o estabilización esta predispuesto por los psiquiatras encargados no por las enfermeras, ellos no consideran que el espacio sea de castigo sino un espacio de estabilización mental, pero la concepción que tiene una buena parte de reclusos es que si es un Sitio de Castigo¹⁸.

Esta área es representativa para muchos reclusos, ya que les da la idea de castigo, de separación de un medio al que probablemente ya se habían habituado. Este espacio es una representación de temor, **un sitio de entrada obligatorio**, institucional

¹⁸ El castigo será analizado en el ultimo capitulo para compararlo con los premios que ofrece la institución al buen comportamiento, lo que se pretende en este capitulo es hacer mención de las representaciones que se dan para los diferentes sujetos actuantes en la institución, después de conocer las representaciones se intentaran analizar su importancia dentro de la configuración del territorio a partir de los centros de reclusión mencionados.

para el recién llegado y un **sitio de retroceso o corrección** para el que reside en la institución (visto desde los trabajadores, cuerpo medico y administrativos). En este sentido los trabajadores reconocen que algunos reclusos lo consideran un Sitio de Castigo por lo cual ellos lo convierten en una representación de amenaza para advertirle al recluso que si se sigue comportando mal lo enviaran allí.

Cuando al recluso se le obliga a recorrer áreas limitadas, como Cuidados Intensivos, éste se restringe en sus relaciones sociales. “*Son totalmente aislados, la mayor parte del tiempo la pasan en el cuarto*” (**Dice enfermera C.4**). El espacio se convierte en *jaula*, no proporciona un transitar, ni un recorrido. Proporciona un efecto de encerramiento por lo limitado del espacio, no podemos hablar de una configuración territorial, ni de la construcción de lugar desde el estar allí, pero si podemos hablar de una construcción de un espacio referencial, por lo cual solo denominamos el área anterior como sitio.



Figura 6: Cuidados Intensivos: la figura nos muestra diferentes formas de posición de los sujetos activos en la tesis, que nos ofrecen representaciones yuxtapuestas del espacio

institucional denominado Cuidados Intensivos, catalogado por la misma institución como el sitio de paso obligado, para entrar en la misma, para que el paciente sea estabilizado; lo anterior se propone como una representación de primer orden interpretativo (R1). Los trabajadores lo consideran un sitio de retroceso para el recluso que ya estaba en la institución, por lo cual también es un sitio de corrección, al mismo tiempo, les sirve nombrarlo como una amenaza para los que se portan mal (R3)-(R4). A partir de lo escuchado y percibido por el estar con los reclusos, se califica como un Sitio de Castigo, una representación de segundo y cuarto orden interpretativo (R2)-(R4)

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

Hay áreas donde el transitar es más adecuado, estas áreas a las cuales se pasa el recluso (después de haber permanecido por un determinado tiempo en Cuidados Intensivos) son determinadas según la edad y el sexo, como son: **Pensión Mujeres y Pensión Hombres** donde se ofrece cuidados a pacientes con diferentes patologías psiquiátricas, que han superado la fase aguda de su enfermedad, hasta estabilizar su patología. Las áreas de los pensionados ofrecen una visión especial, siendo mejores tanto en el sentido de cuidados y atenciones, como en su forma constructiva¹⁹: las salas de televisión son totalmente amobladas, todas las áreas se mantienen constantemente limpias, se limpian dos o tres veces al día, al contrario de otras áreas de la Clínica. El tiempo de reclusión de estos lugares es corto puesto que está determinado por la EPS. (Empresa Prestadora de Servicios) instituciones externas de filiación, que pagan a los hospitales y clínicas el tratamiento de sus afiliados.

Si nos ponemos en la posición del visitante, podríamos decir que estos son los mejores lugares y algunos trabajadores estarían de acuerdo con el recién llegado como lo sugirieron al responder *¿Cuales son los espacios que más le gustan a los pacientes?*

Las Pensiones porque son abiertas, (...) porque ellos pueden entrar y salir tranquilamente, una importancia que da el deambular por la Clínica. Mientras que los intermedios son más cerrados, si salen con alguna persona o tienen que tener una autorización para eso, los trabajadores dicen que a cualquier recluso le gustaría más esos

¹⁹ Las formas constructivas, son aquellas formas arquitectónicas que sustentan los espacios desde lo fáctico.

servicios (...) pues esta es la casa de ellos, no todos tienen la misma posibilidad de salir, porque son complicados (...), sin embargo nosotros cuando hacemos fiestas, nos reunimos todos y ahí están todos y bailan todos, ahí se aprenden a conocer (...) Una ganancia es que se ha perdido el miedo a la clínica psiquiátrica como un manicomio como una cosa muy miedosa, venir aquí, la gente quiere venir aquí y se quiere internar: Trabajadora (C.2)

La Pensión es un espacio vigilado, como todo al interior de la Clínica, pero es el más flexible. Pensión Mujeres se encuentra cerca de las oficinas administrativas, donde muchas veces los pacientes del área tienen contacto con los visitantes, y tienen un diálogo más directo e informal con algunos administrativos de la institución. No digo que ellos recorran todos los espacios, pero si se encuentran en un estatus privilegiado, que puede notarse en el lujo de sus áreas, en el sentido de que las Habitaciones son individuales con baño privado, organizadas, tienen sala amoblada de televisión un comedor amplio que hace las veces de sala de juegos y descanso, con visibilidad hacia un jardín donde ellos pueden pasar momentos de ocio. Los pensionados además disfrutan ciertos beneficios de tránsito que no gozan otros recluidos, transitando por el área administrativa de la institución que se encuentra ubicada afuera de la entrada de Pensión Mujeres.

El área de Pensión Hombres no está cerca de las oficinas administrativas pero presenta más confort que cualquier otra área de la institución; hay billares y cada habitación tiene su sala de espera. A simple vista lo podríamos comparar con un buen hotel y así lo piensan muchos trabajadores y pacientes. Estas áreas lo bauticé como los **lugares del lujo y el bienestar**.

El manejo que se le da la Clínica como lugar exclusivo para la gente que paga o le pagan su estadía permea las concepciones tanto de los trabajadores, cuerpo médico y pacientes, ya que el uso que se le da al espacio es de exclusividad en el servicio para

unos con respecto a otros, el uso de éste, promueve estatus espaciales dentro de la institución advirtiendo que hay otros espacios con menor confort dentro de la institución como lo veremos a continuación.

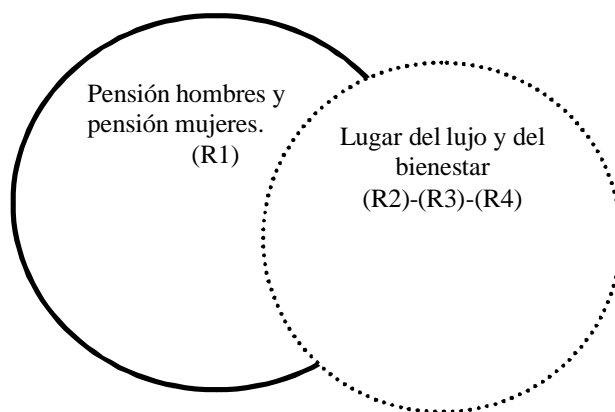


Figura 7: Pensiones: El lugar de lujo y bienestar se concretiza como representación bajo todos los tres últimos ordenes interpretativos (R2)-(R3)-(R4), al mismo tiempo se denomina institucionalmente Pensión(es) desde el primer orden interpretativo (R1)

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

El Servicio de Gerontopsiquiatría de la Clínica San Juan de Dios de Manizales brinda atención a pacientes mayores de 50 años; con limitaciones físicas y mentales, con baja capacidad de agresión con un promedio de estancia Hospitalaria, indefinido; los espacios que aquí se manejan, son: un pabellón largo con subdivisiones en concreto, cada subdivisión tiene 2 camas y cuenta con un patio externo con mirador.

Este espacio podría denominarse el lugar de los viejos y el Sitio de la Penuria, desde dentro es vivido por viejos, por personas que no tienen a donde ir, que una vez entraron a la Clínica pero que nunca volvieron por ellos. Es un ancianato dentro de la institución mental, acopiando el concepto de instituciones totales de Goffman (1976), podemos decir que se empiezan a superponer características de lo que deberían ser dos instituciones totales diferentes, un ancianato dentro de un psiquiátrico, en sí, la clínica

como institución funciona como una pluralidad de usos (aplicabilidad) y manejos (concepciones), la institución no es para muchos de los viejos que están ahí puesto que ya han superado sus enfermedades mentales y deberían estar en otros centros o en sus casas. La concepción de la Clínica es la de proteger al desamparado por su calidad religiosa, pero su aplicabilidad se ve a gatas, debido a cuestiones económicas y la especialización de una clínica psiquiátrica que no debería atender a viejos que no tuvieran desordenes mentales desde una perspectiva funcional.

Los trabajadores ven la falta de elementos necesarios para tener una calidad de vida cómoda dentro de esta área. *¿No te gusta Geronto?*

No si me gusta, pero no me gusta tenerme que sentirme maniatada porque hay mucha carestía [falta] de cosas, como zapatos como medias, como ropita para los pacientes (...) sé ve mucho popo allá, el olor característico, aunque ya esta mucho mejor (...) pero imagínese, y los pacientes también, que rico bañarlos, ponerles talquito, ponerle unas medias, pues que se caloren, que muchas veces no hay, en cuanto a eso no me gusta casi, es rico que si un paciente se ensucia, bueno se bañe, y se vista con ropa buena (...): Trabajadora (C.4)

Podemos decir que Geronto es el contrario a la Pensión, desde lo funcional no ofrece el bienestar²⁰ adecuado a los reclusos, como el que ofrece Pensión; claro está que es un problema económico: los de Pensión pagan, exigen las mejores instalaciones y comodidades; en cambio, la mayoría de reclusos en Geronto están por caridad ya que proceden de las clases menos favorecidas. Por eso he decidido denominar al espacio desde fuera como el “sitio de penuria”. Desde dentro se califica como el Lugar de la

²⁰ En ningún momento me refiero al tratamiento o el cuidado que puede ofrecer el cuerpo médico y de trabajadores de la Clínica; se pudo observar que los pacientes son tratados equitativamente, y se les ofrece el calor humano necesario, el problema que aquí se presenta es desde lo económico, puesto que no se cuenta con los recursos necesarios para adquirir los elementos indispensables o requeridos para el bienestar desde una perspectiva funcional de los pacientes.

Vejez, porque allí se encuentran los ancianos que se tratan de acuerdo a su edad y enfermedad. Se les ofrece la posibilidad de jugar y bailar para así, salirse de la rutina. Entre ellos se relacionan, forman parejas y amistades duraderas donde se rememora el pasado constantemente.

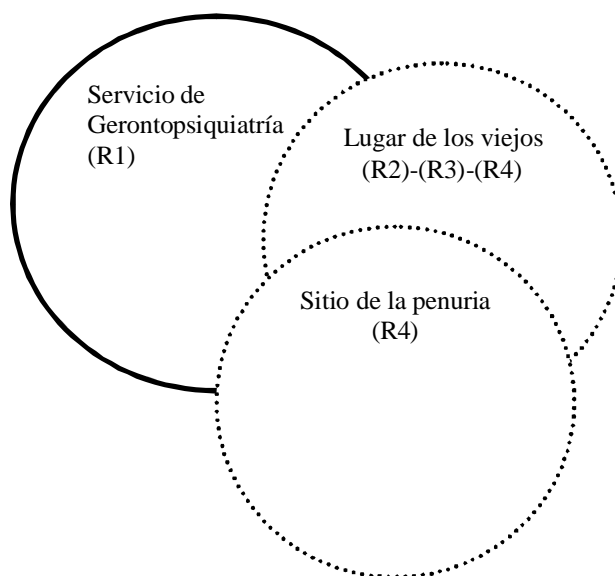


Figura 8: Geronto: En esta Figura, podemos observar que Geronto es una representación interpretativa de primer orden, sugiere varios significados como el Lugar de la Vejez pautado desde los tres últimos ordenes interpretativos. El Sitio de la Penuria es una concretización que he hecho través de lo escuchado y observado.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

Hay un espacio que es lo contrario a Geronto, desde la perspectiva de Lugar de la Vejez, es **el sitio de la niñez**, es el **Servicio Infantil Juanito** el cual atiende niños con trastornos genéticos asociados a alteraciones mentales severas, problemas neurológicos, trastornos de conducta, generalmente víctimas de maltrato infantil, incluyendo el abuso sexual y la privación psicoafectiva. Este último sitio depende del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) para la estadía del niño y la entrada del mismo en la institución; pero podemos encontrar casos de adopción hospitalaria donde la Clínica por su carácter religioso de compromiso social, se encarga de pacientes

que no tiene dependencia en el mundo externo de ningún familiar y que debido a su enfermedad deberán permanecer por mucho más tiempo en la institución.

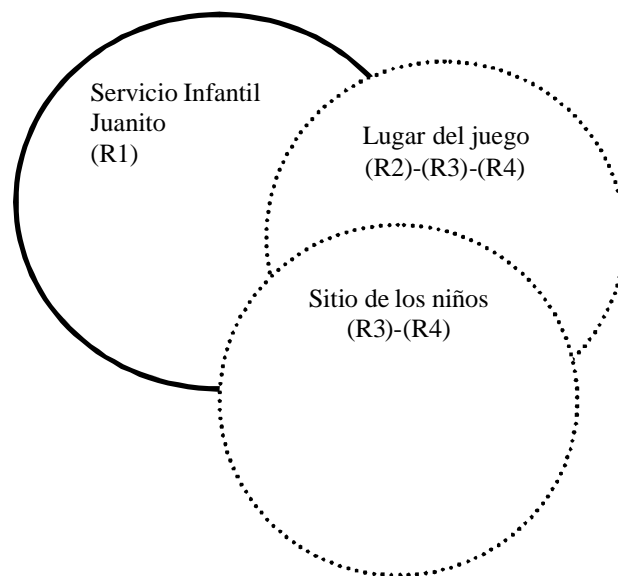


Figura 9: Juanito: Vemos como la representación del espacio como sitio de los niños, puede ser referenciada por el investigador y los trabajadores (R3)-(R4) para sugerir, ser considerado el Servicio Juanito (R1) como lugar del juego (R2)-(R3)-(R4)

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

Si miramos a Juanito desde una posición contextual, podemos decir que es **el lugar del juego**: por la misma calidad de los reclusos se juega todo el día bajo la forma de diferentes actividades lúdicas, se hacen dinámicas, se les enseña a dibujar, se estudia, se les pone música..., también se les entretiene en ciertos horarios con televisión de carácter infantil. La gritería es persistente; la mayoría corre de un lado a otro ya sea riendo o llorando; ¡es un jardín infantil!. Pero el espacio sigue siendo una constante, es restringido; es el espacio de ellos, a menos que las autoridades de la institución aprueben

lo contrario. El patio de juegos se dinamiza al máximo durante todo el día, permeando el resto del Servicio con la jocosisidad²¹, convirtiendo toda el área en el lugar del juego.

El manejo que da la institución a Juanito, además del tratamiento médico, es el de un hogar infantil donde se deben hacer actividades lúdicas para mejorar el modo de vida de los niños y adolescentes esto es verificado en el uso de estrategias de juego, por parte de las enfermeras que asisten tal área. Como se menciona en el prefacio, el uso de la clínica se contraponen a su manejo en la perspectiva de la estadía, ya que ella hace especial énfasis en que no se encuentra en la capacidad de mantener a los niños durante periodos largos de tiempo hasta que se conviertan en adultos, ya que no es su función, pero hay casos de niños que deberán mantenerse supuestamente el *resto de su vida* en la misma. Lo anterior presupone que el uso de la institución va mas allá del manejo que se le pretende dar, convirtiendo a la Clínica en un sitio de paso para unos y en un lugar fijo para otros, y esto sucede también en el caso del Hospital que abordaremos a continuación.

2.2. LABERINTO ABIERTO

Se apodera del investigador la zozobra buscando *locos* por todas partes del Hospital Mental de Filandia Quindío, volvemos a marcar las diferencias con las batas blancas, aunque muchos de los trabajadores no utilizan batas confundiendo con los *locos*. Después de algunas visitas me pude percatar que al contrario de la Clínica San Juan de Dios de Manizales, el Hospital Mental de Filandia Quindío en su interior es *abierto*, puesto que la mayoría de los reclusos pueden transitar libremente por el conjunto de unidades espaciales, sin olvidar claro está, que también tienen normas de comportamiento institucionales rígidas y horarios establecidos para un conjunto de actividades.

²¹ Hablo de los que se observaron compartiendo relaciones sociales basadas en el juego, de lado a muchos niños, los cuales no se pudieron analizar por sus patologías, como en el caso de los autistas.

Esta institución es mucho más pequeña que la Clínica de Manizales, consta de unidades espaciales como los patios, escenarios donde se da la mayoría de relaciones sociales entre los reclusos. Estos escenarios son lugares comunes de tránsito constante durante todo el día, divididos en: patio general, de mayor flujo de tránsito, inmediato a los dormitorios; la Cancha de Fútbol, y la Cancha de Básquet. Los Patios son compartidos por la mayoría de reclusos diferenciándose así de la Clínica de Manizales. La normatización de los horarios para acceder a los espacios es un continuo generalizante de las dos instituciones.

En los patios se transita, se duerme, se lee, se habla, se hace todo lo común y corriente que uno puede hacer en un patio compartido por varias personas, pero existen espacios particulares normatizados por el horario para llevar a cabo ciertas prácticas que implican que el espacio va más allá de la forma para la que fue creado, estos son el Espacio del Humo, Casilleros o lockers, Lavandería, Cancha de Fútbol y Habitaciones

2.2.1. Espacio del Humo

He denominado este espacio como el **del Humo** (lugar), puesto que en éste se permite fumar cuatro veces al día a los reclusos durante 15 minutos a partir de los siguientes horarios: 8:30 a.m, 12:30 p.m, 6:00 p.m y 8:30 p.m. allí bajo la práctica del fumar se aglomeran y entablan relaciones sociales. *¿En qué espacio se aglomeran más sus pacientes?*

Depende de los horarios que tengan los pacientes, por ejemplo en la hora de fumada se conglomeran aquí y me tiran el humo a mí:

Trabajadora social (H.1)

Esta unidad espacial está caracterizada por ser fácticamente una **cancha de básquet**, donde la acción primordial es el fumar, esta acción tiene una característica

particular, cuando llueve o está haciendo demasiado frío, la relación entre deseo y espacio se puede trasladar a otro sitio, convirtiendo ese otro espacio en el Espacio del Humo. Para acceder a éste hay dos leyes: No ser un paciente asistido y tener cigarrillos.

El Espacio del Humo es el claro ejemplo de cómo un espacio se convierte en lugar por una aplicación sistemática de una acción en un tiempo relativamente largo, la práctica de fumar y su repetición en una temporalidad larga obliga a hablar del **Lugar del Humo**, convirtiendo el espacio en un *lugar emergente* donde se entablan relaciones sociales, donde se intercambian cigarrillos y se charla. Podríamos decir que es un lugar de aglomeración que es esperado con ansias por muchos pacientes. Esto se fundamenta porque la acción solo se da en una hora específica, normatizando el deseo. Si pensamos sobre la importancia del Espacio del Humo, podemos decir que es un lugar esperado y deseado porque el fumar se convierte en una acción reglamentada e instituida en el Hospital.

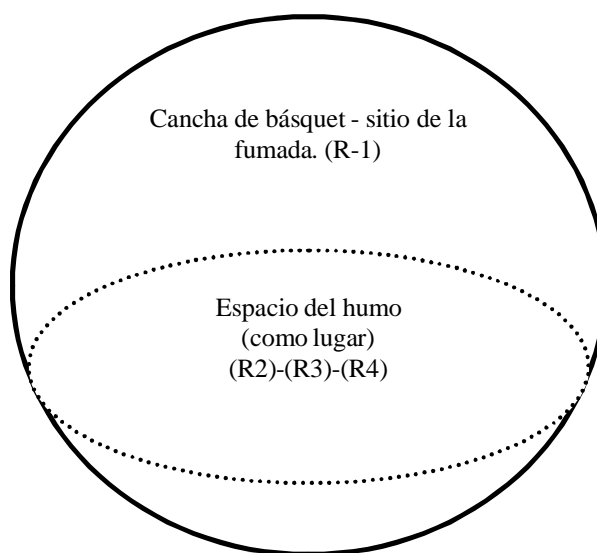


Figura 10: Espacio del Humo: La representación del Espacio del Humo la concretizo con todas las nociones interpretativas vistas y escuchadas en campo; pero al mismo tiempo es una cancha de básquet siendo una mirada de entrada para ir al espacio desde el primer momento, guiado por trabajadores. Encierro el círculo más pequeño dentro del más grande debido a que la cancha va

más allá de la función para la que fue creada y se convirtió en un Lugar del Humo por la repetición de la práctica. Este es un claro ejemplo, donde el espacio va más allá de su forma fáctica.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

En éste se aglomera un gran numero de individuos, al entrar solo se les da un cigarrillo; los que no tienen son devueltos²², pero en algunos casos se logran infiltrar en el espacio, para pedirle a sus compañeros. Esta acción se convierte en práctica en el sentido más sociológico y antropológico del termino:

En Bourdieu (1991), la noción de práctica excede a la acción ante la existencia implícita de la percepción y de la apreciación. Según el autor, las prácticas están insertas en lógicas particulares y constituidas (en cuanto al sentido se refiere) a través de esquemas mediante los que se aprehende y valora el mundo sensible, utilizando como soporte la historicidad y la transformación en una génesis social. Pero del mismo modo, están dadas por las construcciones durables que provienen (las estructuras, las cuales a su vez son reproducidas y generadas por las prácticas) y por los espacios sociales que delimitan las representaciones propias de un campo, entendido éste como un espacio relacional de fuerzas encontradas entre agentes (Bourdieu, 1988). Para Sahlins, la práctica de manera similar remite a la relación entre la acción humana y una estructura. La práctica que está determinada por “categorías recibidas” y tendría lugar en “contextos percibidos (Sahlins, 1988; 1997) operaría como una forma de acción mediante la que se producen y reproducen los esquemas culturales (a partir del significado) en contextos históricos concretos.

Queremos decir con la anterior cita que la acción del fumar es percibida desde un espacio específico predispuesto por la institución para controlar los cigarrillos y la misma acción. De igual modo, el Espacio del Humo se delimita bajo una representación

²² Cabe aclarar, que los familiares o amigos de los reclusos llevan cigarrillos para ellos, pero estos son distribuidos por los trabajadores de la institución, por lo cual la fumada depende de que los *dolientes* lleven los cigarrillos de cada paciente.

propia de un campo, como lo hace entender Bourdieu (1998), convirtiéndose en un espacio relacional. La acción fumar se remite a la misma estructura organizacional de la institución, La acción de fumar se convierte en práctica debido a que se normatiza el deseo de fumar a través de un horario impuesto por la alta-institucionalidad. Este es el manejo que se le da al espacio, el uso se fundamenta en el para sugerir control en las acciones más simples fundamentando una normatividad extrema.

2.2.2. Casilleros o Lockers

Estos sitios-objetos son considerados un **lujo** que se gana por la antigüedad y buen comportamiento, estos son una herramienta para los especialistas porque es ofrecer un premio por la rehabilitación. El casillero se gana por comportamiento o por manifestar mayor *entendimiento*, puesto que aquí se les ofrece manejar cierta **autonomía** con respecto a sus bienes. Estas herramientas se convierten en espacios-objetos donde se guarda “lo de uno y lo de los demás”; aunque esté prohibido guardar cosas de otros. Son la **representación de intimidad y privacidad** (objeto referencial). En estas instituciones la privacidad se convierte en algo muypreciado, puesto que la mayoría de espacios son compartidos; en el caso del Hospital, se comparten hasta los dormitorios, dejando muy pocos rincones para la intimidad.

El casillero a pesar de ser un sitio-objeto se convierte en **espacio íntimo** porque se puede guardar *lo mío*. Pero se necesita demostrar ciertos comportamientos para obtenerlos, podemos citar cómo, en muchas ocasiones los trabajadores han hecho referencia a reclusos más *entendidos* que otros, en este sentido precisamos, que en las instituciones mentales hay personas que son capaces de aprender los códigos normativos de la institución para su propio beneficio. El comportarse de acuerdo a las normas da un beneficio. Otros no tienen la facultad o no quieren seguir las normas institucionales, el comportarse de acuerdo con la normatividad se convierte una *capacidad* percibible por los que manejan la institución. Dándonos a entender que si los reclusos no juegan con la normatividad impuesta no podrán gozar de todos los privilegios, y al mismo tiempo

serán catalogados como *menos entendidos* que otros, o sea más enfermos o problemáticos, esto lo podemos inferir, al mismo tiempo, con el ejemplo de la Lavandería.

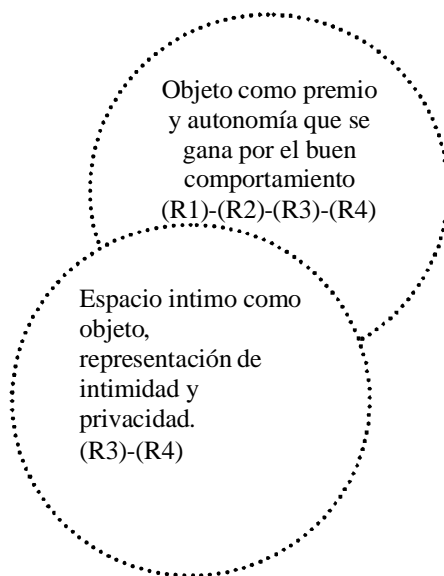


Figura 11: Casilleros: Podemos apreciar que para los trabajadores y el investigador (R3)-(R4) el casillero es un objeto que ofrece intimidad y privacidad, la cual es difícil encontrar en la institución. Al mismo tiempo para los reclusos es un premio que se gana por el buen comportamiento. Así fue observado por el investigador, y escuchado desde los trabajadores y cuerpo médico (R1)-(R2)-(R3)-(R4)

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

2.2.3. Lavandería

Es un **premio al buen comportamiento** el cual representa **autonomía** (lugar). Aquellos capaces de comportarse bien y que tienen ropa pueden acceder a lavar. El comportamiento se pone a prueba porque el espacio es reducido, y solo se deja lavar a dos reclusos; al mismo tiempo se convierte en parte de la **terapia institucional**,

dándole al recluso la posibilidad de cuidar su ropa y mantenerse limpio, generando normas comportamentales de aseo.

De nuevo el espacio se convierte en un lujo propuesto desde el Hospital, el recluso que sabe jugar con las normas institucionales y se comporta de acuerdo a la norma tiene la posibilidad de acceder al lugar, o como lo dijimos anteriormente obtener una casillero. Estos premios institucionalizados como tales desde el manejo de los mismos se convierten en una estrategia de comportamientos de “civilidad” que refiere a educación y a la sociabilidad, expuesta en el uso de lo *mío*, objetos o ropa, y en el comportamiento a demostrar con el tratamiento de los mismos en un espacio específico.

Debemos tener en cuenta que estos premios podrían convertirse en castigos para los reclusos al romper las reglas bajo las cuales estos fueron otorgados, en el caso del casillero, si la institución verifica que un recluso ha guardado cosas de otros o de ellos que no están reglamentadas por la misma podría serle quitado, un claro ejemplo es encontrar cigarrillos en ese sitio-objeto ya que sólo pueden ser manejados por los trabajadores que se encargan de vigilar el Espacio del Humo. En el mismo sentido, los reclusos que accedan a la Lavandería no deberán robar o coger la ropa de otros; ni tener altercados entre ellos porque podrán ser desalojados de ese lugar.

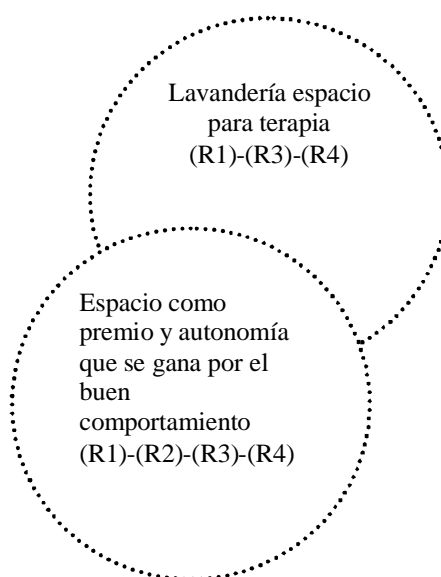


Figura 12: Lavandería: Vemos que el espacio significa autonomía y premio para los diferentes ordenes interpretativos (R1)-(R2)-(R3)-(R4), el cual se gana por el buen comportamiento. Al mismo tiempo la institución toma éste como medio de terapia ocupacional en una representación de primer orden interpretativo, los trabajadores vigilan y dirigen la terapia (R3) y el investigador lo entiende así (R4)

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

El manejo institucional de los Casilleros y la Lavandería promueve un deber comportarse, utilizándolo para el tratamiento como un incentivo institucional.

2.2.4. Cancha de Fútbol

Sólo puede ser utilizada de 1:00 p.m a 3:45 p.m. todos los días, aquí se juega, se arman partidos entre un grupo de identificables²³ y otro, que bien puede ser el de Fármacodependientes y los del INPEC (Instituto Nacional de Penitenciarías de Colombia)²⁴. A veces juegan los reclusos con trabajadores, pero la mayoría de veces se arman los mismos equipos; donde un grupo de identificables se enfrenta con otro; de vez en cuando dejan jugar alguno que otro orgánico. Aquí se manifiesta la formación de los microgrupos de reclusos que relegan y reciben a otros reclusos, como los recién llegados.

Aquí se lleva a cabo el **juego del fútbol** (lugar) promocionado por la institución, para que los reclusos se recreen y puedan actuar en grupo. Pero al mismo tiempo, el

²³ Un grupo de identificables es una categoría de interpretación que se refiere a aquellos que son identificados por los trabajadores y al mismo tiempo son referencia para los mismos reclusos, esto se da gracias a espacios asignados. Por ejemplo, en la Clínica el grupo de identificables son los que están en áreas específicas como los niños del Hogar Juanito, o los que pertenecen a Geronto. En el Hospital se identifican por los dormitorios asignados, por ejemplo un dormitorio para los del INPEC y otro para Fármacodependientes. Lo anterior ayuda a las instituciones, a los reclusos y al mismo investigador a referenciar grupos de reclusos con relación al uso y manejo espacial.

²⁴ Afirmamos, como lo hicimos anteriormente con el ejemplo de Geronto, que estas instituciones tienen una pluralidad de usos y manejos. En el caso del Hospital, por su carácter estatal, asigna una categoría particular de reclusos la cual se denomina imputables que pertenecen al INPEC, ellos están predispuestos a dictámenes judiciales por lo tanto solo pueden salir de esta institución bajo una orden judicial, no médica. En cuestión de uso nace el problema de que muchos de estos reclusos ya han superado su trastorno mental, pero igual tienen que darle el mismo manejo que se les da al resto de reclusos en cuestión de horarios y terapia ocupacional (no con lo que refiere a medicamentos). Aquí el manejo se pone en contradicción al uso.

juego refleja la territorialidad positiva del espacio, para los que juegan; y una territorialidad negativa para los que no. Un ejemplo claro es: cuando una persona no es aceptada por alguno de los equipos, se deja aislada, ella maneja una territorialidad negativa. El ejemplo va más allá, en una visita que se hizo al Hospital, observaba un partido de algunos integrantes de INPEC y Fármacodependientes, de un momento a otro, llego otro paciente que era del grupo referenciable INPEC y quiso jugar –los demás reclusos se negaron– un trabajador hizo que él jugara en uno de los dos equipos, a este jugador no se le pasaba el balón y al mismo tiempo los del equipo contrario utilizaban violencia extrema contra él; en un momento determinado decidí preguntarle a uno de los trabajadores a que se debía tanto rechazo –me dijo– que este recluso sufría una especie de cleptomanía y les cogía todo a sus compañeros, por lo cual la mayoría no lo quería.

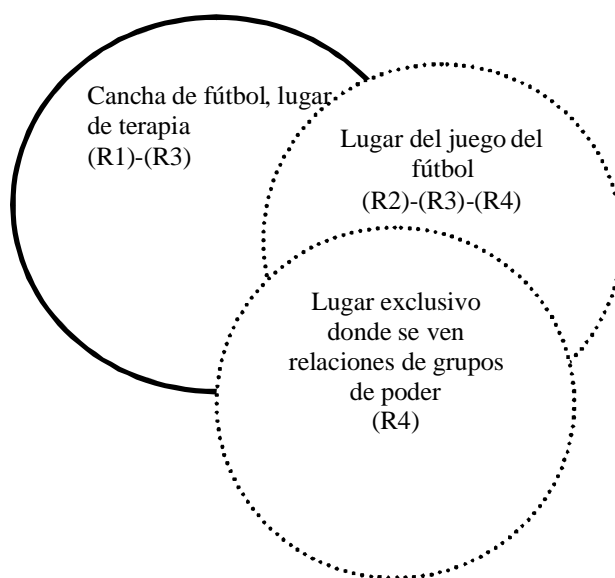


Figura 13: Cancha de Fútbol: Es innegable que las tres últimas posiciones interpretativas (R2)-(R3)-(R4) toman a la Cancha de Fútbol (R1) como un lugar de juego, que se da por la repetición de una práctica. Al mismo tiempo, la institución la interpreta como un lugar de terapia que es vigilado y dirigido por los trabajadores (R1)-(R3). Pero el lugar toma otras características directamente interpretadas por el investigador (R4), el cual observó relaciones con manifestaciones de poder entre microgrupos e individuos, denominándolo como un lugar exclusivo, para unos con respecto a otros. Este lugar en cuanto a relaciones de poder será analizado posteriormente.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

El anterior ejemplo nos proporciona ciertas aclaraciones: la Cancha de Fútbol puede tornarse, sin intervención de los trabajadores, en un **lugar exclusivo**. Los grupos que hemos llamado identificables, identificados por los trabajadores de la institución, también pueden producir relaciones de poder. Estos recluidos sustentaran territorialidades positivas sobre territorialidades negativas, para ciertos espacios, en cuestión de acceso para realizar prácticas o entablar relaciones.

2.2.5. Las Habitaciones

Allí se producen ciertas clases de relaciones, la única forma de abordar dichos espacios era estando presente durante un tiempo relativamente largo, pero había un impedimento ético, en transgredir la *intimidad* de los pacientes, afectando quizá su *recuperación mental* o que ellos pudieran agredirme físicamente. Pero podríamos decir, que las Habitaciones sirven para la institución de referenciadores de grupos identificables (sucede en la Clínica cuando referencia a sus grupos desde áreas específicas)

Los cuartos sugieren una supuesta intimidad, un espacio íntimo o mejor un **sitio íntimo**, compartido-presencial. Sin embargo, habría un objeto que tendría un valor más alto de intimidad en el Hospital: el casillero, que no está en la habitación, sino en el patio principal. Podríamos decir, que el casillero cobra vital importancia, ya que da una representación de intimidad desde una perspectiva de sitio.

Si decidiéramos hablar de escalas de intimidad correríamos el riesgo de equivocarnos, porque el casillero es un objeto, y el cuarto es compartido. No podríamos afirmar que los individuos que se encuentran compartiendo estos cuartos tienen relaciones de intimidad. Sé ha observado que los grupos comparten relaciones y

prácticas fuera de los cuartos, por lo tanto, no necesariamente el grupo debe conformarse por los que habitan el cuarto. Veamos la siguiente abstracción grafica para analizarlo a profundidad:

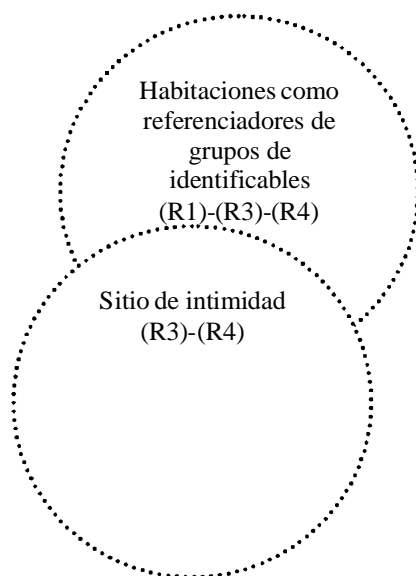


Figura 14: Habitaciones: El investigador referencia las Habitaciones como un supuesto sitio de intimidad (R4). La institución divide de forma directa a los reclusos por Habitaciones para categorizarlos (R1)-(R3)-(R4), como al grupo INPEC, Fármacodependientes, orgánicos y estas se subdividen por sexo.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo.

Las anteriores figuras nos dan claros ejemplos, para aclarar que un espacio determinado, en los reclusorios, puede tomar múltiples representaciones que a veces, alcanzan a ser compartidas por los diferentes sujetos actuantes de la institución; en otras ocasiones, habrá diferentes perspectivas territoriales sobre un espacio, connotadas en las representaciones que sobre él se tienen. Así, sugerimos que las representaciones que nacen directamente de la institución, y/o los nombres con que se marcan, son dadas por presupuestos clínicos, terapéuticos y funcionales; al mismo tiempo, los presupuestos ofrecidos por los trabajadores, en la mayoría de los casos, dependen de las concepciones institucionales, pero cabe aclarar que ellos son la interconexión viviente entre institución

y reclusos por lo cual son los traductores de algunos sentidos de los reclusos, por lo tanto, muchas de las representaciones que obtenemos directamente de los trabajadores tienen una carga vivencial por compartir con los *otros*. Las representaciones que nacen de los reclusos son sentidos y experiencias predispuestas por las prácticas que se realizan en lugares específicos, a demás estas representaciones se cargan de relaciones sociales con los otros que comparten su entorno, ya sean, trabajadores, cuerpo medico, o reclusos. El investigador como observador se remite a las representaciones anteriores para sugerir y tomar posición teórica o para inferir la concordancia entre el nombre que se le da al espacio, a veces proponiendo representaciones basadas en concreciones teóricas como en el caso de la Cancha de Fútbol que representa relaciones de poder, sin dejar de lado la importancia del resto de representaciones. Ahora bien, si un espacio es nombrado y significado y/o sentido es porque tiene un recorrido determinado por límites que lo separan y relacionan con otro espacio, y estos límites se convierten en una red territorial que sustentará toda una institución, una red de interconexión entre los lugares y los sitios.

Después de analizar algunos espacios de la Clínica y el Hospital hay elementos constructivos que son constantes generales en la mayoría de centros de reclusión, estos son, las paredes, las puertas y las ventanas, que son elementos de exterioridad e interioridad que se convierten en márgenes, límites para un uso funcional del recorrido, que no deben o son de difícil traspaso.

Los corredores se delimitan por las puertas, el único poder que relaciona los espacios constructivos es el poder dado por el manejo de las llaves, los trabajadores manejan el paso de una área o un conjunto de áreas. Las puertas marcan el límite, manifiestan contener y no dejar salir a los reclusos, dándonos configuraciones espaciales particulares. Las paredes forman fortines espaciales que sólo pueden ser atravesados abriendo las puertas o mirando por las ventanas. Son referencia de

exterioridad²⁵, límites o mejor dicho márgenes que les reiteran lo que esta a su alcance, siendo éstas, constantes que cumplen su función más transgresora: contener forzosamente a la mayoría de los reclusos.

La vivencia en una larga temporalidad al interior de estos espacios limitados proporciona una noción más íntima de la institución como espacio, como fuente de reconocimiento y conocimiento. El caso mas ejemplarizante, nos lo proporciona la categoría de **reclusos normatizadores normalizados**, esto es, reclusos que procuran el respeto de la norma y ayudan a que otros la aprendan. Llevan mucho tiempo en la institución, por lo cual saben manejar sus reglas. Según lo evidenciado; *ya son parte viva de la Clínica*, porque talvez no tienen otra parte a donde ir, o no se quieren ir y sin embargo, *siempre* han estado ahí. Esta categoría de reclusos se repite en el Hospital de Filandia Quindío, proporcionándonos cierta noción de intimidad con la institución. Retomemos los planteamientos teóricos al respecto, como los que nos ofrece Guy Di Méo (1998) para comprender mejor el Hospital y la Clínica como lugar de intimidad:

Nosotros pensamos que la relación existencial de todo individuo socializado, acompaña su destino terrestre generando dos representaciones inmediatas que testimonian su ser geográfico. La una se refiere al modelo de localidad, la más íntima y la más estrecha, de un prolongamiento exteriorizado de nuestra intimidad, de nuestro yo profundo. La otra representación nos devuelve nuestro sentimiento oscuro del infinito, de la inmensidad y, por consiguiente, del estar allá (...) de la filosofía existencial, el ser abandonado en el entendimiento de un mundo sin comienzo y sin final²⁶. (1998, 73-139)

²⁵ Cuando hablo de exterioridad, me refiero a *un más allá* de donde estoy. Que puede ser lejano desde una perspectiva existencial, añorando otro espacio; y de una perspectiva funcional al no poder acceder a espacios que les son prohibidos.

²⁶ Como autor asumo la responsabilidad de la traducción del texto de Di Méo.

De acuerdo a la anterior cita, no podríamos determinar que la Clínica o el Hospital ofrezcan alguna clase de representación de las que menciona Di Méo para todos los reclusos. Sabemos que muchos reclusos están abandonados en *otro mundo* que no es el *nuestro*. Pero, hablando de los reclusos normatizadores normalizados y/o reclusos que llevan casi toda la vida en la institución, esta es su **casa** vista ésta desde una forma funcional y vivencial, los reclusos ven su casa como un refugio, pues han manifestado que no tienen a donde ir (**lugar del refugio**), y que allí está su familia (acercamiento emocional a los seres que los han acompañado por largo tiempo).

Los pacientes denominados normatizadores normalizados reconocen (los reconocen) que la Clínica o el Hospital es su casa ofreciendo una escala de intimidad, en la medida funcional de sentir que su refugio es el mismo aunque, la configuración de sentidos será diferente (entre la casa como casa, y la institución como casa)²⁷

Con la casa, nosotros tocamos sin duda en la esencia del territorio del hombre sobre la tierra. Como lo afirma en otro momento Gaston Bachelard, la casa se identifica como “nuestro rincón del mundo”. Sin embargo real o soñada, ella no se limita a los muros de la habitación de nuestras ciudades, los límites de la concepción africana o aquellas de la tienda del nómada. Ella traduce ante todo nuestra relación al mundo. Ella evoca las relaciones complejas que se nutren entre nuestra interioridad y la exterioridad. (Guy Di Méo, 1998, 73-139)

Di Méo nos habla de lo “real y soñado”, debido a esta concepción de casa no podemos, en ningún momento hablar de escalas de intimidad desde lo general en las instituciones mentales. Sólo podemos decir, que los pacientes que llevan periodos muy largos en la institución pueden hablarnos o proponernos una territorialidad íntima basada

²⁷ La institución se esfuerza en doble vía con relación a la figura de casa: por un lado apropiándose normativamente como tal para su uso cotidiano, pero por otro lado, se asume que son enfermos mentales que necesitan un tratamiento.

en la concepción de casa, como lo hacen algunos del servicio de Geronto²⁸, en la medida de refugio, de acceso al mundo de la existencia ordinaria.

Vemos que la institución se convierte en casa para algunos reclusos, pero al mismo tiempo esta clase de institución proporciona una cotidianidad acelerada para que sea marcada territorialmente por la mayoría. Así éstos no la consideren como casa. Si en algún momento marcan territorio, interiorizan donde están, dónde no deben estar, cuál espacio es suyo o de otros, para qué son los espacios, cómo se deben comportar en ellos, cómo pueden *jugar* con ellos, en sí, interioriza la propuesta territorial emitida por la alta institucionalidad para lo cual es definitivo comprender el proceso de cotidianización temporal y espacial de las instituciones.

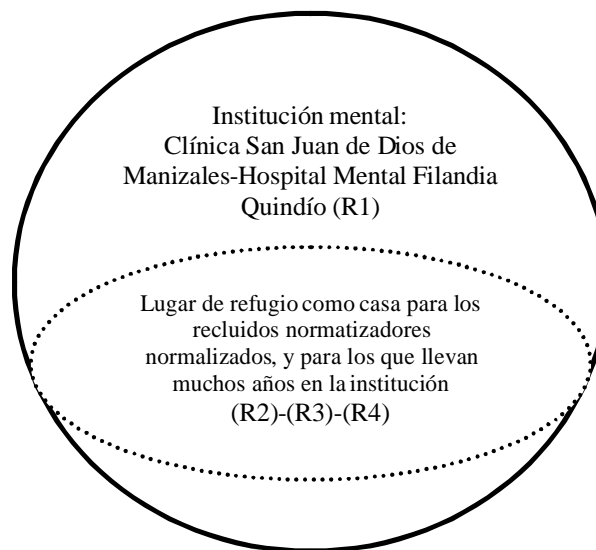


Figura 15: Clínica y Hospital: Aquí las tres últimas representaciones interpretativas (R2)-(R3)-(R4) se sintetizan para tomar a la Clínica y el Hospital como lugar de refugio y representación de casa, como se teorizó anteriormente con Di Méo.

Fuente: Leonardo Valencia, 2004. abstracciones, trabajo de campo

²⁸ Debemos aclarar que el Servicio de Geronto desaparece en el año 2003.

III. HORARIOS Y ESPACIOS DESDE EL TRANSITAR COMO FUENTES DE LA VIDA COTIDIANA

Entendemos los espacios analizados como los lugares y sitios donde suceden los hechos y percepciones que generaron las anteriores representaciones, su utilización permite establecer diferencias estructurales entre ellos a manera de partes de un todo institucional, haciendo referencia a los manejos y los usos que les dan los sujetos actuantes que los dinamizan. Lo anterior garantiza ciertas cualidades constantes, esto determinado por una concepción temporal institucional remitida a horarios específicos, dentro de una normatividad que los sugiere para el manejo de las prácticas a realizar. Estos tiempos esquemáticos fragmentan los espacios para ser vividos, convirtiéndose en un factor primordial para sustentar el cuerpo institucional normativo que ubique y determine la forma de vivir de los reclusos, promulgando una configuración espacial acelerada que le dará el carácter territorial *total* a la institución, esto visto desde la perspectiva de instituciones totales.

Los problemas más evidentes para el recluso nacen de su incapacidad de dominar el espacio con un libre albedrío, se sustenta bajo la determinación institucional de las prácticas que deben ser realizadas en tiempos específicos. Pero cabe la posibilidad primera de que el recluso posee la capacidad de crear lugares, de hacerlos suyos, de marcarlos, de nombrarlos, en si queremos sustentar que el recluso bajo el juego de disposición institucional de tiempos y espacios, y gracias al mismo, marca los lugares convirtiéndolos en suyos. Podríamos afirmar, que cuando el recluso comprende y aprende la normatividad institucional, el manejo y el uso que ella pretende dar a sus partes, él se sumerge en una configuración territorial que determina el entorno como *suyo*, la percepción se acelera por los horarios que marcan los quehaceres y los espacios a donde deben dirigirse. El tiempo proporciona un enfrentamiento con lo que se vivió y se va a vivir, la institución se encarga con sus representantes ya sean estos trabajadores o cuerpo medico, de mostrar y recalcar el espacio y el horario de una práctica determinada en un continuo institucional, para que los reclusos sepan como y donde circular y *actuar*, así ellos logran hacer visibles las representaciones y asignar cotidianamente *sus* representaciones, por lo tanto se logra una correspondencia entre el uso y el manejo de la espacio–temporalidad previamente determinada.

Si es visible la correspondencia entre espacio y horarios, podemos apreciar como el primer elemento consta de una descripción territorial particular *total* posible gracias al segundo elemento, observando el actuar de reclusos, trabajadores y cuerpo medico con la intercorrespondencia que los marca desde la normatividad. Logrando así apreciar la colocación geográfica de cada actor. Por lo anterior, podemos hablar de grupos de identificables para acortar las ubicaciones espaciales, pero también al hablar de las prácticas se acota a los horarios de rutina de las mismas.

El espacio lo podríamos tomar como amplio o reducido según la ubicación del actor a la hora de la práctica, en si el concepto nos sugiere una territorialidad fragmentada dentro de una totalidad única, el centro de reclusión como institución total que se fragmenta en el interior para la realización de actividades rutinarias.

Cuando el espacio es amplio²⁹ como en el caso de los patios en el Hospital o de las áreas en la Clínica (menos Cuidados Intensivos), como a la hora de las comidas, terapias grupales, juegos de grupos, y otras prácticas. Vemos como los hechos dinamizan la interacción provocando una normatización y normalización general de lo que *se debe y puede hacer* por parte del grupo que sustenta la pertenencia espacial, pertinencia dada por el horario. Podríamos ejemplarizar lo anterior con la Cancha de Fútbol, allí se interactúa con muchos en el juego, esto promueve la creación de su representación como lugar de juego para los reclusos y como terapia para el Hospital, al mismo tiempo se genera una configuración territorial por la rutina diaria de la práctica, el espacio amplio sirve para envolver en la cotidianidad a grupos vastos.

El espacio referencial sirve para otros propósitos de cotidianización de los espacios, éste no refiere a la acción, pero sí al recordar o comparar el espacio en donde ellos están con el de referencia. Él ayuda a la ubicación y diferenciación de las partes de la institución. Aquí entran los horarios como fundamentos de ubicación, en tal o cual horario, se debe estar en tal o cual espacio, lo que ubica al sujeto en una rutinización del estar referenciado por los otros en lugares o sitios. Esta interpretación puede tener una importancia efímera a la hora de hablar de referencias de ubicación, pero cabe aclarar, que en las instituciones totales las referencias espaciales también son totales por el estricto cumplimiento de la ubicación el momento a realizar una práctica, ningún recluso debe estar en el lugar de otros sin permisos previos porque estaría rompiendo el manejo institucional, este percance debe y tiene que ser corregido ubicando y llevando al trasgresor de las *normas de ubicación* al lugar de o para ellos.

Los espacios también pueden tener un carácter único funcional, cuando la acción sucede en una sola parte, el caso de la Lavandería o del Espacio del Humo en el

²⁹ Hacemos referencia a lo amplio en el sentido de que el número de actantes es equivalente a la dimensión espacial y además sugiriendo que hay una interrelación de muchos individuos.

Hospital, ellos sugieren al recluso que la práctica a realizar en el espacio es esa y no otra, dándole un carácter de especificidad espacial.

Los espacios variados sugieren casi siempre espacios amplios, sin ser esta una regla estricta, donde se pueden llevar diferentes prácticas, en el caso de la mayoría de áreas de la Clínica y en el patio general del Hospital, se producen muchas escenificaciones simultáneas, en el patio se come, se toman las drogas, se descansa se lee, entre otras actividades que se realizan al mismo tiempo, esto se determina por el horario del almuerzo, del desayuno y de las comidas, y en horas de descanso reglamentadas, como después de la entrega de drogas. Se ofrece cierta libertad para elegirlo que se puede hacer con el tiempo libre, claro esta, esta libertad se acaba cuando la institucionalidad obliga a la realización de una práctica determinada. En el caso de la Clínica las áreas se dinamizan como espacios flexibles, cuando se les permite a los reclusos recorrer todas las partes de las mismas, con algunas restricciones como las Habitaciones de otros, estos espacios variados se sustentan por las subdivisiones a su interior, Pensión, Geronto y Juanito se componen de patios, salas y Habitaciones. Podríamos afirmar que las relaciones espacios – horarios, se sustentan por las prácticas a realizar y que en un espacio variado podrán haber espacios únicos.

El tiempo, como medida cronológica que determina la práctica, nos sugiere la medida del efecto de la normalización en las instituciones totales, si se sigue el horario y la práctica a realizar, se sigue la norma, y se normaliza al sujeto en un *deber comportarse* de acuerdo a ella. Las horas, los días, las semanas, los meses y hasta los años se envuelven en la rutinización en un orden temporal y espacial único y cerrado. Se integra todo el manejo del tiempo a través de la normatividad, para que este resulte como medición y ordenamiento de la normalidad, el tiempo mide la predisposición del recluso a la rutina de la institución, si lo acepta se considera en cierta normalidad por que acepta la normatividad, al mismo tiempo ordena al recluso en un *deber-ser*, ya que se ordena la acción que transcurra en un espacio determinado generando la estructura rígida que caracteriza la institución total, obligando al sujeto a llevar una linealidad y

sucesión consecutiva de medidas de tiempo para sus acciones y accesos espaciales, y desde allí se entablan limitaciones del entorno. Con lo anterior lo que se intenta es estructurar al paciente en un comportamiento institucionalizado: como lo expresa un a enfermera de la Clínica:

En todos los servicios hay horarios, normas diferentes, aunque son muy similares (...) normas diferentes y horarios, porque a ellos eso los estructura... el paciente lee la orden (...) eso le ayuda a estructurar su día y su tiempo, porque ellos al no tener esa orden se les desestructura, o sea se les pone mal, los pone ansiosos, entonces a medida que se sea más claro con él, inmediatamente el paciente rompe una norma, ¡era esta y esta y esta!, Entonces el paciente se siente contra la pared, en el momento no entiende que fue lo que paso, empieza a comprender mejor, si yo hice mal y lo mismo pasa con los cuadros de evaluación, esos cuadros tienen varios fines, son de fines terapéuticos (...) Entienden que ellos van mejorando en el proceso, los cuadros van mejorando a medida que ellos van mejorando en el proceso mental, en la medida en que ellos van recuperando sus capacidades, digamos de interactuar con el medio, como se va viendo mejorado en un puntaje, entonces uno ya les dice que aquí les van a poner tanto, porque ya se merecen más, porque esta asistiendo a las terapias o porque hoy les vamos a rebajar porque no asistieron a las terapias. Al paciente de todas maneras se le confronta con la realidad, unos se ponen mal y les da mucha rabia, y es una manera de confrontar al paciente con un puntaje o algo que lo motive a seguir mejorando todos los días; para que hoy se mejore el puntaje, se levantan temprano, empiezan a tender la cama, se organizan, porque saben que tienen un puntaje, porque eso es un motivador externo, y ellos necesitan muchos motivadores externos. Hay una calificación de 0 a 4, entonces les califican el sueño, presentación personal, el

arreglo de la habitación, la alimentación (...) participación de las actividades, relación con la visita (...) y el cumplimiento de las normas (...) y relaciones con el equipo de salud. El mayor puntaje es cuarenta (...): Enfermera (3.C)

Podemos ver que hay un reglamento consuetudinario que rige la vida cotidiana de los pacientes dentro de la institución, un cuadro calificativo que sugiere un uso rutinario a seguir. Es un sistema que se impone al recluso, una aprehensión del comportamiento que se da en un plano vertical que es ascendente o descendente. Este reglamento se presenta como un mecanismo pragmático, basado en estrategias de calificación de prácticas que se montan en la vida cotidiana para recordar un proceso evaluativo de las actitudes que debe tener el paciente en su quehacer cotidiano, esta calificación se demuestra de forma directa en Pensión área de la Clínica, allí hay un tablero a la vista del cuerpo médico y los pacientes del área, se les califica un promedio de uno a cuatro en casi todas sus labores diarias, dormir, comer, asistir y comportarse en las terapias, aseo personal, comportamiento con los otros que los rodean, entre otros, éste se promedia al final de la semana, si el promedio es bajo se le llama la atención al paciente, si es alto se le felicita, sirviendo lo anterior para sustentar el grado de normalidad que tiene el paciente ante lo institucional, al mismo tiempo sirve como un mecanismo para recalcar al paciente en que debe mejorar para subir en la calificación de su comportamiento. Estas calificaciones bajo diferentes formas se mantienen como un continuo para todos los pacientes dentro de las dos instituciones mentales, ellas proporcionan los grados de normalidad.

En algunas circunstancias el transcurrir del tiempo rutinario y calificado, se interrumpe por eventos que deben sacar de la rutina a los reclusos, como fiestas en Navidad, el Día de las Brujas el 31 de octubre, Semana Santa, entre otras, predisuestas por la institución. Pero lo anterior siempre se reacomodara al tiempo, a la rutina institucional, para evitar que los reclusos se salgan de lo que ella predispone como normalidad.

Si lo cotidiano hace referencia a la reproducción de las relaciones desde las prácticas hasta la creación de lugares, bajo una negociación de sentidos, también debemos ver los rompimientos de la vida cotidiana que son los dinamizadores de la cotidianidad. Los rompimientos de la vida cotidiana hacen parte de la innovación, caracterizada por la interacción. Las características de los rompimientos de la vida cotidiana como innovación, se pueden ver cuando los espacios cambian de sentido en una temporalidad que es predispuesta al mismo tiempo por la institucionalidad, para después volver a la normalidad que se sustentaba anteriormente el espacio; volverlo a dotar de su sentido anterior: el patio general del Hospital, en semana, se convierte en un lugar de ocio para la mayoría de reclusos, en cambio el día domingo se convierte en el espacio de la visita. Desde ese espacio se dinamiza la vida cotidiana, se innova a partir de la interacción con otros que no son los mismos. El espacio cambia de sentido y de significado a causa de otras clases de relaciones sociales (recluido–familia, recluido–amigos externos), al día siguiente –el patio– vuelve a recobrar el sentido de ocio antes mencionado, volviéndose a las antiguas relaciones (recluido–recluido, recluido–trabajadores y cuerpo medico)

Es importante rescatar, que aparece un *otro familiar*, un *otro próximo*. Que designaremos como los *dolientes*, aquellas personas que *pertenecen* o mejor están en el afuera de la institución. Ellos son parte de la significación espacial en momentos determinados. Los días de visitas se convierten en otros dinamizadores espaciales, el sentido del lugar de visita en innovación se superpone sobre el sentido anterior de lugar en rutina, por lo cual proponemos como un rompimiento en la vida cotidiana, en la rutinización que mantiene la institución.

En el caso del Hospital y la Clínica, se realizan fiestas y/o eventos que promueven otros rompimientos de la vida cotidiana, cambiando el significado de sus partes y/o yuxtaponiendo otros en las mismas. Estos cobran otros significados *en innovación* que se yuxtapondrán con los anteriores. El espacio se resignifica por un

momento corto para generar nuevos estímulos en los reclusos, estos ayudan a llevar su permanencia en la institución. Como lo manifestado en la siguiente entrevista:

Ocasionalmente si, de hecho en diciembre hay un día de los pacientes en el que se les da natilla, buñuelo. Actividades tan simples como almorzar pueden ser actividades recreativas para los pacientes aún estando dentro de la institución; al área de la Huerta se trasladan las ollas y se hace el almuerzo para el paciente, allí ellos participan de un día de campo: Dr. José Fernando Castrillon, trabajo de campo 2003

Las actividades simples, bailar, jugar y los rompimientos grandes de lo cotidiano como las fiestas, promueve que los espacios cambien de significados o sean referenciadores de nuevas prácticas, por ejemplo: **la Huerta** del Hospital de Filandia nos proporciona un cambio en la rutinización del adentro institucional. La mayoría de reclusos espera con ansias salir a la Huerta, debido a que esta ubicada en el exterior del Hospital, convirtiéndose en una representación de exterioridad. El tener acceso a ella cambia la cotidianidad.

La Huerta sugiere un cambio en la rutinización institucional, como lo podría sugerir de forma correlacional el baile el Geronto, al proponerse como rutinas institucionales. Lo anterior indica la problemática de separar el rompimiento, del cambio desde el manejo y uso del espacio, en si el cambio puede estar en la rutina de la institucionalidad, mas no en la rutina del recluso, es un cambio en el sentido espacial, del cómo sentir, del mirar al otro y al espacio como algo distinto. Se sale de la rutina del recluso y va a parar en un rompimiento, aunque sea leve, de su vida cotidiana, dado esto por la innovación del sentido espacio-temporal, aunque no podremos hablar de rompimientos en la vida cotidiana institucional, ya que éstos son en rutina para ella. Aquí hay dos posiciones de uso y de manejo espacial, determinadas por el sentido del cambio, mientras para la institucionalidad y sus representantes ir a la Huerta, bailar, recibir visitas, es un simple cambio en rutina, para el recluso es un rompimiento en innovación. Podríamos afirmar que esta sugerencia interpretativa de distintas nociones

de *sentidos de cambio*, nacen por que los trabajadores y cuerpo medico tienen jornadas de trabajo que los promueven a ellos en una rutina laboral, pero al final del día ellos se integran a lo social con el exterior, viviendo sus rompimientos cotidianos en el mismo, en cambio los internos viven dentro de la institución absorbiendo todo su tiempo, con base a rutinas como tendencias absorbentes o totalizadoras, cuando hay una ruptura en las barreras rutinarias de la interacción y la practica o en el espacio y el tiempo, se separa lo ordinario de lo *significativo*. Cualquier cambio por mínimo que éste parezca en la rutina del recluso se puede convertir en un rompimiento de la vida cotidiana puesto que la relación con su entorno esta dada por un mundo interno *totalizador*, lo anterior lo simplificamos con el caso de la Huerta.

La Huerta conlleva un significado fundamental para el recluso, la práctica que le da sentido al espacio desde el tratamiento, al mismo tiempo, es *descompensada* por la ubicación del espacio. Los reclusos ansían ir allí puesto que es la oportunidad de estar fuera, de ver a otra gente, de otros olores, de otras miradas, de otros sentires. Lo anterior me da la posibilidad de decir que la Huerta es un ejemplo claro de yuxtaposición de significados, de importancia espacial, de cómo un lugar definido por una práctica tiene un sentido más significativo para el recluso por la ubicación, lo encerrado–el exterior; es un ejemplo claro de cambio como rompimiento, ya que se sale de una rutina predispuesta en una edificación.

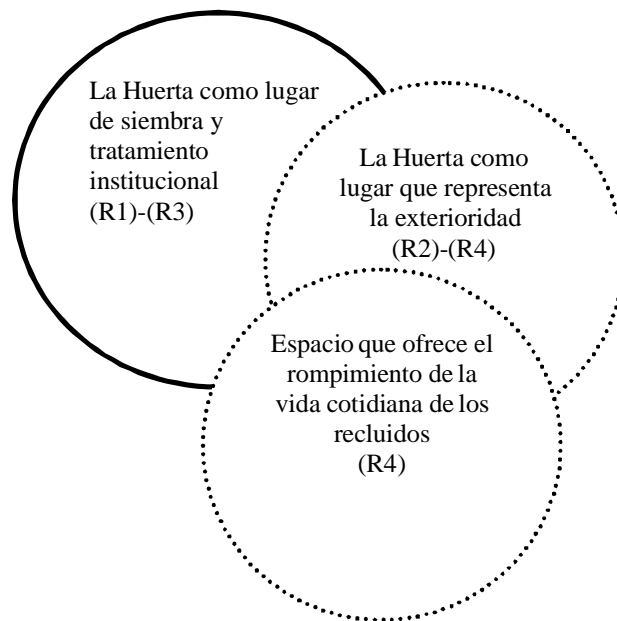


Figura 16: La Huerta: como espacio de tratamiento (siembra) se convierte en una representación de la institución y de los trabajadores, ordenes (R1)-(R3), porque es funcional y así se hace entender como un cambio simple que es rutinario para la institución. La Huerta representa exterioridad para los reclusos (R2) y representa para el investigador un rompimiento de la vida cotidiana (R4).

Lo anterior permite inferir un comentario de la importancia, *de ver*, el cómo se configura territorio, sobre la importancia *de ver* el significado de los espacios. El primer planteamiento es central, nos da ideas más allá de lo etnográfico, implantándose en lo epistemológico. El segundo nos da el punto de partida del primero, porque el espacio puede cambiar de valor y significado en cualquier momento gracias a las nuevas relaciones sociales que lo pueden regir, transformaciones en las prácticas o los movimientos como transitar, y por qué no, darse en el mismo cambio físico de las instituciones.

3.1. Transitar dentro de los espacios

Aquí traemos a colación a Goffman (1970) cuando nos da a entender que los reclusos en instituciones totales comparten un encierro y una rutina diaria. La rutinización de la práctica en un horario en específico, proporciona al recluso una

aceleración en la conformación de la vida cotidiana en tales instituciones. Por lo anterior sugerimos el nacimiento de los lugares emergentes, como lo dijimos anteriormente, aquellos significados en una corta temporalidad dentro de una perspectiva grupal que se manifiesta por las prácticas compartidas con nuestros inmediatos, y anexamos, bajo la influencia de la rutinización de las mismas prácticas de forma rígida, como cuerpo constante de la institución. El anexo anterior le da un sentido particular a las instituciones totales desde la visión de la conformación de lugares.

Aplicamos la rutinización como una constante funcional que se promueve desde lo metonímico–funcional en un transitar. Pero al mismo tiempo, tal planteamiento se manifiesta como una propuesta normativa institucional, lo que sugiere, una metaforización del espacio a representar: el Espacio del Humo, la Cancha de Fútbol, el Hogar Juanito, Geronto, Pensión, y otros, recobran sentido porque se marcan desde el recorrido de los mismos.

Sí analizamos las relaciones sociales a partir del espacio, tenemos que hablar de prácticas relacionadas con las intensidades con que se rigen, pues estas pautan los ritmos temporales. La Cancha de Fútbol, nos sugiere un ritmo más acelerado para interactuar en el espacio, y esto gracias a la misma calidad de la práctica, lo mismo podríamos plantear con los bailes en Geronto o con los juegos en el patio de Juanito.

Pero además del ritmo o la intensidad con que se viven los lugares, el transitar sugiere una configuración del mismo. Se fuma a tal hora, se juega a tal hora, y al otro día se fuma o juega a la misma hora..., y la intensidad de la práctica depende de la interacción con los otros o con el espacio. Es un transitar remitido a reglas, éste depende del tamaño del espacio y del tipo de relaciones que se procuren en los mimos. Tomemos el ejemplo de Cuidados Intensivos que nos muestra un transitar relacional casi nulo, allí hay poco relación con los otros, diríamos que la relación que se da ahí, es observador (especialista institucional) y observado (recluido).

Miremos los espacios institucionales desde los transitares y la repetición de las prácticas en horarios precisos, sugiriendo cuál de los anteriores es de características fijas o semifijas, advirtiendo que los espacios con territorialidades fuertemente demarcadas, como lo son los de características fijas, promueven márgenes rígidas donde la funcionalidad del espacio se remite al mismo con poca interacción con otros que no están en sus áreas asignadas. Al contrario, de los espacios con características semifijas. Como indica García (1976), citando a E. T. Hall:

El espacio de características fijas señala una territorialidad relativamente demarcada (...) el espacio de características semifijas respondería a aquellas demarcaciones territoriales que admiten cierta movilidad, aunque al mismo tiempo, les corresponde una forma de delimitación. Un ejemplo de éste caso, sería los espacios demarcados dentro de una casa por la posición del mobiliario (...) finalmente el espacio informal significa, no tanto que carezca de forma, cuanto que esta no se expresa. Es según Hall, el más significativo para el individuo, dado que comprende la distancia que pueden guardar dos personas entre sí, según las distancias situacionales. Éste tipo de espacio que el autor reduce a los espacios corporales, es predominantemente circunstancial, y por tanto, contextual y metonímico, según nuestra clasificación. (1976, 126)

Para hacer un análisis de nuestras instituciones solo tomaremos las dos primeras categorías de Hall, aclarando que ciertos espacios pueden tener características fijas al interior y al exterior, otros tendrán características fijas al exterior pero no al interior y otros tendrán características semifijas en ambos lados:

Clínica San Juan de Dios de Manizales		
Espacios	Categoría	Características
Toda la institución	Características fijas	Territorialidad fuertemente demarcada hacia el exterior,

		los reclusos no pueden salir sin permisos previos. Hacia dentro se sugieren otras categorías basadas en: Movimiento exterior – interior, reglamentado por la alta-institucionalidad.
Cuidados Intensivos	Características fijas	Territorialidad fuertemente demarcada hacia dentro y hacia fuera, poco recorrido. Pocos intercambios relacionales con otros. La acción no amerita interacción. Horarios rígidos.
Pensión Mujeres y hombres	Características semifijas	Demarcaciones territoriales con cierta movilidad hacia el exterior y buena movilidad en el interior. Recorrido óptimo, óptimo intercambio relacional, la acción puede ameritar interacción. Horarios rígidos
Otras áreas	Características fijas hacia fuera, características semifijas hacia dentro	Territorialidad fuertemente demarcada hacia el exterior. Recorrido aceptable hacia dentro, óptimos intercambios relacionales. La acción puede ameritar interacción. Horarios rígidos

Cuadro N° 5: espacios con características fijas y semifijas que encontramos en la Clínica San Juan de Dios de Manizales.

Fuente: Leonardo Valencia, trabajo de campo año 2003.

Hospital Mental de Filandia Quindío		
Espacios	Categoría	Características
Toda la institución	Características fijas	Territorialidad fuertemente demarcada hacia el exterior, los reclusos no pueden salir sin permisos previos. Hacia dentro se sugieren otras categorías basadas en: Movimiento exterior – interior, reglamentado por la alta-institucionalidad.

Habitaciones	Características fijas	Territorialidad fuertemente demarcada hacia dentro y hacia fuera, poco recorrido. La acción puede ameritar interacción. Horarios rígidos
Lavandería	Características fijas	Territorialidad fuertemente demarcada hacia dentro y hacia fuera, poco recorrido. La acción puede ameritar interacción. Horarios rígidos.
Patios y Canchas	Características semifijas	Demarcaciones territoriales con cierta movilidad hacia el exterior y buena movilidad en el interior. Recorrido optimo, optimo intercambio relacional, la acción puede ameritar interacción. Horarios rígidos

Cuadro N° 6: espacios con características fijas y semifijas que encontramos en al Hospital Mental de Filandia Quindío.

Fuente: Leonardo Valencia, trabajo de campo 2003

Hemos visto que dentro de las dos instituciones existen espacios con características fijas y características semifijas³⁰. Pero es relativo hablar de ellos con una pretensión duradera de sus características, depende de las relaciones sociales que se perciben en contexto a través de la territorialidad metonímica bajo predisposiciones institucionales como por ejemplo, hacer fiestas o eventos especiales que sugieren transitar interrelacionales más fluidos que cambian el sentido espacial.

Si hablamos del espacio del bienestar, del miedo, del humo y del juego, lo hacemos significando el espacio a partir de “un sentir”, de “un querer”, de una práctica..., que sugiere un modelo paradigmático como modelo de guía u hoja de ruta. Para poder llegar a proponer estos calificativos espaciales para eso fue necesario seguir las acciones, interacciones, prácticas y transitar, a partir del “sentir” y “querer” hacer

³⁰ Como hemos visto, estas instituciones totales hacia fuera se perciben y manifiestan como un territorio fuertemente demarcado con características fijas, de difícil acceso, y difícil salida, que sugieren un cuerpo

en el espacio, de una forma contextual-metonímica. Lo anterior nos sugiere que la ruta paradigmática puede cambiar según las circunstancias contextuales y que no es fija, por lo cual los espacios que consideramos con características fijas o semifijas cambian según el contexto, es decir la etnografía como herramienta metodológica nos permite elaborar metonímicamente las selecciones metafóricas a mostrar. La cual sustentaremos a partir del siguiente postulado.

La división del modelo de Hall ofrece, sin duda, un modelo operatorio en el tratamiento de la territorialidad. No es otra cosa que lo que él pretende al proponerla. Sí gran parte del espacio con características fijas corresponde a nuestro territorio metafórico y la categoría del espacio informal recoge la idea central de lo que estamos tratando como espacio metonímico, al igual del espacio con características semifijas, sin embargo en ninguno de los casos la adecuación es total. El territorio metafórico puede estar en las tres bases de Hall, y al mismo tiempo el espacio de características fijas rara vez conserva sus delimitaciones en todas las circunstancias culturales (...) el espacio de características fijas presupone una concepción demasiado material y estática de la cultura. En el transcurrir de la vida social los espacios fijos se combinan con nuevos elementos sociales, dando lugar a cambios en el significado. Por otra parte el significado del territorio no radica en la territorialidad demarcada y en la forma medible, que podría ser lo auténticamente fijo, sino con otros elementos de la vida social. (García, 1976, 126)

Siguiendo esta línea, profundizaremos en los procesos que sugieren una configuración más directa del territorio. Apuntamos a líneas de explicación como la

constante de márgenes. Hacia el interior de ellas hay espacios con mayor flexibilidad para el recorrido que sustentan características semifijas.

cotidianidad y el poder, unidos por la normatividad. En si, una tripartida explicativa
cotidianidad – normatividad – poder.

IV. HACIA LA CONFIGURACIÓN TERRITORIAL DEL LABERINTO

Lo que hemos hecho hasta ahora es darles nombres y características a los espacios desde el contexto visto etnográficamente, lo que vamos hacer a continuación es mirar el proceso de territorialización que tienen los reclusos, para marcar y dar

significado a los lugares y sitios, haciendo una antropología del territorio, buscando fuentes de configuración del mismo que nos permitan sugerir otro(s) proceso(s) social(es) que se pueda(n) advertir en los centros de reclusión.

También empezamos a esbozar el proceso de cotidianidad de los reclusos en los espacios y horarios a través de la rutina, la repetición, e innovaciones en interacción, poniendo en prelación la espacialidad a través del transitar y la práctica, haciendo referencia al cómo los espacios pueden ser de características fijas o semifijas.

Al mismo tiempo confrontamos el hecho de que todas las partes en las dos instituciones plantean el anclaje de los modos de vida de los reclusos, organizando la temporalidad desde las prácticas cotidianas por los horarios dispuestos por la alta-normatividad. Decimos que los modos de vida están anclados a la institución total a causa de las prácticas que se realizan en el mismo lugar donde se vive, esto es en un territorio cerrado, limitado, como la Clínica y el Hospital; las prácticas, el tratamiento (que se efectúa a través de prácticas) y el residir, promueven al recluso como un *tipo de sujeto social particular*: aquel que depende de los mismos espacios y las mismas temporalidades, con movimientos cerrados, en espacios cerrados, predispuesto por una alta-normatividad, donde la práctica tiene su locus en el interior de la *institución total*, reduciendo la movilidad cotidiana, bajo vigilancia especializada y constante.

La principal función de los trabajadores es la vigilancia de los movimientos, del *estatismo* de los reclusos, vigilando las prácticas que en éste se realizan, las relaciones sociales que allí se entablan. Pero, *¿cómo vigilar las territorialidades?* Aquí entra la importancia de dispositivos de poder como la norma, aquella enseñada y planteada por los trabajadores de la alta-institucionalidad.

El proceso cotidiano donde se repiten las prácticas en horarios precisos, hace que el recluido interiorice el deber-hacer, al mismo tiempo que interiorizan el deber-ser³¹ y/o el deber-comportarse gracias a la repetición de la norma. Por lo cual la norma es un dispositivo para la normalización del recluido a modo de proceso consciente e inconsciente. La normatividad se cristaliza en un dispositivo autorregulador³², que puede ejercer un mejor poder sobre los recluidos, buscando la normalización de los mismos. La norma se rutiniza al extremo, dando por hecho una influencia institucional. Pero cuando el juego norma-recluido se escapa de las manos de la institución y se rompe la cotidianidad institucional, se entra a corregir el percance, a través de uno de sus mecanismos, el castigo, apareciendo los espacios referenciados como sitios de castigo, como lo es Cuidados Intensivos, recordando que éste adquiere múltiples representaciones: para el recluido es el miedo a infringir la norma ya que puede ser castigado con ese espacio; para los trabajadores es sitio obligado para entrar en la institución, pero también se convierte en un mecanismo de control porque con él se amenaza. Si una persona se comporta mal, así el comportamiento no haga referencia a una recaída en su enfermedad, sino mas bien al comportamiento de *civilidad* que supuestamente él debe mantener con los *otros*, el nombre de Cuidados Intensivos sugiere una amenaza desde el manejo del mismo –*si no se comportan bien los enviaremos a Cuidados Intensivos*– los recluidos a esta amenaza, pueden corregir su comportamiento

³¹ “El *ser* originario del hombre consiste en un *deber ser*, por cuanto su *praxis* está canalizada, constantemente, por normas que se enfrentan con otras rutinas o normas alternativas que puedan ser eventualmente elegidas. La normalización la entendemos como una resultante de la confluencia de diferentes rutinas operatorias habilitadas para configurar objetos o situaciones repetibles” (García, Pelayo, consultado en Internet en el 2004).

³² En el sentido de la siguiente cita: “El poder disciplinario mantenía a los individuos en instituciones pero no lograba absorberlos en el ritmo de las prácticas productivas y la socialización productiva; no lograba penetrar completamente en las conciencias y los cuerpos en los individuos, ni llegaba a tratarlos y organizarlos en la totalidad de sus actividades. En la sociedad disciplinaria, la relación entre poder y el individuo continuaba pues siendo una relación estática: la relación disciplinaria del poder correspondía a la resistencia del individuo. En el cambio cuando el poder llega a ser completamente biopolítico, la maquinaria del poder invade el conjunto del cuerpo social que se desarrolla en su virtualidad. Esta relación es abierta, cualitativa y afectiva. La sociedad, absorbida dentro de un poder que se extiende hasta los ganglios de la estructura social y sus procesos de desarrollo, reacciona como un solo cuerpo, el poder se expresa pues como el control que se hunde en las profundidades de las conciencias y los cuerpos de la población y, al mismo tiempo, penetra en la totalidad de las relaciones sociales” (Hardt Michael y Antonio Negri, 2002, 37)

y ajustarse al *querer* de sus vigilantes. Sin embargo, la amenaza se puede convertir en castigo como uso dado porque el recluso no quiere comportarse bien, o por que comete una falta muy grave dentro de los presupuestos institucionales. El interrogante a examinar por parte de la institución es si el recluso recayó en su patología o si el recluso simplemente se esta comportando mal por otro factor que no tenga que ver con su patología. Ahora bien, muchos de los reclusos reconocen que ir a Cuidados Intensivos, es un castigo independientemente del razonamiento institucional.

4. 1. CONFIGURACIONES TERRITORIALES

La verdadera instalación y posible adaptación al espacio, se da, después que el recluso sale del área de Cuidados Intensivos, según los criterios de evaluación institucional, los reclusos son pasados a otras áreas, estableciendo un juego entre institución–recluso, entre la norma y su aceptación por parte de los reclusos. Hacemos referencia que esto se plantea para todo un colectivo para generar un comportamiento institucionalizado. Lo que desde el apoyo teórico de García (1970) podemos explicar:

Un comportamiento institucionalizado es ante todo colectivo, exige cierta normatividad y permanencia, e incluye elementos prácticos, valorativos, ideológicos, etc. En realidad la institución no implica que los comportamientos reales sean perfectamente adecuados a los comportamientos ideales o normados y, como veremos, un modelo antropológico debería incluir las dos perspectivas (...). (García, 1976, 88)

Bajo la anterior cita sugerimos que el comportamiento institucionalizado, colectivo en las instituciones totales esta altamente normativizado, apuntando a que los elementos prácticos, valorativos, de referencia, ubicación, entre otros, se incorporen bajo

dispositivos autorreguladores que traten de acomodar, lo mas que se pueda, lo real a lo ideal.

Los dispositivos autorreguladores, son dispositivos de poder implícitos en la norma, establecidos a partir de estrategias de educación y reeducación de los reclusos. Estos dispositivos no son insertados por la represión, porque no se volverían autocoactivos inconscientes, mas bien, se tomarían como dispositivos de subyugación (la forma del miedo a romper la norma), por lo tanto, para evitar lo anterior, se generan estrategias de premios (tener un casillero, un cigarrillo, lavar) al buen comportamiento provocando ejemplificaciones del *deber-ser*; al mismo tiempo ellos aprenden a manejar los espacios, a crear lugar; pero los espacios también forjarán esos dispositivos, ya que se convierten en generadores de represiones y privilegios, como el Sitio del Castigo ejemplo de represión, o el cómo obtener un casillero o poder lavar como premio.

Hemos apreciado que los reclusos juegan con la normatización proporcionándonos los comportamientos reales, que están acorde de una u otra forma con lo que quiere la institución. En esta medida el comportamiento real debe estar, en lo posible, ajustado al comportamiento ideal. Pero como esto no es posible (que el comportamiento ideal sea homologable al comportamiento real), por la misma características de los sujetos que allí están (enfermos mentales). Se utiliza la cotidianización extrema que ya hemos visto como rutinas institucionales, pero que ahora analizaremos desde la percepción de poder.

4.1.1. Cotidianidad en los espacios.

Lo cotidiano se marca como un lugar abstracto donde se dan las relaciones durables, donde se juega la “sociabilidad de la alteridad” (Alicia Lindón, 2000, 9). Las relaciones que se marcan entre individuo e institución promueven comportamientos relacionales dentro de sus partes; “el individuo se enfrenta a otro”, al mismo tiempo se enfrenta a la institucionalidad, pero ésta también es un *otro* solo que es un *otro jurídico* y no *otro natural* como el compañero del Hospital o la Clínica. En este sentido el *otro*

jurídico marca lo cotidiano con las normas para vivir los espacios y los tiempos (horarios), si hay enfrentamiento hay alteridad. La Socióloga Alicia Lindón (2000) cita a Pina Lalli para referirse a que en la cotidianidad se da una “alteridad metabolizada”, donde el individuo asimila y transforma lo otro, lo lejano, lo nuevo, lo desconocido, lo diferente. Con lo anterior proponemos que el recluido a través de procesos de alteridad, del *enfrentamiento* con los otros antes propuestos, vuelven lo desconocido familiar, esto propuesto como un modelo de identificación. Aquí entra la interacción como fundamento esencial de la creación de grupos que demarcan los lugares como suyos.

Nosotros en este trabajo hablamos de una ¡cotidianidad institucionalizada! que promueve una figura externa de una territorialización normativizada. Asegurando la permanencia de lo social. El aseguramiento lo da la normatividad como poder institucional a través de prácticas cotidianas, que se negocian a través del aprendizaje de la norma, así podemos retomar Lefebvre (1972) cuando dice: *En una localidad pluricomunal* (en éste caso de una es plurigrupal) *con una estructura preformativa que se acomoda a circunstancias en el espacio tiempo, hay una negociación de referentes de sentidos.* Promoviendo una estabilidad espacio-temporal, para así, construir lugares. Es decir, la institución pone en juego la normatividad ante los recluidos, la activa bajo estrategias de educación y reeducación, los recluidos aprenden a *jugar* con la normatividad planteando relaciones sociales entre ellos y con los otros, al mismo tiempo plantean relaciones espaciales con el juego: que *plantea* la institución—que traza el recluido. Lo anterior se convierte en una negociación de sentido que se sujeta a la cotidianidad normativizada procurando una cotidianidad normalizada.

El Hospital y la Clínica como sitios fundamentales de reclusión, influyen las configuraciones territoriales de los recluidos por medio de la normatividad que reúne y especifica las unidades espaciales, donde el individuo asume una vida cotidiana normalizada. Porque el poder está supeditado a la normatividad, siendo éste el cuerpo constante e identificable e indispensable para mantener la convivencia y vivencia. Lo que enseña a los pacientes prácticas y usos de los mismos, que ellos readecuan con

juegos de poder, incorporando las prácticas encargadas de congregar y reunir, dándole importancia a los espacios, desde la rutina y desde el cambio como rutina institucional o como rompimiento como innovación en el recluido. Como lo manifiesta una enfermera de la Clínica al referirse a la musicoterapia.

Es producir un cambio en el paciente por medio de la música, sí un paciente esta deprimido se le pone música, para que de alguna manera lo ayude a salir de su depresión... socialmente se ha tratado de hacer, y es que ellos no pierdan esa parte social, es que a ellos les gusta esa parte, que a la gente les gustan las fiestas, les gusta bailar y eso ha dado resultado (...) antes esos espacios que todo el día la pasaban en un patio, en cambio ellos saben ahora que hay una fiesta, que todo los días hay una música, ellos son felices porque están al lado de la música o porque le van a dar dulces o porque les van a dar un cigarrillito (...). Digamos que si se les tiene establecido una fiesta y no se les cumple, e ahí, se pone mal. Y porque ellos empiezan a hacer como todo [portarse bien], todos los cambios para llegar a la fiesta, más bien, todos esperan la fiesta (...) ellos cambian su comportamiento para estar bien, para estar en la fiesta. Son motivadores: Enfermera (C.2)

La norma propone que el cambio o el rompimiento, es parte de la misma, así se permea la institución de ella, haciéndola en ocasiones imperceptible y así logra implantarse en el cuerpo mismo del recluido como dispositivo autoconciente, como pretensión de la institución, los rompimientos no predispuestos por la institución o sus representantes serán inmediatamente corregidos por su carácter de anormalidad, ya que la institución total tiene como finalidad la normalidad la cual logra con su poder representado.

4.2. EL PODER DE LA NORMA

El poder de las instituciones de reclusión “no es judicial ni médico, es el poder de la normalización que se da en la práctica de la norma” (Foucault, 2001) el manejo de los espacios, concierne a ella como cuerpo esencial indispensable en la instancia de control de lo *anormal* desde lo normal³³, la norma tiene un papel coaccionador que potencializa el poder de la institución, clasificando a los reclusos dentro de espacios, promoviendo el ascenso o el descenso en una calificación de prácticas.

Para que la norma sea respetada debe circular. Según Raffestin (1980), la circulación y la comunicación³⁴ de la norma forman redes territoriales como semantización para el reconocimiento del uso y del manejo de las espacio-temporalidad, estas lecturas se manejan bajo redes de circulación del poder que comunican, en este caso, por el aprendizaje de unas normas que manejan la espacio temporalidad y hasta los tempos como intensidades, como jugar fútbol a la misma hora todos los días: La norma es la realidad del poder, pero también cumple una función educacional que promueve el autocontrol por la rutinización de la misma, los espacios ayudan por ser de uso limitado para que implantación autonormativa sea eficaz.

Los trabajadores asumen el rol de vigilar que el reglamento sea cumplido, algunos reclusos acatarán las disposiciones expuestas por la institución, ellos entrarán en el juego de la norma y las prácticas, pero otros no lo harán, debido a su enfermedad, o simplemente porque no quieren acatar tales disposiciones. Aunque podemos decir que las normas se exhiben en la mayoría de los reclusos, en su comportamiento, mostrando

³³ Lo normal es lo asentado por las pautas sociales, lo anormal sería lo que esta fuera de esas pautas, que tiene que ser controlado y adaptado por lo normal, con las normas impuestas para tal fin.

³⁴ “La comunicación no solo expresa (...) organiza el movimiento multiplicando, estructurando interconexiones a través de redes. Expresa el movimiento y controla el sentido y la dirección de lo imaginario que se trasmite de esas conexiones comunicativas; en otras palabras, guía y canaliza lo imaginario dentro de la maquinaria comunicativa” (Hardt Michael y Antonio Negri, 2002, 43)

una incorporación de las mismas; la institución observa la relación recluso – entorno a través del cumplimiento o no de la norma, pero se sigue el juego de reeducación, en un constante recordar lo que se puede y no hacer.

¿Cómo se establece?, ¿Cómo se vigila?, ¿Qué califica?, ¿Qué se gana?: se establece por la rutinización de las normas y las prácticas institucionales; los trabajadores vigilan las prácticas en el espacio de acuerdo a tiempos específicos, y para tener constancia, se sigue por medio de calificación dentro de un calendario de las mismas prácticas; y lo que ganan, son méritos institucionales: salir del espacio y tener beneficios en los mismos (poder fumar, poder lavar, poder cultivar la Huerta o ir a una fiesta).

Las prácticas y las relaciones grupales dependen del manejo que se haga de las unidades espaciales; la norma demarca el espacio con límites que fragmentan la percepción de los lugares y del mundo, que son creaciones territoriales de un grupo de resocializados, identificables. Cuando se familiarizan con los espacios por medio de la cotidianidad, surgen imágenes espaciales de referencia, como el Espacio del Humo ó del baile. También se marcan otros, como sitios prohibidos ya sean por horarios o por puertas, estos a la vez se convierten en fronteras:

La frontera es parte de la construcción social del espacio en tanto establece dominios y demarca espacios; esta demarcación implica, necesariamente, que la frontera tiene un papel relacional que simultáneamente conecta y separa. Por su lado, demarcar es un acto de ordenamiento que impone una disposición de las cosas y en ese sentido las fronteras serían producto de ese acto de ordenamiento que impone la noción de un orden espacial, que se instaura mediante acciones de poder. Desde esta perspectiva, las fronteras son expresiones de poder social y no medios pasivos o estructuras topológicas neutras; son construcciones sociales creadas a partir de prácticas políticas,

económicas y culturales, que reflejan las relaciones de poder presentes en el grupo social. Se divide, se demarca, se separa para controlar y por eso las fronteras son manifestaciones plasmadas en la materialidad del espacio, del ejercicio del poder.

Una vez consolidadas, las fronteras se convierten en instrumentos cruciales que delimitan las dimensiones materiales y simbólicas y moldean los contextos –sus ámbitos de interacción y de relaciones sociales– retro-alimentando las estructuras de poder que las originan vistas desde dentro del territorio, las fronteras parecen estar de cara al exterior; como si pretendieran expandir aquello que les dio origen. Sin embargo y como parte de su paradójica condición, la frontera es demarcación imprecisa, espacio indefinido, área porosa y vaga. Lejos de los centros de poder que la originaron, la frontera es poder diluido, espacio de transición, lugar de interpenetraciones, campo de interacciones; lo que fue concebido para ser preciso se muestra vago, una especie de zona de interfase y de transición entre dos espacios tomados como distintos. (Vargas, 2003, 35-36)

Las fronteras son un subconjunto de los límites, que referencia una imagen dada, que establecen marcas territoriales de microgrupos de poder, que a la vez pueden producir márgenes como otro subconjunto de los límites que se referencia en el uso y el acceso fáctico a sitios o lugares. Un ejemplo claro es la prohibición de ir al exterior de la institución sin vigilancia, esto promueve escalas espaciales de exterioridad e interioridad que son manejadas por las instituciones y por los microgrupos, los primeros tendrán un mayor grado de estrategia del poder, puesto que manejan la norma que proporcionan las constantes espaciales de la institución, pero los microgrupos referencian los lugares, los marcan en una reconfiguración de las dinámicas del poder, creando fronteras, es anexar un valor más al espacio es sustentar que los representantes institucionales, y la institución misma tienen un manejo y un uso de la espacio-temporalidad, pero que a lo anterior se le superpone el manejo y el uso que le dan los

recluidos a la espacio-temporalidad, disgregándose, en el cómo la norma genera poder, y como el aprendizaje de la misma genera apropiaciones aleatorias de éste, tal como lo manifiestan los recluidos, dándosele forma a estrategias gradúales e individuales de un bando y otro.

4.3.2. Los Microgrupos y los Normatizadores Normalizados

Desde las unidades espaciales se transforman las relaciones de continuidad en el tiempo, proporcionando asentamientos estables que son lugares que hacen referencia a la territorialidad y al territorio, los viejos residentes y/o los normatizadores normalizados identificables son los instruidos para manejar el espacio por la alta-institucionalidad que a medida que los envuelve en una temporalidad larga se convierte es un cuerpo social que instrumenta la construcción del hogar³⁵ para los mismos recluidos.

Ya sabemos que los normatizadores normalizados son aquellos recluidos que llevan muchos años en la institución y han aprendido a *jugar* con las normas que ella impone, por lo cual se han ganado un estatus en la misma; ellos ayudan a que otros recluidos acepten las normas y les enseñan el juego normativo para que la institución, en algún momento, los considere normalizados; *los recluidos normatizadores normalizados*, como lo dijimos anteriormente cuando hablamos de la institución como casa, son al mismo tiempo, los indicados para hablar de construcción del hogar y plantear, como la institución se convierte en hogar para ellos. Lo anterior les da la posibilidad de saber manejar la norma, estando capacitados para manejar los lugares, enseñando y guiando a otros recluidos.

La Cancha de Fútbol se podría semantizar desde la territorialidad positiva y negativa. En la primera, unos tienen el acceso a la Cancha de Fútbol, pueden jugar bajo un proceso de inclusión ya no institucional, sino, propuesto a partir de los mismos recluidos, manifestando relaciones de poder con otros que desde el espacio que los

consideramos dentro de una territorialidad negativa como los excluidos del juego, una exclusión dentro de la reclusión. Algunos microgrupos pertenecientes en la mayoría de casos al INPEC y/o Fármacos en el caso del Hospital, manejan los lugares y proponen el cambio de un poder institucional a un poder de microgrupos; éste se ejerce sobre los lugares, como en el caso tan mencionado de la Cancha de Fútbol: en la Cancha, los mismos reclusos se aprovechan del juego, son los que proponen los equipos, quien entra o sale; ellos transforman el espacio de fútbol en un escenario del juego con un drama de poder, porque ejercen poder sobre ese espacio, lo marcan, lo convierten en lugar por la repetición de una práctica cotidiana que es franquicia de unos y no de otros, por lo cual decimos que estos reclusos asumen la norma del jugar en el mismo espacio, a la misma hora todos los días.

Todos los ejemplos anteriores dan una característica más al poder, el cual es el reconocimiento de grupos dentro de un espacio, los del INPEC o los Fármacodependientes, manejarán el espacio sobre los orgánicos, éste poder de manejo de espacio lo tiene ciertos grupos de identificables y otros reclusos que puedan ejercer poder sobre ellos –como dijeron algunos trabajadores– los que sean “*más entendidos*”. Del reconocimiento de los manejos y usos, se asume que los reclusos juegan en la Cancha pueden transitarla, ya que tienen posesión de códigos, sistemas semánticos que se observan porque limitan las entradas a los lugares, por lo cual se tienen límites semánticos, significando el mundo, donde los límites proponen dominios sociales que dan la dimensión al espacio, marcando lugares, sitios y territorialidades. Si los lugares demarcados proponen para el grupo que los marcó, un lugar fluido que construye una realidad territorial, se puede decir que es una construcción de poder sobre el espacio.

Estas representaciones fundamentales de poder van desde los trabajadores hasta los grupos de identificables que marcan lugares, en una relación de poder establecido con sus apropiaciones aleatorias del mismo no institucionalizadas. Los lugares y sitios

³⁵ Hogar desde lo real e imaginario, como casa permanente de un recluso.

tienen una geometría basada en la norma, pero su relación con la ubicación de los recluidos lo vuelve una superficie maleable.

Los microgrupos se forman por la confluencia de relaciones sociales de acuerdo a un proceso de territorialización con lo cotidiano, que promueve prácticas compartidas. Pero esto no es suficiente para la conformación de microgrupos de poder, también es necesario que estos compartan códigos semánticos que vayan más allá de lo territorial, que promuevan una integración no sólo funcional, sino también una relación de proximidad, de conveniencia con el otro, de amistad, de edad, o sexo; de identificarse con el otro próximo³⁶, socializando la alteridad, considerando cierta familiaridad con el otro, que ayudará a transformar sintagmáticamente el espacio, en la medida que esos lugares pasan a tener su propio manejo lingüístico (lenguajes, proxémica).

Los microgrupos relegan a los que no pertenecen a ellos a la periferia, los indeseados o los incapaces. Aquí nace una nodosidad³⁷, concepto de centro de poder donde se acumula energía para ciertas prácticas en un agrupamiento de identificables donde se forma una centralidad, apareciendo unos actores que impregnan cierta sintagmática, que activan una estrategia de control y de implantación del *juego*. Como cuando ellos se congregan en el Espacio del Humo:

Si, ellos hacen empatía más con unos que con otros, los Fármacodependientes se entienden más entre ellos y hacen barritas, por ejemplo las señoras que tienen otro tipo de patología también forman grupos (...) Los imputables también arman grupitos, en este momento son nueve, hacen parejitas entre ellos, esos grupitos que se arman dentro de la institución, permanecen juntos todo el día, o por

³⁶ “Así, el prójimo y próximo son parientes. Desde nuestra perspectiva, la primera hace referencia a la cercanía cognitiva con el otro, mientras que la segunda remite más (...), a una dimensión propiamente espacial, una *res extensa* en el sentido cartesiano”. (Castillejo, 2000, 142)

³⁷ Este concepto a sido trabajado por Raffestin (1980, 74), sirve para hablar de poderes que se manifiestan en los espacios, donde un individuo o grupo se convierte en una centralidad que genera poder sobre cierta práctica espacial

horarios, cuando tienen oportunidad a la hora de la fumada, cuando van a comer o están de descanso o en terapia (...). Estos grupos forman relaciones de poder, en el sentido que unos ejercen influencia sobre otros: Trabajadora social (H)

La norma induce a acciones y prácticas del espacio, que a su vez inducen a otras acciones, aquí los trabajadores marcan de nuevo los espacios en una corrección de poder como nodos, cada trabajador se convierte así, en un micronodo. En el caso del Espacio del Humo, ellos controlan los cigarrillos, los entregan y están pendientes de quien los quita, para corregir su acción. Son una referencia de ir **A**, o de esconderse o evitarla la vigilancia de **A**. Al mismo tiempo, se pueden referenciar grupos de reclusos que marcan nodos y acciones en el espacio, como los fármacodependientes o los del INPEC, o microgrupos conformados por diferentes miembros de los grupos de identificables. Estos se vuelven referentes relacionales de territorialidades que influyen lugares, los reclusos vuelven suyos los espacios, por ende, los manejan convirtiéndolos en lugar.

CONCLUSIONES

Debemos empezar estas conclusiones o mejor estas proyecciones, reiterando que el espacio principal fuente de nuestro análisis; visto desde fuera, es un sitio, es una percepción de alguien que no lo vivió pero que lo referencia en ubicación. Desde el recuerdo del que lo vivió también es un sitio como referencia de lugar en la memoria. La disposición conceptual de sitio y de lugar dependerá de donde se mire el espacio, si desde dentro o desde fuera, si desde el presente o desde el pasado.

Pero todo lugar tiene algo de sitio, porque siempre hay alguien mirando el lugar de *otros*, y esos *otros* están haciendo el mismo ejercicio con *otros*, para referenciar y diferenciar los territorios y las territorialidades, para hacerlos únicos y particulares. Si un lugar tiene algo de sitio, podemos hablar de Pensión como el lugar del bienestar, del buen transitar visto desde el trabajador, haciendo referencia al recluso. Si un sitio tiene algo de lugar, un buen ejemplo es Cuidados Intensivos como representación de castigo para el recluso, de retroceso para el trabajador, y como mecanismo de amenaza para controlar transgresiones. Si un sitio es un sitio, es a partir de la mirada del que vive fuera de la institución. Si un lugar se vuelve sitio, es desde el recuerdo del trabajador. Si un lugar es un lugar, es por aquel que fuma el cigarrillo, o juega en la Cancha de Fútbol. Sólo podemos hablar de lugar como lugar en esta trabajo si vemos las relaciones y las prácticas que reproducen los reclusos en el espacio. En esta medida es sugerente decir, que mientras un lugar (apropiación total de territorio) puede ser un sitio (sentido de referencia y de mera ubicación territorial) para algunos, un sitio puede ser el lugar de otros, que nos proporciona significados de un espacio como sitio.

Las vías

En la etnografía fueron tomadas dos vías para poder realizar el análisis metodológico de la semantización del territorio: la primera, fue desde la mirada de los trabajadores y desde la normatividad impuesta en la institución, desde el manejo como proyecto de normalización institucional, que se promueve bajo el uso como aplicación de la normatividad, podríamos decir que la institución total tiene la concepción de

normalizar a los reclusos para posiblemente devolverlos a la sociedad (ya normalizados), pero la única forma de aplicar tal idea, es hacer uso de la norma, reeducando constantemente al individuo en la misma, en todos los ámbitos institucionales.

Con los trabajadores, podemos decir que se encontraron sitios referenciables como Cuidados Intensivos, que se convirtió en el Sitio del Castigo para los reclusos, Geronto como el Sitio de la Penuria para unos y para otros solo el Lugar de la Vejez, Pensión como el lugar del bienestar para todos, Pabellón Juanito como el sitio de la niñez visto desde el que llega, referencia, pero como el lugar del juego para el que está ahí; representaciones que manifiestan significaciones espaciales que nos empezaron a sugerir una construcción territorial más allá de la institucionalidad. A partir de estas representaciones nos podríamos imaginar la Clínica y el Hospital como un espacio habitado dispuesto a ser construido por otros; sitios y lugares desde los reclusos y los trabajadores, que evidenciaban características espaciales determinadas, que nos llevaron a categorizarlos con ciertos calificativos: castigo, bienestar, viejos o niñez. Ahí subyace la segunda vía como observación de los movimientos en el espacio que efectuaban algunos reclusos o grupos de reclusos, y como algunos de ellos entendían y *jugaban* con los manejos institucionales, demostrando con base al *buen* uso de la espacio-temporalidad, *un deber comportarse, un deber ser*, como concepción institucional, pero aleatoriamente los reclusos tienen otras concepciones de los espacios, como considerar a Cuidados Intensivos como un sitio donde será castigado, o a la Cancha de Fútbol como un lugar exclusivo donde el puede jugar con los que quiere.

Los reclusos a través de su transitar nos llevaron por el camino de una configuración territorial, del estar en “ese espacio”, pero no era suficiente con mirar cómo se está, se entra ó se sale de un sitio, también era necesario observar relaciones grupales que nos marcaran procesos de socialización para llegar a proponer lugares. Primero se requirió mirar su vida cotidiana y la normatividad institucional, esto nos guió por el camino de la configuración de su vida cotidiana, marcada por horarios y espacios específicos, que nos indicaron que cabía la posibilidad, que el recluso creara lugares

emergentes, espacios que bajo una temporalidad y especialidad rígida hacían que algunos reclusos los marcaran como lugares, una propuesta institución de configuración territorial. Pero la normatividad sólo es una propuesta, una estrategia de una sola vía, institucionalidad hacia reclusos, que deja a los lugares “medios”, dejándolos como sitios. Los lugares para ser lugares necesitan la otra propuesta, la otra vía, una estrategia de reclusos que les permitiera crear lugares y marcarlos a partir de límites definidos, ésta estrategia la podemos examinar gracias a la formación de migrogrupos de poder en la institución. Los Territorios de microgrupos marcados por una relación entre los individuos nos dan una identidad espacial que se organiza en un sentido de exclusividad.

Los espacios de socialización creados por la institucionalidad bajo su normatividad, generan el encuentro con el otro y con los espacios, en un intercambio de experiencias y de relaciones de poder proponiendo la visión del mundo que les tocó vivir, generando vínculos sociales.

Los espacios se semantizan como lugares con una puesta en escena del juego del manejo del espacio, que está conectado con las líneas de autoridad, trabajadores que ejercen el poder sobre el mismo espacio institucional que maneja los medios de comunicación de normas organizadas. Los trabajadores con ciertos reclusos normatizadores normalizados forman redes de control que facilitan la comunicación de la norma y los intercambios relacionales de los dispositivos de poder entre institución y reclusos, organizando un territorio institucional.

Los límites hacen parte del juego de producción social y reproducción social del territorio. Comprendemos que los límites son vividos y consumidos, como dice Raffestin (1980), la noción de límite es uno de los componentes generales de toda práctica y no solamente espacial, los límites los vemos en todos los ordenes de la práctica y los espacios, especialmente dentro de las instituciones totales. Definir, caracterizar, distinguir, enlazar, decidir, actuar, implica la noción de límite, por lo cual se demarca. Podemos decir y comprender que los centros de reclusión son el ejemplo primordial de

demarcación del poder institucional, puesto que éstos confinan al ser humano a espacios con límites que se pueden convertir en márgenes que cierran a los reclusos en espacios fijos o semifijos; pero se contrarresta porque se generan las fronteras como un límite más flexible que permite la comunicación y los abscesos entre varios espacios socializados según la institución. Los microgrupos podrán plantear fronteras, pero nunca tendrán el poder sobre todas las márgenes, puesto que la mayoría están institucionalizadas. La institución podrá tener control sobre la mayoría de márgenes, pero no, sobre las fronteras que construyen y configuran los reclusos o los microgrupos, entre ellos.

Por lo anterior, **la institución total** es un sistema de intención y de acción que controla a los reclusos desde la normatividad, centrando su poder en los trabajadores y administrativos, pero se escapa a su poder, la creación de fronteras creadas por los reclusos. Dentro de la institución mental algunos reclusos y grupos de reclusos (casos evidenciables) que proyectan la construcción, configuración de lugares y de sitios (de territorios y territorialidades) por fuera del control institucional, arman territorio, y en ellos se implanta un juego entre norma – prácticas – reclusión, y ese juego se lleva a cabo a través de las estrategias entre unos y otros, tanto intrasubgrupos como desde la verticalidad de la administración.

Estrategias en el laberinto

Aquí, es importante señalar el papel que cumple la rutinización, pues es gracias a esta que muchos espacios, y en particular a los que nos referimos, se vuelven de uso cotidiano en el devenir de las prácticas. Al principio es un espacio nuevo y extraño, pero una vez allí, la rutinización de la norma que influye la mayoría de las prácticas lo vuelve

un espacio cotidiano³⁸. En esa relación norma-espacio, bien vale la pena retomar los planteamientos de Pierre Bourdieu (1988, 93) cuando cita a Weber “los agentes sociales obedecen a la regla cuando el interés por obedecerla la coloca por encima del interés por desobedecerla”. Y a continuación agrega, “esta buena y sana fórmula materialista es interesante porque recuerda que la regla no es automáticamente por si sola y obliga a preguntarse en qué condición una regla puede actuar”. En los centros de reclusión se efectúa todo un proceso de rutinización y educación sistemática de las reglas, basando su implantación en los espacios y las prácticas que se realizan a través de principios coactivos y coercitivos como medio de ordenar el mundo interno que se proyecta como una de las estrategias más contundentes para devolver al anormal a la normalidad –y si es posible, devolverlo a su sociedad– y esto es posible porque que la mayoría de los reclusos que viven en estas instituciones totales ya venían con sus habitus:

Como sistema de disposiciones durables y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar adaptadas objetivamente a su fin sin suponer la búsqueda conciente de fines y en dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “regulados” y “reguladores” sin ser producto de la obediencia a las reglas, y, a la vez que todo, colectivamente orquestado sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta.
(Pierre Bourdieu, 1991, 92)

Un *loco*, no es un ser desnudo de sí, quizá desnudo de su sociedad, de la que ha salido, pero es imposible pensar que un enfermo mental se ha retraído totalmente de sus

³⁸ Afianzando lo que ya hemos dicho al inferir al interior del texto podemos agregar que un espacio cotidiano puede marcarse por la rutinización del mismo, pero la vida cotidiana que la referencia también necesita poner en escena la reproducción de las prácticas que allí se realizan y también los rompimientos y resquebrajamiento (como rituales y microrituales que se establecen en intensidades que pertenecen al tiempo) que se dan para la dinámica de la vida cotidiana. Esta interpretación nace de las múltiples lecturas hechas en el libro *La Vida Cotidiana y su Espacio temporalidad* (Lindón, 2000)

principios de cultura, esta “especie de hasta luego psicológico”, brinda a ese ser, la posibilidad de contemplarlo todo desde la distancia, su distancia interior. Es por ello que los reclusos que viven en estas instituciones portan sus propios *habitus* y pueden replegar las estrategias para confrontarse al intento de codificación institucional y así, ellos codificar y poner en formas³⁹ sus espacios y sus temporalidades, incluyendo sus prácticas, significando, representando y en cierta medida manejando su mundo inmediato, así las estrategias replegadas no tengan una intención estratégica. Estas estrategias marchan hacia la codificación y configuración del territorio, de sus espacios dentro de la institución, se sumergen en un proceso de codificación del comportamiento, que en el momento, sirve para vivir sus espacios inmediatos, pero que tiene como finalidad que puedan vivir en los espacios, fuera de la institución a la vista de los otros, ya no siendo descodificados sino codificados socialmente. El papel de las instituciones totales o centros de reclusión es devolver a los recodificados que puedan, a la vista de la sociedad. Esta estrategia contemporánea cobra vital importancia porque devuelve a sus inmediatos a la sociedad.

El *habitus*⁴⁰, no es un constructo acabado, pero si permite la puesta en escena de principios básicos de acción. ¿Pero qué sucede con las conductas que no son ordinarias, como las conductas de los reclusos especialmente las que manifiestan los “enfermos mentales”, teniendo en cuenta que sus “principios de juicio, de percepción, de comprensión”, son entendidos por la sociedad como principios descodificados?: Estos principios se ajustan en la mayoría de reclusos con el juego de codificación propuesto, desde un *habitus* como concepto generador de prácticas que deja translucir, que muchos

³⁹ “Codificar es a la vez poner en forma y poner en formas. Hay una virtud propia de la forma y el dominio cultural siempre es un dominio de las formas... todos esos juegos de puestas en forma que, como se ve con el eufemismo, son otros tantos juegos con la regla del juego, es necesario conocer al dedillo la regla, los adversarios, el juego. Si fuera necesario proponer una definición transcultural de la excelencia diría que es el hecho de saber jugar con la regla del juego hasta los límites, hasta la trasgresión, permitiéndose en la regla”. (Bourdieu, 1988, 85)

⁴⁰ “El *habitus*, como sistema de disposiciones para la práctica es un fundamento objetivo de conductas regulares, por lo tanto, de la regularidad de las conductas, y, si se puede prever las prácticas (aquí la sanción asociada a cierta trasgresión), es porque el *habitus* hace que los agentes que están dotados de él se comporten de una cierta manera en ciertas circunstancias.” (Bourdieu, 1988, 84)

son capaces de codificar algunos principios; el otro proceso de codificación se da en la capacidad de relacionar las normas con las prácticas dentro de los espacios, de su efectividad depende el poder manejar algunos espacios a través de estrategias grupales o individuales, que se manifiestan dentro de los mismos grupos (sin hacer referencia a individuos aislados) consiguiendo observar como se marca y se configura un territorio a través de la construcción de lugar, permitiendo un análisis más allá de lo territorial.

Qué es el laberinto

En sí podríamos decir que muchos de los centros de reclusión contemporáneos, son filtros de habitus, de prácticas particulares y colectivas que remodelan las prácticas en un movimiento extremo de codificación que no es exclusivamente institucional, que es ajustado por la espacio-temporalidad que allí se vive con la repetición de la norma y las prácticas que efectúan los reclusos, dentro de un laberinto cerrado con un juego abierto de estrategias, y esto se da porque:

El habitus tiene una parte ligada a lo imprevisto y a lo vago. Espontaneidad que se afirma en la confrontación improvisada con situaciones sin cesar renovadas, obedece a una lógica práctica, la de lo impreciso, del más o menos, que define la relación ordinaria con el mundo. (Bourdieu, 1988, 84)

Lo espontáneo, lo impreciso y lo improvisado, permite que en los centros de reclusión se den, y se pongan en escena, estrategias de ambos lados, el institucional y el de reclusos. La norma rígida de la institución se vuelve maleable a través de las estrategias replegadas desde los habitus de los reclusos, en ningún momento se quiere decir que la institucionalidad, no siga manifestando su normatividad, pasa que la institución total contemporánea promueve al mismo tiempo un auto-control normativo de los reclusos, y esto sólo es posible si se dejan algunas normas flexibles, no rompibles, si fijas. Un juego de codificación potencializado que servirá para que ellos

vuelvan en un momento determinado a la sociedad, para ser mirados de nuevo como *sujetos normales codificados*, o al menos bajo las márgenes que permitirán ciertos niveles de interacción.

BIBIOGRAFIA

ÁLVARO, L. José. 2004. "Representaciones sociales". En: *Diccionario critico de ciencias sociales* (Dir.) Román REYES. <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>

AUGE, Marc. 1982. *Los no lugares. Espacios del anonimato una antropología sobre la sobremodernidad*. Editorial Gedisa, Barcelona.

BALANDIER, Georges. 1994. *el poder en escenas*. Editorial Paidos Iberica S.A, Barcelona

BOURDIEU, Pierre. 1991. *El sentido práctico*. Taurus Ediciones, Madrid.

_____. (1988): *Las cosas dichas*. Editorial Gedisa, Madrid.

CASTILLEJO, Alejandro. 2000. "Anatomía de la intimidad" en Eduardo RESTREPO y María Victoria URIBE (Edit.) *Antropologías transeúntes*. Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá.

CORRALES, Ahída, et al. 1994. *Características de familias de pacientes con patología psiquiátrica, Hospitalizados en instituciones de Manizales*. Tesis. Universidad Católica de Manizales.

DI MÉO, Guy. 1998. *Géographie sociale et territoires*. Éditions Nathan, Paris.

HARDT, Michel y NEGRI, Antonio. 2002: *Imperio*. Editorial Paidos, Buenos Aires.

FENÁNDEZ, Christleb, Pablo. 2000. "El territorio instantáneo de la comunidad posmoderna". En Alicia Lindón (comp.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*. Anthropos Editorial, Barcelona.

FERRARA, Francisco. 2001. *Exclusión y reclusión: fenómenos psicosociales de la subjetividad contemporánea*. <http://ar.geocities.com/adicciones2001/jornada.htm>

FOUCAULT, Michel. 2001. *Los Anormales*. Fondo de Cultura Económica, México.

GARCIA, José L. 1976. *Antropología del territorio*. Taller de ediciones Josefina Betancor, Madrid.

GARCIA, Pelayo (consultado 2003). “Normas / rutinas”. En: *Diccionario filosófico*. <http://www.filosofia.org/filomat/df218.htm>

GOFFMAN, ERWING. 1997. *Internados, ensayo sobre la situación mental de los enfermos mentales*. Amorrortu editores, Buenos Aires.

MONNET, Jerome. 2002. “la ciudad como OSSI (Objeto socio-espacial identificable). Las categorías de la experiencia y del conocimiento del espacio urbano”. En: *Revista Virajes*, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

NATES, C. BEATRIZ. 2001. “Reconfiguraciones territoriales”. En: *Territorialidades Reconstituidas*. Forec y Universidad de Caldas – Colombia.

LEFEBVRE, Henri. 1972. *La vida cotidiana en el mundo moderno*. Madrid: Alianza.

LINDÓN Alicia. 2000. “Introducción”. En Alicia Lindón (comp.), *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*. Antropos Editorial. Barcelona.

_____. “La espacialidad como fuente de innovaciones de la vida cotidiana. Hacia modos de vida cuasi fijos en el espacio”. En: *La vida cotidiana y su espacio-temporalidad*. Antropos Editorial. Barcelona.

LOPEZ, Clemente. 1997. *Cuatrocientos años de Hospitalidad. La orden Hospitalaria en Colombia*. Editorial Selere, Santafé de Bogotá.

PINZÓN, Carlos y SUÁREZ Rosa. 1989. "Etnocidio y locura". En: *Revista Colombiana de Antropología*, Bogotá.

RAFFESTIN, Claude. 1980. *Pour une géographie du pouvoir*. Editorial Litec, Paris.

ROSSELLLI, Humberto. 1968. *Historia de la Psiquiatría en Colombia*. Editorial Horizontes, Bogotá, D. E.

SAHLINS, Marshall. 1998. *islas de historia. la muerte del capitán Cook, Metáfora, antropología e historia*. Barcelona: Gedisa.

_____. 1997. *Cultura y Razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica*. Barcelona: Gedisa.

VARGAS. L. Gloria, Ma. 2003. "Fronteras: espacios conceptuales y materiales en el contexto de la geografía". En: *FRONTERAS territorios y metáforas* (comp.) Editorial Lealon. Medellín, Colombia.