



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Los dilemas de *vivir juntos*

Un estudio etnográfico en un pabellón psiquiátrico dentro de una
cárcel federal de la Provincia de Buenos Aires

Tesis para optar por el título de Magister en Antropología Social

Autora: Lic. Mercedes Rojas Machado
Diretor: Dr. Sergio Eduardo Visacovsky
Co-directora: Dra. María Jimena Mantilla

Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Noviembre de 2017

Resumen

En el presente trabajo indago, desde una perspectiva etnográfica, las tensiones surgidas en la relación entre el dispositivo penitenciario y el psiquiátrico-terapéutico dentro de un contexto institucional específico: el servicio especializado en salud mental de una cárcel de máxima seguridad en la Provincia de Buenos Aires. En este lugar funciona un programa nacional de intervención civil encargado del tratamiento de personas privadas de libertad por la aplicación de una *medida de seguridad curativa* regulada en el Artículo 34 del Código Penal, y otros detenidos tipificados con diagnósticos psiquiátricos que requieran atención especializada en la órbita federal.

Situando el análisis en las interacciones cotidianas y las formas en las que los distintos actores experimentan, narran y viven el medio en el que se encuentran, procuré mostrar que en la articulación entre una fuerza de seguridad y un organismo civil de tratamiento se produjo un universo social específico, heterogéneo y conflictivo donde convergen distintos abordajes disciplinarios, discursos científicos, valores morales y criterios políticos y ético-profesionales. Sostengo que el funcionamiento de la institución recae sobre un territorio dinámico de consensos y disputas, un “vivir juntos” que oscila entre la paz y la guerra, la solidaridad y la violencia, la convergencia y dispersión. Para su fundamentación, recurrí al estudio de tres situaciones problemáticas, en las que pueden observarse las características de este escenario, y cómo los agentes penitenciarios, profesionales civiles y pacientes-internos participan activamente de su construcción. Asimismo, realizo un análisis de sus experiencias, reconstruyendo las situaciones y los contextos cotidianos que les dan sentido y hacen inteligible lo que estas personas dicen y hacen.

La fundamentación empírica fue construida en función de un trabajo de campo etnográfico desarrollado entre los meses de junio y diciembre de 2015 dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza.

Palabras claves: Salud Mental – Servicio Penitenciario Federal – Etnografía – Cárcel – Hospital psiquiátrico

Abstract

This research, done from an ethnographic perspective, enquires about the tensions arising in the relationship between the penitentiary and the psychiatric-therapeutic device within a specific institutional context: the specialized mental health service of a maximum security prison in the Province of Buenos Aires Aires. This place runs a national program of civil intervention which treats people deprived of liberty by the application of a curative security measure (compulsive treatment) regulated in Article 34 of the Penal Code and other detainees typified with psychiatric diagnoses that require specialized attention in the federal orbit.

By establishing the analysis in the daily interactions and the ways in which the different actors experience, narrate and live the environment in which they find themselves, I have attempted to show that in the articulation between a security force and a civilian treatment organization a specific, heterogeneous and conflictive social universe developed where different disciplinary approaches, scientific discourses, moral values and political and ethical-professional criteria converge. I argue that the functioning of the institution falls into a dynamic territory of consensus and disputes, a "living together" that oscillates between peace and war, solidarity and violence, convergence and dispersion. In support of this statement, I resorted to the study of three problematic situations which show the characteristics of this scenario and how the active participation of prison agents, civil professionals and internal patients contributes to the development of such scenario. Also, I perform an analysis of their experiences, reconstructing the situations and everyday contexts that give them meaning and make what these people say and do intelligible.

The empirical foundation was built based on an ethnographic fieldwork developed between the months of June and December 2015 within the psychiatric ward of Ezeiza.

Key words: Mental Health - Federal Penitentiary Service - Ethnography - Prison - Psychiatric Hospital

Índice

Índice de Imágenes	p. 5
Agradecimientos	p. 6
Introducción	p. 9
La cárcel y el hospital psiquiátrico, una etnografía en contexto de encierro.....	p. 20
El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, una aproximación a su historia	p. 26
El trabajo de campo	p. 31
Estructura de la tesis	p. 33
Capítulo 1: El pabellón psiquiátrico de Ezeiza, espacios <i>en disputa</i>	p. 36
Entrar en <i>el PRISMA</i>	p. 37
“ <i>El PRISMA</i> ”	p. 45
Espacios híbridos, espacios en disputa	p. 52
Espacios de tratamiento de pacientes-internos a cargo del PRISMA	p. 53
Espacios de tratamiento de pacientes-internos a cargo del SPF. “La vida en pausa y los estigmas sociales”	p. 63
Otros espacios de control compartidos	p. 69
Recapitulación	p. 73
Capítulo 2: “Éste no debería estar acá”. Procesos de producción del paciente- interno	p. 76
Los saberes en cuestión ¿Quiénes son admitidos en el PRISMA?.....	p. 78
Estigmas y beneficios	p. 83
Escrito en el cuerpo	p. 87
“Se nos vacía el PRISMA”	p. 91
El PRISMA como “buzón”. Entre “pacientes” y “refugiados”	p. 94
Los pacientes-internos, más allá de las taxonomías institucionales	p. 101
“El Bautismo” entre la ceremonia y el espectáculo: prácticas rituales en el ingreso de pacientes-internos dentro del PRISMA ...	p. 102
El día a día.....	p. 106

“Esos refugiados vienen a hacer acá lo que no pudieron hacer en el pabellón”	p. 110
Recapitulación	p. 113
Capítulo 3: “El conflicto de las plantas”. Violencia y repertorios morales	p. 115
La pelea del taller de cine	p. 116
Las interpretaciones	p. 123
Asambleas, suspensión de talleres y “castigo” a los responsables.....	p. 123
Narrativas de un conflicto anunciado.....	p. 127
La tregua.....	p. 133
¿Qué es ser violento en el pabellón psiquiátrico del PRISMA?	p. 135
Recapitulación	p. 143
Conclusiones.....	p. 144
A modo de epílogo	p. 152
Bibliografía.....	p. 154
Anexo I. Estructura del pabellón de Ezeiza	p. 169
Anexo II. Glosario	p. 172
Anexo III. Lista de siglas.....	p. 174

Índice de Imágenes

Índice de mapas

Im. 01. Estructura del Complejo Penitenciario Federal I. Ezeiza.....p. 38

Im. 02. Módulos de alojamiento del CPFIp. 40

Índice de planos

Im. 03. Disposición de espacios institucionales. Planta Bajap. 47

Im. 04. Áreas de consultorios, monitoreo SPF y sala de alojamientop. 49

Agradecimientos

Toda producción supone condensar el trabajo de muchas personas que, voluntariamente o de forma indirecta, han permitido que la misma pueda llevarse a cabo.

En primer lugar, quiero agradecer al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por el otorgamiento de mi beca doctoral, hubiese sido sumamente dificultoso llevar a cabo un trabajo de campo sostenido durante tanto tiempo y la etapa de escritura sin este estipendio. A mi lugar de trabajo, al Centro de Investigaciones Sociales (CIS-CONICET/IDES) por ser un espacio sumamente fructífero de formación.

Un párrafo aparte merecen mis directores, Sergio Eduardo Visacovsky y María Jimena Mantilla. Cuando los convoqué para que acompañen mi postulación a beca doctoral, llevaba varios años dedicada al ámbito de la política pública y me encontraba desligada de actividades de investigación académica. Desde entonces, y aún en sus momentos difíciles, han trabajado con enorme compromiso, minuciosas lecturas e infinita paciencia. El proceso formación también involucra un enorme conjunto de gestos que exceden y superan aspectos formales. Así pues, agradezco también el cariño, el acompañamiento y haber tenido más confianza en mí de la que yo me tenía al momento de conocerlos.

Quiero agradecer especialmente a quienes compartieron conmigo sus vidas, sueños y penas con entrega, calidez y compromiso. A los pacientes-internos, los *locos-presos*, quienes me acompañaron durante los meses de trabajo de campo con afecto, cuidado y solidaridad. Espero haber respetado su confianza en el transcurso de estas páginas.

A los trabajadores del pabellón psiquiátrico, agentes penitenciarios y profesionales civiles, por haber permitido mi intromisión en sus tareas cotidianas y por la libertad concedida durante los meses de trabajo de campo. Especialmente, quiero agradecer a Jessica Muniello por haber autorizado mi ingreso y permanencia, a Mariano Machado Poblet, Ana Latorraca y Alejandro González. A los talleristas Marcelo Levi y Leticia Purdon por haber permitido la insistente invasión en sus espacios de trabajo; y a Sisinio Espínola por su interés en este trabajo y su generosidad.

El trabajo académico suele implicar tiempos, espacios y tareas en absoluta soledad, especialmente por las necesarias instancias de reflexión, lectura y escritura. Quiero agradecer a los grupos en los que he participado estos años, a las personas que los componen, por sus lecturas y comentarios sobre partes de esta tesis. Al Programa

sobre la Historia de los Saberes “Psi” del CIS-CONICET/IDES coordinado por Mariano Plotkin, al Núcleo de Estudios sobre la Violencia y la Muerte coordinado por José Garriga Zucal, Laura Panizzo y Gonzalo Nogueira en la UNSAM. Y, especialmente, quiero agradecer al Grupo Interdisciplinario de Investigadores en Formación (GIFF), a mis compañeros y compañeras becarios/as del CIS-CONICET/IDES por las lecturas minuciosas y por los espacios de contención entre pares, fundamentales ambos en las últimas instancias de este trabajo. También debo agradecer a aquellos que me han formado desde la Maestría de Antropología Social, al cuerpo docente de este posgrado, al Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES) y al Instituto de Altos Estudios Sociales (IDAES) de la Universidad Nacional de San Martín por hacerlo posible. Quisiera, a su vez, transmitirle mi agradecimiento a Laura Luchetti, por responder siempre a la brevedad ante mis “desesperadas” consultas, recomendarme material para este trabajo y hacer de la biblioteca un espacio de formación.

A Mabel Remón por haberme acercado a la cuestión penitenciaria desde el Programa de Acceso a la Justicia a Personas con Discapacidad (ADAJUS) del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Sin sospecharlo en aquel entonces, pude sumergirme en lo que hoy conforma una de mis principales inquietudes profesionales.

En otro orden, a quienes estuvieron cerca, a mis amigos y amigas de la vida, a las personas que me apuntalaron en momentos los momentos más arduos del trabajo de campo. Especialmente a Martín Rodríguez por ser la voz autoritaria en mis momentos de deserción y por el apoyo incondicional, a Sebastián Camacho por la paciencia y el compañerismo, a la genia de Ana Carrino por sus traducciones en tiempo record, a Irene Claverie Bidart, Leandro Daich Varela, Matías Menga, Florencia Villanueva, Hilde Kunze, Georgina Colman Alet, Georgina Villalón, Sabrina Cuasnicú, Nicolás Sillitti, Agustín Vallarino, Pablo Ianni, Valeria Zambianchi, José Luis Latella, Eduardo Soto y Javier Velázquez. También a aquellas personas que desde diferentes lugares se interesaron por este trabajo, comprendiendo mis inquietudes y acompañando con el consejo y a escucha, a la querida María Silvia Mazzanti y a Susy Forte.

A mi familia por el apoyo brindado en todos estos años, a los que ya no están y a los que todavía me acompañan. A mis padres Oscar y Cristina, a mis abuelos Cacho y Yoly, a mis hermanas Paula y Agustina, a mi cuñado Hernán y a mi sobrino Manuel. A mi compañero Leandro por las interminables discusiones teóricas, los aportes, la paciencia y el apoyo, especialmente durante la última etapa de escritura.

A todos ellos y ellas ¡muchas gracias!

*A Germán, Ariel, Lolo
y a todos los muchachos del pabellón*

Introducción

La primera vez que transité el pabellón psiquiátrico de Ezeiza fue, en efecto, la primera vez que estuve en una cárcel. En aquel momento me desempeñaba en el área de investigación social de un programa nacional del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Entre nuestras tareas se encontraba la detección, monitoreo y asistencia a personas con discapacidad en contextos de encierro carcelario dentro de la órbita federal. Quienes conocen el funcionamiento de las burocracias estatales estarán familiarizados con las enormes dilaciones temporales que intervienen, a pesar de las intenciones de los funcionarios de turno. En aquel momento, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal estaba a cargo del Dr. Víctor Hortel, cuyo compromiso con nuestras obligaciones, y con la participación civil dentro del ámbito penitenciario en general, allanó considerablemente el largo camino administrativo que debía afrontar el ingreso a los distintos establecimientos del Servicio.

Mientras nuestro expediente avanzaba casilleros, logramos ganar tiempo ingresando a través de un programa de intervención civil que dependía en forma directa de autoridades del Ministerio de Justicia y DDHH y del Ministerio de Salud, y que por lo tanto podíamos prescindir de la autorización formal que tiempo después emitiría el Servicio Penitenciario Federal, autorizando nuestro ingreso a todos sus establecimientos del país. El único sector que podíamos visitar en aquella instancia era el pabellón psiquiátrico de Ezeiza a cargo del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA).

Este programa fue creado en el año 2011 por la Resolución Conjunta 1075/2011 y 1128/2011 entre los Ministerios de Salud y Justicia y Derechos Humanos de la Nación, con el propósito de dar cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 en los contextos penitenciarios de la órbita federal. Fue emplazado en el ala norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal de Ezeiza, uno de los establecimientos de máxima seguridad más grandes del SPF. Desde su puesta en funcionamiento, una fuerza de seguridad y un organismo civil tienen a su cargo la gestión, control y tratamiento de personas detenidas tipificadas con padecimientos psiquiátricos¹, incluyendo a quienes les fue aplicada una ‘medida de

¹ El Servicio Penitenciario cuenta con dispositivos de tratamiento propios en términos de salud mental. En primer lugar, el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (PROTIN) que funciona en los dos Complejos de Ezeiza (hombres y mujeres). Funciona en los anexos Por otro lado, los grandes complejos del SPF y muchos de sus establecimientos penitenciarios cuentan con programas

seguridad curativa'. Para su funcionamiento, el Programa cuenta con un amplio número de profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros) encargados de la evaluación, admisión y tratamiento de la población alojada. El Servicio, por su parte, está encabezado por el Jefe de Seguridad Interna, con personal administrativo propio, y dos trabajadoras sociales encargadas de coordinar las áreas de educación y trabajo (ambas gestionadas exclusivamente por el SPF).

Junto con mis compañeros de trabajo realizamos algunas visitas, antes de implementar una encuesta de detección de discapacidad². En la primera de ellas nos acompañó Hernán, un trabajador social que formaba parte del dispositivo de inclusión del PRISMA³ cuyo funcionamiento tenía lugar fuera del establecimiento penitenciario. Él había estado en el Complejo durante los primeros meses de implementación del Programa y tenía una vasta experiencia de trabajo con esta población desde su alojamiento anterior, en el Hospital José T. Borda. Su compañía fue de gran ayuda aquel día, puesto que conocía a todas las personas que allí trabajaban, fueran civiles o penitenciarios. Tenía poco más de treinta años y un carácter tranquilo y cálido que facilitaba sus relaciones interpersonales.

Apenas ingresamos al pabellón psiquiátrico arribamos en una pequeña oficina donde estaba aguardando nuestra llegada Morales, un agente del Servicio Penitenciario de mediana edad, morocho y robusto. Registró nuestros datos, nos pidió el documento (procedimiento que realizamos ese día en tres oficinas distintas del SPF) y se dirigió a Hernán con gesto de preocupación:

La verdad, qué bueno que estás acá, porque te quiero contar lo que estuvo pasando últimamente. Está todo muy lindo con querer hacer de esto un hospital, pero están pasando cosas muy complicadas y se está yendo todo de las manos. Esta semana García le pegó una trompada a una psicóloga, y no

destinados a la atención de algunas problemáticas de salud mental: Programa de Asistencia Grupal para Adictos (AGA), Programa de Prevención de Suicidios (PPS), Programa para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual (CAS), el nuevo Programa para Ofensores Sexuales (POS) que funciona en el anexo de la U.9 de Senillosa, y Centros de Rehabilitación de Drogodependientes (CRD).

² Para mayor información acerca de las características de este estudio al interior del Servicio Penitenciario Federal ver Informe ADAJUS (2012) y Rojas Machado y Soto (2013).

³ El equipo de inclusión del PRISMA estaba destinado a aquellas personas que obtenían la libertad y habían pasado su estadía en prisión alojados en el dispositivo de tratamiento del PRISMA, ya sea de modo transitorio o en cumplimiento de una medida de seguridad por haber sido declarados inimputables. Tenía entonces como objetivo principal, garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresaba. En su enunciación formal se trataba además de un dispositivo sanitario abierto, es decir ajeno por completo al sistema penal; y en este sentido distinto a estructuras como los patronatos de liberados. En su momento, incluso, los ministerios intervinientes habían previsto la construcción o la adquisición de una casa de medio camino para el desarrollo de esta etapa del programa; y la creación de equipos de seguimiento comunitario para personas que estuvieran en condiciones clínicas de ser alojadas en sus hogares o en otros efectores sanitarios (Lombraña, 2014:197).

sabés como le quedó la cara. Destruída. Como si eso fuese poco, Rolón armó una faca con un membrillo disecado y le perforó el pulmón a un compañero mío, lo dejó internado. Por eso, todo bien con el discurso del hospital, los derechos, querer hacer algo lindo. Nosotros compartimos eso, lo compartimos en serio, pero estamos en una cárcel, este es un lugar muy peligroso y hay que dejar de hacer cualquier cosa. Se está descuidando la seguridad de todo el mundo.

Hernán se mostró preocupado por la situación, pero no parecía sorprendido. Nos contó acerca de las dificultades para definir los límites de cada abordaje (el civil y el penitenciario), especialmente teniendo en cuenta “las disputas entre los miembros del Ministerio de Salud recién incorporados y aquellos que venían trabajando con esta población desde el Borda, todos ellos del Ministerio de Justicia”.

Continuamos nuestro recorrido por el pabellón y gracias al acompañamiento de nuestro guía pudimos ingresar en todas las salas y oficinas. Entre nuestras intenciones estaba el intento de dialogar con las autoridades del Programa, pero no fue posible entrevistarnos con ellos. De hecho, nos generó bastante inquietud la dificultad para conversar con el equipo de profesionales en general, ya que solamente algunos se acercaron y nos contaron sobre su forma de trabajo y las adecuaciones de un abordaje en materia de salud mental dentro de un contexto penitenciario. Había un intento por enfatizar una contraposición en la forma de definir el lugar en el que se encontraban y quienes debían “tratar” e “intervenir”. Solían insistir en la importancia del tratamiento y del desplazamiento paulatino de la lógica penitenciaria dentro del pabellón, en detrimento de criterios de seguridad sostenidos por el Servicio.

Nosotros no somos penitenciarios y no vemos *presos*. Nosotros somos profesionales civiles de salud mental y estamos al servicio de *pacientes*. Trabajar acá es muy difícil, la convivencia es difícil y realmente estamos todo el tiempo en una pugna interminable para evitar que el paradigma de tratamiento quede subsumido al de seguridad.

Pese a aquello que parecía ser una creencia común compartida por aquellos miembros del Programa, se veían algunos clivajes en relación a las normas que debían establecerse. “Parte de nuestra lucha es cumplir de verdad con la Ley de Salud Mental, y para eso tenemos que empezar a meter acá la lógica comunitaria”, nos dijo una psicóloga. Otros miembros, por el contrario, manifestaban que los cambios debían llevarse a cabo teniendo en consideración el espacio en el que estaban, no podían extrapolarse “dinámicas horizontales y comunitarias en una cárcel de máxima seguridad, donde hay facas y la violencia es extrema”.

Aun siendo nuestros primeros pasos notamos una enorme ambigüedad en el discurso de agentes y profesionales. El ámbito al que pertenecían y sus “destinatarios” eran definidos de diferentes maneras a medida que avanzábamos en nuestras conversaciones. Las nociones sobre el “hospital psiquiátrico”, la “cárcel”, el “preso” y el “paciente” oscilaban entre el contraste y la hibridación. Es decir, aparecían algunas veces como figuras antagónicas e irreconciliables, y otras dentro de un marco de referencia común que las integraba, mostrando un continuum entre ambas intervenciones.

Llegó el día del relevamiento y entrevistamos a las cincuenta y nueve personas alojadas hasta la fecha. Nos dispusieron en una pequeña oficina con dos escritorios y dos agentes penitenciarios en la puerta, para “garantizar nuestra seguridad”. Por momentos escuchábamos las risas que les generaban algunas de las respuestas de nuestros entrevistados, especialmente aquellas que involucraban la percepción de voces o imágenes que otras personas no perciben. Aquel día y por las características del procedimiento tuvimos contacto con toda la población, independientemente de su estado de salud. Así pues, estuvimos con “pacientes” lúcidos que estaban en condiciones de sostener una conversación de cualquier tipo, “pacientes” sumamente alterados, “pacientes” que por su medicación mostraban dificultades para sostener un diálogo, “pacientes somnolientos”, “pacientes temblorosos”, “pacientes agresivos” que nos daban un poco de miedo, “pacientes” que nos generaban empatía, “pacientes” que se presentaban como *pacientes*, “pacientes” que se presentaban como *presos*, “pacientes” que estaban provisoriamente, “pacientes” condenados que, por ser declarados inimputables y contar con una medida de seguridad curativa⁴, podrían pasar allí el resto de sus días.

En aquel tiempo consideraba problemático el modo en el que el estigma, la segregación y las marcas institucionales de diferentes modalidades de encierro y lógicas asilares operan en la forma en la que las personas construyen representaciones sobre sí

⁴ La “medida de seguridad curativa” está regulada en el Artículo 34 inciso 1 del Código Penal, vigente desde 1922. En el mismo indica: No son punibles: 1°. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en que se absolviere a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

mismas y, en simultáneo, el modo en el que son representadas por los demás. La experiencia dentro del pabellón psiquiátrico fue breve en aquel momento, pero dejó una marca imborrable, que tiempo después podría retomar con mis estudios de posgrado. Luego, la riqueza de la teoría antropológica, los meses de trabajo de campo etnográfico han devenido en lo que hoy es el objeto de esta tesis, centrada en la descripción y análisis de las tensiones surgidas en la articulación entre la lógica psiquiátrico-terapéutica y la penitenciaria dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza. Los interrogantes que demandaron su centralidad dentro de este trabajo merecen la mención de algunas consideraciones.

Como fue anticipado, el pabellón es presentado por los actores como un “hospital psiquiátrico-penitenciario”, cuya organización descansa en la articulación entre el dispositivo penitenciario y el psiquiátrico-terapéutico, a cargo del SPF y el PRISMA, respectivamente. Esta situación da lugar a un contexto peculiar donde conviven distintos abordajes institucionales, prácticas profesionales, discursos científicos y técnicos, disposiciones estatales, apreciaciones éticas y morales, etc.

De acuerdo a las disposiciones institucionales de ambos abordajes, las tareas de los agentes penitenciarios conciernen exclusivamente a funciones de vigilancia y seguridad. Estas incluyen el control de quiénes entran y salen del ala norte del HPC, acompañar a los pacientes-internos desde sus celdas para participar de las actividades socioculturales que propone el PRISMA o de los espacios de trabajo, educación o visita; son también los encargados de realizar las requisas, controlar las salas de alojamiento y celdas individuales de monitoreo permanente, acompañar a los profesionales en las rondas de medicación, entre sus tareas más importantes. El personal profesional del PRISMA tiene bajo su función la evaluación, admisión y tratamiento de toda la población alojada. En lo formal, el equipo interdisciplinario es el encargado de la toma de las decisiones que hacen al funcionamiento del pabellón.

Esta demarcación entre las tareas asignadas a cada uno de estos actores adquiere rasgos de enorme complejidad cuando se la observa en funcionamiento, dado que la admisión, tratamiento y seguridad no conforman entidades autárquicas, sino que se encuentran en constante relación, dando lugar a situaciones de conflicto entre la lógica sanitaria y la penitenciaria. Éstas se hacen observables cuando las autoridades deben tomar decisiones sobre actividades terapéuticas que están en contradicción con las normas generales del SPF, episodios de violencia entre la población detenida, decisiones de alojamiento que involucran aspectos clínicos y requerimientos

penitenciarios al mismo tiempo como efecto de la ausencia de otros dispositivos federales adecuados para internos con “padecimientos psiquiátricos” que están por fuera de los requisitos del Programa, entre otros. En todos ellos, vemos cómo de acuerdo al contexto se movilizan distintas categorías clasificatorias, “hospital”, “cárcel”, “locos”, “presos”.

Por su parte los destinatarios de tal intervención no son, en términos estrictos, internos penitenciarios, ni pacientes psiquiátricos. Se distinguen de los primeros debido a que, de acuerdo a la reglamentación vigente, se encuentran por fuera de la *Sistema progresivo de la pena*⁵ al estar suspendidas sus calificaciones de conducta y concepto (Decreto 396/1999, artículo 73). Es decir que tanto las sanciones como los ‘beneficios’ del sistema carcelario tradicional quedan suprimidas para esta población. Lo mismo ocurre con las visitas conyugales (también conocidas como visitas íntimas o higiénicas) que están prohibidas para las personas alojadas en estos servicios (Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad N° 24.660, artículo 68).

Pese a encontrarse dentro de un dispositivo que provee un tratamiento sistemático por parte de profesionales civiles de salud mental, quienes se localizan dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza difícilmente puedan homologarse a los pacientes internados en el ámbito civil. La permanencia dentro de una cárcel de máxima seguridad hace que estos pacientes-internos deban coexistir con dinámicas propias del ámbito penitenciario, que colisionan con su integridad física y psíquica. Como ha señalado el Centro de Estudios Legales y Sociales en su decimoctava edición del Informe Anual (2013), el tratamiento de la población guarda una enorme impronta carcelaria, desplazando los esfuerzos y potestades del cuerpo profesional civil a cargo del mismo. Han sido registradas en dicho informe prácticas tales como el confinamiento en las celdas de aislamiento, debido a dificultades de organización del espacio (personas con resguardo de integridad física, pacientes-internos de la misma sala de alojamiento con problemas de convivencia); mayores restricciones en la circulación respecto del ámbito hospitalario; y la presencia de las requisas que realiza el personal penitenciario, propias de un establecimiento de máxima seguridad, que no contempla el efecto que generan a personas tipificadas con algunos diagnósticos psiquiátricos. En adición, la

⁵ Este sistema se encuentra establecido en la Ley de Ejecución de la Pena actualmente vigente. Establece que los detenidos pueden ir alcanzando mayores niveles de acceso y su alojamiento en instituciones penales con modalidades y dinámicas cada vez más abiertas, a medida que van cumpliendo una serie de objetivos propuestos de antemano por el Servicio para cada caso. En el marco del Servicio Penitenciario Federal, el régimen progresivo está compuesto por cuatro etapas sucesivas: *observación, tratamiento, prueba y libertad condicional*.

escasa oferta de transporte público en las inmediaciones del predio del establecimiento, sumado a las dificultades y procedimientos burocráticos para las visitas ha promovido prácticas de abandono⁶.

No obstante, los esfuerzos del personal profesional civil del PRISMA, el abordaje terapéutico de esta población guarda una impronta penitenciaria que es negociada y disputada cuerpo a cuerpo en el desempeño cotidiano de agentes y profesionales civiles de tratamiento. Es común oír múltiples quejas por parte de los agentes de seguridad, respecto de las pocas horas que efectivamente los profesionales pasan en el penal, el escaso trato que entablan con los detenidos y las limitadas oportunidades en las que transitan los espacios del pabellón, en comparación con ellos. Los profesionales, por su parte, suelen referirse al personal de seguridad de modo peyorativo, caracterizado por la “brutalidad”, la “ignorancia”, y el modo violento en el que desempeñan su tarea. En ambos casos se trata de representaciones estereotipadas que “se construyen a partir de datos que son aislados de su contexto original (...) consolidándose finalmente como organizadoras para interpretar y operar sobre la realidad”, como señala uno de los psicólogos del Programa (Del Carlo, 2013: 75). Estas ideas definen un importante descrédito del trabajo del otro y resultan en el despliegue de una serie de impedimentos que dificultan el desempeño efectivo de las funciones de aquellos en el servicio.

A estas disputas y ambigüedades respecto de la definición del ámbito que comparten, en tanto “hospital psiquiátrico” o “cárcel”, y aquellas referidas a sujetos de intervención en tanto “pacientes” o “presos”; se desprende otra particularidad: en las perspectivas de los actores⁷ conviven dos marcos de referencia que dan sentido al lugar en el que se encuentran, y que son usados como recurso para legitimar prácticas y discursos de diversa índole. Es decir, ambos forman parte del “entramado significativo de la vida social donde los sujetos tornan inteligible el mundo en el que viven a partir de un saber compartido” (Guber, 2005:41).

Por un lado, nos encontramos con los *discursos psi*, característicos del ámbito de las internaciones psiquiátricas y abordajes psiquiátrico-terapéuticos. Estos discursos

⁶ Durante los meses de trabajo de campo viajé en los transportes que toman los familiares desde la estación de tren de Liniers, y también compartí momentos de largas esperas en la intemperie. En su mayoría mujeres y niños aguaran horas hasta poder ver a su familiar, otras veces los procedimientos burocráticos son tan ambiguos que deben retirarse sin acceder a la visita.

⁷ Al hablar de perspectivas nativas tomamos como referencia la definición de Fernando Balbi (2012), entendiéndolas como construcciones heurísticas (y no omnicomprendivas) que realiza el/la investigador/a, referidas a algunos aspectos del mundo social estudiado que deben ser integradas coherentemente en el análisis general.

pueden definirse como sistemas culturales (Rhodes, 1996) que involucran un conjunto heterogéneo de prácticas y saberes psiquiátricos y psicoanalíticos. Sostiene Mantilla (2008, 2010) que por intermedio de ellos suele definirse, clasificarse y dar sentido a las experiencias de las personas; pero dentro del contexto de la internación psiquiátrica, estas experiencias son transformadas en enfermedades, padecimientos o trastornos mentales.

En la sala de profesionales del PRISMA, en las conversaciones informales con el equipo, en las entrevistas de admisión, y en las publicaciones de miembros del equipo (Bistuer; 2013; Farji Trubba; 2013); pude observar cómo estos discursos pretenden hacer inteligible, explicar y justificar la conducta general de las personas y la situación clínica, mental, emocional y penal de los sujetos. La construcción del diagnóstico, por su parte, implica necesariamente la tarea de trasladar comportamientos específicos al lenguaje de la psiquiatría y del psicoanálisis. Tal como señala Mantilla (2010) en su etnografía sobre el proceso de internación en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires, éste expresa la capacidad performativa de los discursos psi, por medio de la búsqueda de signos capaces de ser patologizados. Estos discursos, entonces, suponen la transformación del sufrimiento en una condición médica-psicológica⁸, ordenando, clasificando y direccionando luego la práctica clínica.

Se observará en este trabajo que las categorías psiquiátricas y psicoanalíticas no son capaces de adquirir un estatus hegemónico capaz de dar cuenta del conjunto de relaciones dentro de la institución, ni de la gestión de su funcionamiento. Coexiste, en efecto, con otro marco de referencia que clasifica, ordena y circunscribe a las personas en torno a la existencia de una *subcultura del delito*, referenciada por los actores como “la lógica tumbera” o “cultura de la cárcel”. Me encontré con agentes penitenciarios, pacientes-internos y profesionales de salud mental que, en situaciones específicas, apelan a “la lógica tumbera” para explicar prácticas al interior del pabellón, estados emocionales, casos de reincidencia, prácticas y discursos especialmente ligados a la manifestación acciones violentas y conflictos de convivencia entre detenidos.

⁸ Al respecto afirma Epele que las investigaciones acerca de las tecnologías psi han cuestionado los modos en que los saberes y técnicas expertas transforman desigualdades, violencias, incertidumbres y opresiones de sufrimientos sociales en individuales, y lo traducen en categorías diagnósticas, en un amplio espectro de contextos sociales, políticos y económicos (conflictos, guerras, exilios, desplazamientos y opresión rutinaria vinculada a la pobreza y desigualdad). De acuerdo a estas perspectivas, dichas tecnologías psi domestican y legitiman ciertos modos de decir, escuchar y ver, producen y reproducen repertorios inteligibles de malestares y dolencias que, entonces, son susceptibles de ser abordados por las tecnologías disponibles. (2015: 800)

Al igual que los discursos psi, se trata de un sistema cognoscitivo que tampoco es capaz de definir y explicar todas las relaciones. La interpretación académica que alude a una cultura específica ligada a la cárcel y al delito (Cohen, 1988; Rhodes, 2005; Míguez, 2008) ha permitido indagar, documentar y analizar aspectos distintivos de la vida cotidiana en este mundo social. Sin embargo, el enfoque meramente culturalista puede ser proclive a generar una reificación de las relaciones sociales entre estas personas, al tiempo que invisibiliza las continuidades con la *cultura convencional* y los *clivajes dentro del mundo del delito*.

Sykes y Matza (1957) han desarrollado tempranamente una crítica a la noción de subcultura delictiva, entendiendo que genera grandes complicaciones empíricas y teóricas. En primer lugar, no puede afirmarse que estas personas se construyan desde una oposición radical al sistema normativo moral dominante en términos generales, y es innegable el distanciamiento social entre personas en conflicto con la ley, estigmas al interior del mundo del delito, criterios de legitimidad diferenciada. Por otro lado, se han realizado investigaciones empíricas donde se reconoce la connivencia de aspiraciones y valores convencionales, como la familia tradicional, el trabajo dentro de la economía legal, etc.⁹ Al respecto, lo que sostienen estos autores (1957:167) es que no hay una subcultura delictiva con valores e imperativos morales construidos exclusivamente en función de la transgresión, sino técnicas de neutralización¹⁰ aprendidas en determinados contextos y situaciones; un conjunto de justificaciones del comportamiento desviado esenciales para legitimar prácticas que entran en conflicto con la ley

En el devenir cotidiano del pabellón psiquiátrico de Ezeiza los discursos psi y las nociones que apelan a la subcultura del delito circulan, se contraponen, se acercan y se alejan. Forman parte de los contextos de significación en los que los actores definen a las personas, a sí mismos/as, y a situaciones específicas. Hablan de cómo los actores entienden, experimentan y viven ese mundo social, expresando (y movilizándolo) ideas, creencias y valores.

Frente a sujetos, espacios y tiempos ambiguos, me pregunto entonces ¿de qué forma se articulan las nociones psiquiátricas y penitenciarias para la gestión, control y tratamiento de personas tipificadas con padecimientos mentales dentro de una cárcel de máxima seguridad? ¿cuáles son los límites entre ellos? ¿Qué tensiones se generan?

⁹ Entre las que se destacan Míguez (2008) y Bourgois (2010).

¹⁰ En la tipología construida por los autores existen cinco técnicas de neutralización que implican una negación por parte de quien comete un acto delictivo: la negación de la responsabilidad, del daño, de la víctima, la condena a quien condena, y la apelación a lealtades superiores Sykes y Matza, 1957).

¿Cómo son narradas y experimentadas por los distintos actores? ¿De qué recursos se sirven para enfrentar dichas tensiones? ¿Qué forma asume la amalgama de un amplio espectro de abordajes institucionales, prácticas profesionales, discursos científicos y técnicos, disposiciones estatales, apreciaciones éticas y morales?

A fin de responder estos interrogantes, decidí centrarme en la descripción y análisis de tres situaciones sociales (Gluckman, 1968) focalizando en las interacciones entre los agentes estatales y los pacientes-internos, reconstruyendo los contextos que les dan sentido y hacen inteligible lo que los actores dicen y hacen. Debe aclararse que en el marco del presente trabajo, estas situaciones serán entendidas como “hechos” problemáticos de la vida cotidiana que permitan mostrar cómo se articulan estas lógicas, cuáles son sus disputas, sus dinámicas principales, y las distintas posiciones que asumen los sujetos estudiados¹¹.

1. Durante los meses de trabajo de campo etnográfico, observé la presencia de una construcción fragmentaria en las representaciones de los actores, que supone al “hospital psiquiátrico” y a la “cárcel” como ámbitos diferenciados. En estas representaciones, solían aparecer referencias a espacios concretos, formas de usar esos espacios y de apropiarse de ellos, valores asociados a territorios específicos a cargo del PRISMA o del SPF. Estas nociones acerca del lugar que habitan se encuentra en la organización material de los edificios, en la disposición de los cuerpos y objetos, en y su respectiva circulación. Transitar los pasillos del pabellón y conversar con su gente significó un desplazamiento permanente entre estas dos configuraciones. Me propuse entonces realizar un recorrido por el espacio institucional, interrogar esos criterios de diferenciación que los actores sostienen, su anclaje territorial, las distinciones conceptuales que movilizan para clasificar cosas, personas y prácticas situadas, los sentimientos de pertenencia o diferenciación que actúan como fronteras entre autoridades, pertinencia de saberes y valores ético-morales. A través de esta imagen espacial que sostienen los actores pretendo mostrar qué dicen del territorio que habitan, como lo narran, qué características le asignan. La primera situación problemática es,

¹¹ Siguiendo a Guizardi (2012), esta noción esbozada por Max Gluckman hace referencia a incidentes y dramáticos conflictos vividos en el marco de relaciones sociales tensas e inestables. En estas situaciones, puede observarse la conexión entre coerción social y acción individual, puesto que en ellas se vive un momento límite en el que el marco normativo de la estructura social parece no ser capaz de asegurar la existencia pacífica de relaciones. En consecuencia, estas situaciones obligarían los sujetos a “situarse”, esto es, a paradójicamente tomar partido restringiendo su acción a una interpretación específica de los valores. Así, estas situaciones enseñan cómo los sujetos son constreñidos a adherirse a posturas, identidades y valores, pero movidos por el interés de solucionar sus propias necesidades y deseos.

entonces, la pugna por la definición y el uso del espacio institucional en el que se encuentran.

2. En este ámbito híbrido y disputado se produce, trata y contiene a un tipo especial de sujeto: el paciente-interno. Éste es objeto de discusiones entre miembros del equipo civil y personal penitenciario en torno a la legitimidad de los criterios que determinan quiénes “merecen” ser admitidos dentro del Programa. Entre “la cárcel” y “el hospital psiquiátrico” aparece la figura del “refugiado” o “el caño”, referida a aquel que por medio de la simulación, recurre al PRISMA para “mejorar su situación dentro de la cárcel”. Con el tiempo pude observar que no se trataba únicamente de una contienda entre los actores institucionales en función de la pertinencia de sus saberes, sino que esta figura del refugiado es también recuperada por los pacientes-internos, y adquiere un carácter regulador de parte de sus relaciones al interior de las salas de alojamiento.

Las contiendas entre los que “deben” ser incorporados al programa y aquellos que deberían ser trasladados a otros establecimientos del SPF suele involucrar imputaciones morales, disciplinarias y/o profesionales de los decisores. Estas suelen hacerse presentes ante pacientes-internos resistentes al tratamiento psicoterapéutico, pacientes considerados “violentos” o “muy tumberos”, entre los que resaltan aquellos que buscan imponer por la fuerza las normas de comportamiento entre la población detenida. Los criterios que determinan la admisión, al igual que en otros ámbitos de internación psiquiátrica, exceden los saberes expertos y las disposiciones normativas. Asimismo, a través de las nociones que se movilizan en estas disputas tomamos contacto con el carácter híbrido de la institución, la relación de tensión e integración entre la lógica penitenciaria y la terapéutica. Me pregunté, entonces, ¿Qué elementos por fuera de los discursos psi intervienen en el contexto de la entrevista de admisión? ¿Cómo participan los saberes y las necesidades institucionales penitenciarias? ¿Cómo operan estos criterios entre pacientes-internos? Interrogantes que nos llevan a plantear la disputa por la definición (y construcción) del sujeto de intervención del pabellón psiquiátrico como una situación problemática que debe ser indagada especialmente.

3. Como fue mencionado previamente, en las discusiones acerca de la definición del espacio institucional del que forman parte y la de sus destinatarios, se concibe al hospital psiquiátrico y a la cárcel como ámbitos diferenciados. Por lo general, la frontera que los actores definen entre estas configuraciones es la habilitación del uso de la violencia física, diferenciando y contraponiendo la lógica penitenciaria y la

psiquiátrico-terapéutica. Sin embargo, pude presenciar eventos concretos donde estos parámetros parecían verse afectados, relativizados o discutidos. Hechos que ante la mirada de un observador externo podían ser considerados violentos, generaban gran controversia entre el PRISMA, el SPF y los pacientes-internos. De modo que ha resultado fundamental indagar estas representaciones sobre la violencia en relación con la especificidad de este objeto: ¿qué es ser violento dentro del pabellón psiquiátrico? Y, a su vez, indagar cuáles son los contextos específicos que le dan sentido a estos episodios tipificados como “violentos”.

Este análisis permitirá abordar cómo circulan nociones valorativas, éticas y morales en las perspectivas de los actores, en los discursos formales e informales que despliegan, y en las lógicas de funcionamiento de la institución. Se sostiene para llevar a cabo el estudio de esta dimensión que los atributos que constituyen a la violencia como entidad no están definidos por prácticas sociales perpetuas, son por el contrario clasificaciones contextuales, polisémicas y en permanente movimiento. Lo que nos concierne sobre las representaciones sobre la violencia, es cómo se constituyen en el corazón de la tensión entre los abordajes dispuestos en el pabellón psiquiátrico de Ezeiza: el penitenciario y el terapéutico, qué aspectos de nuestro objeto podemos aprehender desde su interrogación.

La cárcel y el hospital psiquiátrico, una etnografía en contexto de encierro

Los estudios etnográficos sobre institucionalización y experiencias de encierro han tenido un desarrollo sostenido a partir de mediados del siglo XX. La cárcel y el hospital psiquiátrico fueron configurados como objetos específicos de conocimiento desde distintos enfoques sociales, culturales y políticos. Sin embargo, la confluencia de lógicas psiquiátrico-médicas con otras penales-carcelarias ha sido abordada en menor medida, especialmente incorporando las narrativas y experiencias de los sujetos en dichos contextos. El espacio peculiar que nace en esta conjunción se caracteriza por la convivencia de un conjunto heterogéneo de prácticas, discursos científicos y técnicos, nociones éticas y morales. Entre los dispositivos de ‘cura y sanción’ (Pavarini y Betti, 1984: 99), entre ‘enfermedad mental y peligrosidad social’ (Pitch, 1989: 112), entre el dispositivo psiquiátrico y dispositivo penal (Sozzo, 1999b:164) se constituye un ámbito específico, con lógicas propias de funcionamiento, de conflicto y reciprocidad.

Los análisis más difundidos se han centrado en la lógica de poder que opera a

través de la psiquiatría como subsidiaria del ejercicio de control social, proveyendo de clasificaciones, prácticas y discursos que sostienen una intervención estatal normalizadora de la conducta humana, basada en la ‘peligrosidad’¹² como categoría clasificatoria para ‘seleccionar’ la desviación en función de múltiples respuestas disciplinarias (Foucault, 2010; Castel, 1980; Goffman; 1984; Vezzetti,1985; Pavarini y Betti, 1984; Pitch, 1999; Sozzo, 1999). En vistas de ello, la cárcel y el hospital psiquiátrico fueron interpretados a través de una lógica de *transinstitucionalización*, concepto acuñado por Tamar Pitch (1996) para hacer referencia al circuito de interdependencia entre ambos espacios institucionales, con el continuo intercambio entre el sistema penal y el asistencial.

Asimismo, en la intersección del diagnóstico psiquiátrico con el campo penal, se ha desarrollado una tradición de estudios que identifican a esta población como objeto de clasificación de un saber-poder (Foucault, 1969) encarnado por la psiquiatría forense, que no determina exclusivamente su ‘enfermedad mental’ en función de conductas que violan “ciertas normas éticas, políticas y sociales” (Szasz,1970), sino que, además, se produce una *medicalización del delito y patologización del delincuente*, en términos de ‘peligrosidad’ y ‘enajenación’. Desde el despliegue de estos dispositivos, se configura una identidad híbrida: el ‘loco-delincuente’ (Sozzo, 1999) sujeto de instancias institucionales específicas que, bajo la figura de inimputabilidad pueden tornarse perpetuas. En estos casos se produce una sobre-predicción de su peligrosidad (Sozzo, 1999) o una ‘supralegalidad de los enunciados en la producción de la verdad judicial’ traducido en status de discursos verdaderos (Foucault, 2010:24).

A pesar de no negar la existencia de lógicas de control social y de mecanismos institucionales que obstaculizan el desarrollo de las personas internadas, pretendo mostrar que estos sujetos no son meros efectos de los procesos institucionales. Las formas en las que operan los dispositivos de poder, el psiquiátrico y el penitenciario, analizadas en su devenir cotidiano no son exhaustivas para dar cuenta de las prácticas y relaciones observadas. Por otro lado, la mirada antropológica y la experiencia de trabajo de campo etnográfico me ha permitido apreciar otros aspectos de la realidad, velados muchas veces por el uso acrítico de la teoría social, y el escaso lugar en el análisis otorgado a las contingencias y a las formas en las que los individuos encuentran canales

¹² La peligrosidad de la persona es evaluada en función no de criterios individuales ni de procesos interactivos, sino en función de su categoría social dentro de un discurso capaz de determinar la libertad o detención de una persona mediante un poder provisto por una institución judicial y otra científica.

para manipular a su favor las contradicciones y ambigüedades que encuentran a su paso (Leach, 1976), o las relaciones de solidaridad y disputa son dinámicas y ambiguas, así como también las lealtades construidas entre y al interior de los actores (Sahlins, 1988; Gluckman, 1967 y 2003). Asimismo, las políticas públicas constituyen a sus sujetos de intervención a través de una serie de clasificaciones, luego los agentes estatales que los ponen en práctica actualizan estas nominaciones en función de trayectorias, identidades, postulados éticos, morales e ideológicos y de contextos o situaciones concretas de implementación. Razón por la cual, las identidades observadas en el campo están lejos de ser estables (Velho, 1981)¹³, reflejando formas dinámicas, situaciones y circunstanciales, que exceden los efectos de los dispositivos de poder (psiquiátrico y penitenciario) sobre los sujetos.

La etnografía al situarse en la perspectiva de los actores, resulta el método más adecuado y fructífero para reconstruir situaciones y contextos cotidianos que dan sentido a las prácticas y representaciones de quienes transitan este pabellón psiquiátrico penitenciario de Ezeiza. Valiéndome de ella, me propongo explorar cómo se articulan dos lógicas presentadas como “antagónicas” y “disímiles”, cómo se experimenta y de qué recursos se valen los distintos actores para crear consensos y sobrellevar disputas. Por otro lado, la escasez de estudios antropológicos y de otras ciencias sociales sobre intervenciones en salud mental dentro de contextos penitenciarios en nuestro país y desde las perspectivas de los actores, colaboró con la apuesta por el método etnográfico. Siguiendo a Epele, la etnografía permite observar los modos en los que procesos macrosociales toman forma y fragilizan, modelan y son modelados, son vividos, corporizados, padecidos, resistidos, reforzados y simbolizados por estos conjuntos sociales (2010: 39).

Por las características del objeto en cuestión, este trabajo recupera líneas de investigación específicas de cada uno de los campos de estudios: el psiquiátrico y el penal-penitenciario. En relación con el primero, se acuerda en el transcurso de estas páginas que la enfermedad (mental, en este caso) es una forma socialmente construida de designar la anormalidad (Conrad, 1982) a través de un *corpus clasificatorio específico*, objetivado en el diagnóstico psiquiátrico. Es a través de dicho procedimiento

¹³Gilberto Velho (1981) ha reconocido la dificultad de localizar identidades estables en la deriva de identificaciones fragmentarias que los individuos producen. Existe, y será analizado en el segundo capítulo de esta tesis, una discontinuidad entre, por un lado, la gestión de categorías de identidad y los modos de uso de esas categorías y, por otro, las negociaciones a que son sometidas en procesos ideológicos y políticos locales.

que la psiquiatría designa y construye la enfermedad mental en respuesta a una determinada forma de percepción de la realidad que se desarrolla en la interacción social, generando un espacio simbólico culturalmente legitimado. La enfermedad, en esta perspectiva, toma una dimensión valorativa por ser algo designado e imputado mediante un proceso social (Friedson, 1978). Al respecto, fueron de gran utilidad aquellas investigaciones empíricas que dan cuenta de la interferencia de factores culturales, sociales, históricos y/o ambientales en el proceso de construcción de estos diagnósticos (Schepper Hughes, 1979), realizando el carácter múltiple, estratégico y dinámico de los criterios que dan lugar a las clasificaciones aplicadas a esta población, donde participan factores extra-científicos, sociales e institucionales (Mantilla, 2011).

Las investigaciones etnográficas pioneras dentro del campo de la institucionalización psiquiátrica se ha colocado el foco en su carácter de *institución total*, cuyo poder transforma completamente la vida cotidiana del individuo (Goffman, 1974), constituyendo al paciente en una nueva identidad, la imagen de sí mismos que la institución les impone (Basaglia 1972) afectando la vida cotidiana de pacientes y profesionales. Por su parte, investigaciones como la de Caudill (1966) han mostrado que la institución psiquiátrica puede funcionar como un microsistema, dentro del cual, las nuevas situaciones sociales influyen sobre el comportamiento y tratamiento de todos los individuos¹⁴. A partir de la segunda mitad del siglo XX, la crítica a las instituciones psiquiátricas se centró en sus condiciones y sus efectos sobre las personas asiladas, teniendo como actores centrales a los movimientos de reforma psiquiátrica (Mantilla y Alonso, 2012). A través del cuestionamiento de los modelos asilares de atención y de las formas de concebir el padecimiento psíquico prepararon el terreno a las posteriores políticas de salud mental. Por sus implicancias teórico-metodológicas se destacan la antipsiquiatría inglesa, la política de Sector en Francia, la psiquiatría democrática italiana y la psiquiatría radical norteamericana (Majastre 1973, Castel 1981). Especialmente interesa como antecedente de Estroff (1981) que describe las vicisitudes a las que se enfrentan un grupo de pacientes psiquiátricos crónicos que participan de un tratamiento intensivo alternativo a la hospitalización. La antropóloga describe los problemas de la vida cotidiana de los pacientes en la comunidad, las estrategias de supervivencia económica, los problemas de integración, los usos de la medicación y las relaciones sociales. Uno de los principales aportes de este trabajo radica en el análisis de

¹⁴ Para una revisión exhaustiva de etnografías en hospitales psiquiátricos ver Alonso y Mantilla (2012).

los modos en que se gesta la construcción identitaria de los pacientes aún por fuera de dispositivos manicomiales, enfatizando las líneas de demarcación social entre los “locos” y los “normales” como uno de los ejes ontológicos que evidencian la imposibilidad de una real integración. Se pretende, a lo largo de esta tesis, generar con diálogo con estos abordajes y contextualizar el modo en el que la institución opera sobre los sujetos.

La criminología crítica por su parte, con sus diferentes vertientes, ha sido un campo fértil de estudios pioneros en materia de institucionalización y aprisionamiento. Desde la criminología marxista se ha explorado la relación entre el delito y clase social (Rusche y Kierchheimer, 1939 ; Basaglia, 1981; Baratta, 1986; Melossi y Pavarini,1980); el paradigma de control social y la antipsiquiatría ha generado también estudios sobre la relación del encarcelamiento y el orden social dominante (Foucault,1975 ; Rothman, 1971; Wacquant, 2000, 2006); y por último la teoría del etiquetamiento (Becker, 2009; Matza, 1990) que ha indagado sobre los efectos de formas de dominación y clasificación ligadas a la cultura y al delito.

Los abordajes empíricos en materia penal, orientados a una indagación por las formas en las que estos dispositivos de poder son *vividos* por los actores involucrados, ha constituido un corpus de literatura significativo (especialmente aquel dedicado al estudio de los agentes penitenciarios). En el contexto estadounidense se trata de un campo que comenzó a ser explorado a fines de la década de 1950 con el trabajo pionero de Gresham Sykes (1999), y que tuvo un crecimiento significativo a partir de finales de la década de 1970 (Poole y Regoli, 1981). En el contexto británico, este desarrollo se inició a partir de los trabajos de Richard Sparks (Crawley, 2008: 136), centrados de manera más general en las cuestiones de orden y legitimidad al interior de las prisiones (Sparks, 1995; Crawley, 2004, 2008; Liebling, 2000; Arnold, Liebling y Tait, 2007; Crewe, Liebling y Hulley, 2011).

En el caso argentino se procederá a continuar y discutir diversas líneas de análisis: los aportes de estudios etnográficos que problematizan las consecuencias que los diagnósticos y categorías biomédicas implican para la identidad y tratamiento de los sujetos de intervención (Balzano, 2005; Mantilla, 2010); las investigaciones de Daniel Míguez (2002; 2008), Natalia Ojeda (2013a, 2013b, 2017) y Karina Mouzo (2010) y Fabián Viegas Barriga (2009) sobre la cuestión carcelaria, en las que se problematizan las marcas institucionales que atraviesan a estos sujetos y los márgenes de acción disponibles dentro y fuera de los mismos, los trabajos centrados en campo de la salud

desde abordajes etnográficos: los estudios de Sergio Visacovsky (2002; 2008) sobre la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica dentro del *Lanús*, Hospital Interzonal de Agudos Evita; los estudios de María Epele (2010, 2012, 2013) sobre la vida cotidiana de jóvenes consumidos de sustancias psicoactivas en áreas de extrema vulnerabilidad social; y las investigaciones al interior del hospital psiquiátrico llevadas a cabo de Jimena Mantilla (2008, 2010, 2014) sobre la construcción del diagnóstico psiquiátrico.

En relación a las elaboraciones locales sobre la intersección entre el dispositivo penal-penitenciario y psiquiátrico han sido relevantes las investigaciones empíricas de Silvia Faraone (2015) y Ana Valero (Valero y Faraone, 2011) sobre del *Programa de Salud Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad* impulsado por la Dirección Provincial de Salud Mental en Santa Fe. A su vez, la investigación de Andrea Lombraña (2014) desde la antropología jurídica ha sido un antecedente ineludible, por el hecho de indagar etnográficamente el funcionamiento de estos dispositivos analizando los servicios psiquiátricos gestionados por el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA). Asimismo, han sido especialmente consultados sus trabajos sobre los discursos de la emoción en el campo burocrático que determina la inimputabilidad de una persona (2013), y la historia de los servicios psiquiátricos dentro del Servicio Penitenciario Federal (2016). Desde el abordaje del campo burocrático, estas elaboraciones brindan elementos interesantes para el análisis de contextos institucionales específicos donde se articulen los dispositivos indagados.

Para el abordaje propuesto en esta investigación fueron recuperados estudios de la experiencia social que han demostrado la importancia de esta categoría analítica para el estudio de procesos sociales complejos, rescatando la capacidad de acción de los sujetos (Abrahams, 1986; Bruner, 1986; Hastrup, Hervik, 2003). Abordar los significados de la experiencia de la enfermedad mental y encierro carcelario permitirá comprender y documentar cómo se viven y conjugan los discursos normalizadores psiquiátrico-penales y las diferentes situaciones vitales; cómo construyen y redefinen su identidad más allá de las taxonomías institucionales, y cuáles son los elementos socioculturales que constituyen su experiencia como pacientes-internos. Las narrativas vehiculizan la comprensión de lógicas amplias de poder desde la perspectiva de los sujetos en sus prácticas cotidianas, permitiendo localizar problemas y definir nuevos canales de acción. Siguiendo a Bourdieu (1997), su documentación permitirá vincular

conceptualmente el nivel de las prácticas y representaciones individuales con las condiciones estructurales en las que transcurre su existencia.

Debe consignarse que los discursos y las narrativas de los pacientes-internos serán un recurso para reconstruir tramas de significación que permitan arrojar información empírica sobre el ámbito bajo estudio, independientemente de las capacidades mentales y cognitivas que se le reconocen a estas personas como portadoras de un discurso legítimo y culturalmente relevante (Goffman, 1974). Como señala Biehl (2015) se trata de descubrir la racionalidad dentro de sus narrativas, las concepciones subjetivas sobre el mundo y sus prácticas cotidianas.

El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino, una aproximación a su historia

El trabajo de Lombraña (2014 y 2016) explora la historia de los servicios psiquiátricos al interior del SPF. De acuerdo a la autora, ésta se remonta a fines del siglo XIX con la gestión de Lucio Meléndez en el Hospicio de las Mercedes (en la actualidad, Hospital José T. Borda), en la que se establecen espacios diferenciados para “alienados delincuentes o locos criminales”. Durante las siguientes gestiones se continuó esa línea de abordaje, entendiendo que “los alienados llamados delincuentes deben ser asistidos en los asilos comunes y no en secciones especiales de las cárceles”. Años más tarde, en 1962 se produjo una huelga general del personal de Salud Pública solicitando la colaboración de la Dirección Nacional de Institutos Penales para asegurar la atención y custodia de esta población. Desde entonces, las autoridades penitenciarias y del hospital han logrado que toda la población alojada de pacientes psiquiátricos en conflicto con la ley, estén a cargo del Servicio Penitenciario. En 1968 se celebra un Convenio (Decreto 1962/69) entre la Secretaría del Estado de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Bienestar Social por un lado, y la Secretaría del Estado de Justicia y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal del Ministerio de Justicia por el otro, que transfirió el edificio, las instalaciones y los bienes muebles de los pabellones Lucio Meléndez y Chiarugi a la órbita de la Dirección Nacional del SPF. Este convenio fue ampliado en 1979 (a través del Decreto 648/80), e incorporó la transferencia del pabellón Servicio Trece. A partir de entonces se resolvió denominar a la unidad así conformada, como Servicio Psiquiátrico Central De Varones Unidad N°20, y alojar allí a pacientes-internos con enfermedades mentales de larga duración

y/o crónicas (Lombraña, 2014; Poblet Machado, 2016). Desde entonces, la unidad N°20 del Borda se erige, junto con la Unidad N°27 del Moyano para mujeres, como las únicas unidades federales destinadas a la población penal con problemáticas vinculadas a la salud mental. Con su puesta en funcionamiento la primera población que acogieron estuvo conformada por todas aquellas personas ya internadas en los hospitales Borda y Moyano, que “por su alta peligrosidad no [podían] convivir con otros/as internos/as en las restantes dependencias del hospital” (GESPyDH, PPN y CCT/CPM, 2013:382)¹⁵.

Entre junio de 2004 y diciembre de 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental impulsada por el Mental Disability Rights International (MDRI) y Human Rights Watch, acompañada a nivel local por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), se hicieron públicas una notable cantidad y variedad de prácticas médico-penitenciarias abusivas y cruentas. El documento denunciaba diversas violaciones a la integridad personal, mental y moral de las personas detenidas, y el incumplimiento del derecho a un trato digno y humano. Por la misma época, la Procuración Penitenciaria de la Nación recibió una carta en la que familiares de los internos alojados en dicha unidad denunciaban malos tratos por parte del SPF a sus seres queridos. En particular, describían como habituales el empleo de golpes o el sometimiento a duchas frías por más de media hora a los internos que se negaban a tomar la medicación, agresiones verbales, maltrato psicológico y actitud de *verdugueo*¹⁶ constante para con la totalidad de los detenidos. Atendiendo esta situación y a fin de corroborar la denuncia, la Procuración envió tres asesores a la unidad de detención para que se entrevistasen con algunos de los internos. Como resultado se interpuso un *habeas corpus* correctivo a favor de todos los internos en ese momento alojados en el Servicio Psiquiátrico Central de Varones “por agravamiento ilegítimo de las condiciones de detención”.

A partir de estos dos hechos, la difusión del informe del MDRI/CELS y la intervención de la Procuración Penitenciaria, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender, en el año 2007, una importante reforma en la Unidad N° 20 a través de la implementación del *Programa Nacional de Atención al Interno con*

¹⁵ Para una historia de los servicios psiquiátricos dentro del Servicio Penitenciario Federal consultar Lombraña (2014: 128-159 y 2016).

¹⁶ Se trata de un término de origen lunfardo, utilizado en el lenguaje coloquial en la zona del Río de la Plata, que alude a la acción de infligir tormentos, humillaciones o vejámenes a alguien. Su uso es bastante extendido para referirse al trato que las fuerzas de seguridad ejercen sobre sus propios subalternos en la fase de entrenamiento y orden cerrado, como forma de disciplinamiento y fortalecimiento de jerarquías. A su vez, dicho término es utilizado con frecuencia en el habla cotidiana para referirse a ciertas prácticas ejercidas por las fuerzas de seguridad sobre la población en general.

Enfermedad Mental Grave. La modificación más importante que aportó el nuevo programa fue la inserción de un equipo civil de profesionales de la salud, pertenecientes todos ellos al Ministerio de Justicia de la Nación, para el tratamiento de la población alojada en la unidad. Dicho equipo, una vez conformado por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, llegó a tener cerca de sesenta (60) profesionales en sus filas distribuidos en distintos turnos. El programa preveía además la creación del puesto de Coordinador Médico Civil -nombrado y supervisado directamente por la Dirección Nacional del SPF -quien sería el encargado de la articulación de los equipos de salud y el seguimiento de los casos, y contaría con un rango de autoridad similar, en términos formales, al del director penitenciario de la unidad (quien en adelante sólo debía encargarse de organizar la seguridad dentro del penal). Así, la reforma significó todo un cambio cultural a nivel institucional (Lombraña, 2014; Poblet Machado y Martín, 2016). Gran parte de los esfuerzos de la nueva coordinación médica estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital psiquiátrico con una modalidad de trabajo similar a la de la *residencia*¹⁷, donde el interno se configuraba ahora en “paciente”.

El 31 de mayo de 2011 se produjo un importante incendio dentro de una de las celdas de aislamiento, todavía en uso. En el hecho murieron dos de las tres personas que se encontraban alojadas ese día en el sector. Estas muertes no fueron las únicas por aquellos días, en los últimos quince meses habían fallecido seis internos de los cuales tres lo habían hecho la semana anterior al incendio. Estos acontecimientos aceleraron la concreción de un proyecto que la recién asumida gestión de Víctor Hortel en la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal venía planificando en relación a sus servicios psiquiátricos: una nueva reforma que acogiera los preceptos de la flamante Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657¹⁸ en los contextos penitenciarios federales. El 6 de julio del mismo año se decidió entonces “crear una comisión de desguace” que se ocupó de “desafectar el uso penitenciario de los inmuebles del ex Servicio Psiquiátrico

¹⁷El foco estaba puesto en el trabajo intensivo sobre el grupo de profesionales (organización de “clínicas”, asambleas abiertas para la discusión de los casos, su diagnóstico y metodología de trabajo, etc.) y no tanto sobre el paciente o sus requerimientos.

¹⁸ La Ley N.º 26.657 de Salud Mental fue promulgada el 2 de diciembre de 2010, siendo la primera en su tipo a nivel federal. La ley en cuestión, a nivel general, entiende la salud mental como una problemática multideterminada por factores económicos, sociales, culturales, biológicos, psicológicos e incluso históricos (y no simplemente en términos de enfermedad); e identifica al “padeciente mental” como una persona en situación de alta vulnerabilidad psicosocial, que precisa acciones concretas del Estado. Desde esta perspectiva, identifica los derechos fundamentales de las personas usuarias de servicios de salud mental; entre los cuales resulta sobresaliente el derecho a recibir intervenciones terapéuticas lo menos invasivas posibles y tratamientos preferentes basados en la comunidad.

Central” (Resolución N°1335/11 de la Dirección Nacional del SPF); y el 13 de julio se efectuó la mudanza de la unidad al Ala Norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal I (CPF I)¹⁹.

Los cambios relatados, entonces, fueron acompañados por la implementación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), cuyo principal objetivo consistía en “tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del SPF como en otras Unidades del Servicio que cumplan con los criterios de admisión establecidos para el programa”. De este modo, se avanzaba en la implementación de una lógica sanitaria “autónoma” del SPF.

En los primeros momentos del PRISMA se produjo la incorporación de un conjunto de profesionales pertenecientes al Ministerio de Salud en puestos de decisión, lo que supuso la re-ingeniería de todo el circuito de admisión y tratamiento orientado a romper la lógica desarrollada hasta entonces en torno a las especialidades disciplinares. Dado el conjunto de prácticas implementadas, surgieron de inmediato distintos desacuerdos con los profesionales herederos de la gestión anterior, pertenecientes todos al ministerio de justicia. Si bien ambos grupos adherían explícitamente a los preceptos surgidos de la nueva ley de salud mental, construyeron dos lógicas o modelos de intervención, a veces incluso opuestos, que orientaban y daban un sentido muy diverso a las acciones terapéuticas llevadas adelante en el marco del dispositivo. Con el paso de los meses el gerenciamiento del Ministerio de Salud comenzó a debilitarse. De a poco comenzaron a restituirse y a profundizarse las prácticas iniciadas con la intervención de 2007, que se habían visto transitoriamente interrumpidas con la mudanza y la fallida interministerialidad; en tanto el conjunto de los profesionales de justicia se fortalecía en

¹⁹ El CPF I está emplazado actualmente en un predio extenso, de unas cincuenta hectáreas, ubicado a la vera de la ruta nacional 205. Al tratarse de un complejo de máxima seguridad, todo el lugar está dotado con un doble alambrado perimetral y cuenta con distintas tecnologías de control, entre las que se encuentran sensores de movimiento, circuito cerrado de cámaras de video, etc. El servicio psiquiátrico de varones fue ubicado dentro Hospital Penitenciario Central (HPC) del complejo, en un sector construido especialmente para ser utilizado como centro asistencial en salud mental. Como consecuencia de su traslado, el servicio psiquiátrico dejó de ser parte de la estructura hospitalaria de un neopsiquiátrico para convertirse en un módulo inserto en un establecimiento penitenciario de máxima seguridad. Una de las pérdidas más importantes fue la autonomía administrativa y operativa de las diversas áreas que hacían a su funcionamiento: la oficina de judiciales, el módulo de ingreso, los servicios de salud y la sección de visita.

la coordinación y la administración de la totalidad del PRISMA, condición que mantienen actualmente²⁰.

Durante los meses de trabajo de campo me fue relatado por muchos profesionales aquel momento inaugural del PRISMA, con las “incompatibilidades” entre las modalidades de trabajo de los equipos profesionales de ambos ministerios.

Cuando se crea el PRISMA empiezan a pasar cosas que no tienen mucho sentido. Especialmente por la particularidad que tiene la población, pacientes psiquiátricos dentro de espacios carcelarios. Movieron a mucha gente que venía trabajando desde la intervención del Borda y pusieron gente nueva, gente que no tenía experiencia y se perdió el trabajo que veníamos haciendo por años ¿Cómo terminó? Con quema de colchones, situaciones de extrema violencia que podrían haberse evitado.

Hernán, trabajador social, ex miembro del PRISMA

Si te cuento por todo lo que pasamos no la vas a poder creer. Nosotros hacemos un esfuerzo enorme para trabajar en el tratamiento de los pacientes, teniendo en cuenta el lugar en el que estamos. Aunque suene feo hay cosas que no se pueden hacer. Cuando estaban los de salud empezaron a organizar actividades que pretendían ser horizontales entre profesionales, penitenciarios y pacientes, uno de ellos era “el mate se comparte”, un desayuno. No funcionó, obvio. Esta gente no entendía que esto es una cárcel, acá las jerarquías son muy importantes.

Paula, psicóloga del PRISMA a cargo del Servicio de Evaluación,
Diagnóstico y Estabilización

Los primeros tiempos del PRISMA fueron una locura, había muchas disputas de poder por todos lados, los penitenciarios se daban cuenta, los pacientes se daban cuenta. En definitiva, había criterios incompatibles, ellos venían con toda la metodología comunitaria, que está buenísima pero que acá no la podés implementar. Ahora, finalmente, somos todos de justicia.

Esteban, psicólogo del PRISMA

No es objeto de este trabajo analizar las discordancias entre las metodologías ambos equipos profesionales, tampoco tomar estos discursos desde su posible veracidad. Son recuperados como parte de la memoria del Programa, asociado a narrativas que reivindican la impronta penitenciaria del ámbito bajo estudio. Impronta que *solo ellos*, miembros del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos *podían afrontar* por la experiencia previa de trabajo en el Hospital José T. Borda.

²⁰ La dificultad de articular los equipos civiles de trabajadores de salud mental de ambos ministerios es aludida por los profesionales actuales del PRISMA cuando hacen referencia las implicancias de “trabajar dentro de una cárcel”. Estos argumentos serán recuperados en este trabajo de acuerdo a su pertinencia y teniendo en consideración la ausencia de argumentos disonantes pertenecientes al equipo que debió abandonar su participación dentro del Programa. Para un análisis detallado sobre estas disputas y el fracaso del proyecto de interministerialidad, consultar Lombraña (2014 y 2016).

El trabajo de campo

El trabajo de campo etnográfico fue realizado entre los meses de junio y diciembre del año 2015 en el pabellón psiquiátrico de varones del Hospital Penitenciario Central (HPC), ubicado dentro del Complejo Penitenciario Federal I (Ezeiza), donde tiene lugar el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA). En dicho espacio se encuentra el personal civil interdisciplinario del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación²¹ compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros; el personal profesional y técnico del Servicio Penitenciario Federal (SPF); los talleristas externos²² que coordinan actividades semanales, y los pacientes-internos allí alojados.

La autorización emitida por la institución me permitió presenciar distintas instancias cotidianas, tanto en instancias estructuradas (talleres, actividades de educación, reuniones de grupo), como en algunos espacios de ocio. Asimismo, tuve la posibilidad de estar durante las entrevistas de admisión que realiza el personal interdisciplinario²³ del Programa, reuniones periódicas del equipo profesional del PRISMA, eventos especiales organizados por la institución, contextos informales de ocio entre los actores (festival de rock, partido de futbol, entre otros).

Entendiendo que “el investigador social sólo puede conocer otros mundos a través de su propia exposición a ellos” (Guber, 2012:20), el eje del trabajo de campo fue desarrollado en los espacios específicos de tratamiento terapéutico-penitenciario, donde la participación fue complementada con la revisión de materiales de lectura nativos (producciones de pacientes-internos y elaboraciones de profesionales en publicaciones gubernamentales), y en algunos casos, se optó por el desarrollo de entrevistas en profundidad pautadas con anterioridad. Esta perspectiva de trabajo implicó “estar ahí” (Guber, 2001), lo que significa establecer vínculos con los sujetos, sostener interacciones durante un tiempo prolongado, pasar horas observando actividades que a simple vista puedan parecer intrascendentes o banales. Dedicué especial atención a

²¹ Al momento de su creación en 2011 el programa estaba compuesto por personal de los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos, y Salud. Problemas de funcionamiento, ideológicos, culturales generaron en los años siguientes la expulsión de los trabajadores del área de salud y la determinación de ser el ámbito de la justicia el único responsable de la gestión del programa.

²² Los talleristas externos llevan a cabo talleres semanales por medio de contratos de prestación de servicios. No forman parte de la planta de trabajadores del PRISMA, sino que facturan como monotributistas sus horas de trabajo al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

²³ Compuesto por un profesional de psicología, psiquiatría y trabajo social. Dependiendo del caso participa un número mayor de profesionales en dicha instancia.

aquellas situaciones en las que se hacen observables las formas de articulación entre las intervenciones médicas y penitenciarias, registrando las interacciones entre las personas, las representaciones sobre el ámbito compartido, los discursos y experiencias de los actores y sus respectivos contextos de significación.

Debo reconocer que haber podido ingresar al campo, y sostener mi presencia durante un tiempo sostenido ha sido producto de las contingencias. Cuando llamé a Irina, la coordinadora del Programa, ella se mostró sumamente entusiasmada: “justo estamos en un momento en el que queremos que entren al PRISMA, que vean lo que se está haciendo”. En esos años, se estaba llevando a cabo una apertura que incorporaba la posibilidad de ingreso de talleristas, investigadores, rotaciones de estudiantes de trabajo social próximos a finalizar sus estudios de grado. Ese contexto fue próspero para quienes deseábamos hacer etnografía en un establecimiento de difícil acceso, y concluyó en diciembre del 2015 con el cambio de gestión inaugurado con la Presidencia de Mauricio Macri. La temporalidad en la que se inscribió mi paso por la institución fue considerablemente azarosa.

Es importante señalar que la complejidad de realizar un abordaje etnográfico dentro de una cárcel de máxima seguridad ha generado una serie de inconvenientes. En primer lugar, no me fue permitido el ingreso en las salas de alojamiento sin el acompañamiento de agentes de seguridad. Estas salas, como veremos en las próximas páginas, tienen una carga simbólica importante para los pacientes-internos. Es un ámbito que suelen definir con el nombre de “casa”, al tratarse de un espacio en el que permanecen la mayor parte del tiempo sin la interferencia física de los profesionales del PRISMA o del SPF, exceptuando requisas, ingresos esporádicos a ver pacientes que se rehúsan a salir de las celdas o en las rondas de medicación. Razón por la cual, en ningún momento evalué la posibilidad de ingresar acompañada de agentes penitenciarios. En mis intentos por paliar estas dificultades he realizado entrevistas en profundidad de acuerdo a los vínculos de confianza que se tejían en los talleres, reuniones y eventos colectivos. De igual manera, cuento con registros de observaciones y conversaciones con talleristas, enfermeros, penitenciarios y profesionales del Programa.

A esta dificultad se le añade la escasa autonomía y el elevado control sobre mis desplazamientos. Cada una de las entrevistas requerían, en primer lugar, la autorización de la coordinadora del PRISMA en función del “estado emocional del paciente”, y posteriormente debía cumplir el procedimiento burocrático para que agentes del Servicio posibiliten dicho encuentro en los consultorios del Programa. Se trata de la

entrega de la “Boleta de bajada”, un pequeño y austero formulario que registraba la fecha, el paciente-interno a entrevistar, y el profesional que autorizaba dicho encuentro. La privacidad de estas instancias, por otro lado, fue sumamente variable, veremos a lo largo de este trabajo la importancia de la configuración espacial en las interacciones donde participan pacientes-internos.

Finalmente, es importante señalar que “paciente” es la categoría nativa con la que se define formalmente a quien se encuentra alojado en este pabellón. No obstante, en las conversaciones informales, solamente los profesionales de la salud mental utilizan dicha categoría. El Servicio Penitenciario Federal y precisamente, los “pacientes”, suelen utilizar como referencia “presos” y algunos casos “locos presos”. Me propongo mostrar que todas estas categorías clasificatorias son absolutamente dinámicas y están en permanente disputa por los actores. En adelante me referiré a esta población como *pacientes-internos*, siendo éste un recurso analítico y provisorio para definir a quienes se encuentran atravesados en forma simultánea por prácticas de tratamiento médico-terapéutico con otras propias del sistema penal dentro del PRISMA.

Sin ánimos de marear o maltratar al lector, en lo sucesivo se irán presentando algunos de los personajes que formaron parte de este estudio. En honor a la privacidad y a la confianza otorgada, *todos los nombres fueron modificados* para garantizar su anonimato.

Estructura de la tesis

Como este trabajo se propone interrogar, describir y analizar la forma en la que se articulan lógicas hospitalarias y penitenciarias dentro del pabellón psiquiátrico-penitenciario donde tiene intervención el PRISMA, me concentro en el estudio de las interacciones cotidianas donde participan agentes penitenciarios, profesionales civiles y pacientes-internos, reconstruyendo las situaciones y contextos cotidianos que les dan sentido y hacen inteligible lo que los actores dicen y hacen.

En vistas de ello me he propuesto:

- Reconstruir las categorías clasificatorias que movilizan los actores para definir al ámbito social que comparten y a quienes participan del mismo.
- Registrar, describir y analizar los discursos y sentidos asignados a las prácticas cotidianas que llevan a cabo los actores, reconstruyendo las situaciones y los contextos cotidianos que les dan sentido.

- Describir y analizar las prácticas cotidianas, documentando las distintas interacciones de las que participan.

En el primer capítulo procuro interrogar la tensión institucional entre los abordajes penitenciarios y psiquiátrico-terapéuticos desde un análisis de su configuración espacial, entendiendo que la misma ordena, circunscribe y jerarquiza tanto a los actores, como a sus prácticas y representaciones. Propongo realizar un recorrido por el pabellón, atravesando las distintas fronteras, rutinas, lógicas de circulación, prácticas situadas en contextos y locaciones específicas para dar cuenta del tipo de institución. Para ello identifico dos ámbitos que son destacados por los actores desde lógicas de dispersión y distanciamiento (Grupa y Ferguson, 2008): las áreas del SPF y las del PRISMA. En esta construcción de la imagen espacial que sostienen los actores, y desde la recuperación de sus narrativas y experiencias, busco comprender qué dicen del territorio que habitan, como lo narran, qué características le asignan; cuáles son las lógicas de circulación, las prácticas localizadas. Luego, describo y analizo aquellos espacios donde la autoridad de agentes penitenciarios y profesionales civiles es permanentemente negociada, disputada y definida. Me refiero a aquellos ámbitos donde participan los pacientes-internos, donde la distinción entre criterios de seguridad y tratamiento comienza a resquebrajarse.

En el segundo capítulo analicé los procesos de producción del paciente-interno, sosteniendo el mismo no es resultado únicamente de saberes expertos y objetivos, ni puede definirse por las características psicopatológicas de los sujetos. Por el contrario, es producto de procesos en los que intervienen todos los actores que forman parte de este mundo social. En el primer apartado describo el procedimiento por medio del cual un interno penitenciario se convierte en “paciente”, desde su derivación (judicial o penitenciaria) hasta la decisión de admisión por parte del equipo de profesionales del PRISMA. En segundo lugar, abordo los procesos de socialización de estas personas una vez que son admitidos en el dispositivo y trasladados a las salas de alojamiento. Sostengo que dentro de sus ámbitos de pertenencia, donde están la mayor parte del tiempo sin la presencia de referentes institucionales, tienen lugar operaciones que dotan de identidad y construyen su entidad en tanto pacientes-internos.

En el último capítulo me propongo interrogar las definiciones sobre la “violencia” que sostienen los actores en relación al espacio que comparten. Para lo cuál considero como primera aproximación a los sentidos de la violencia, analizarla dentro del conjunto de estrategias que los actores ponen en práctica para definir las acciones

ajenas consideradas transgresoras e ilegítimas (Isla y Míguez 2003). La violencia desde esta perspectiva se constituye, según veremos, como un término de carácter moral (Garriga Zucal y Noel 2010) que funciona como denominador y calificador de la conducta de los “otros” (Noel 2008). Los atributos que constituyen a la violencia como entidad no están definidos por prácticas sociales perpetuas, sino por clasificaciones contextuales, polisémicas y en permanente movimiento. En ese sentido, realizo una descripción y análisis de los distintos discursos en torno a la definición de aquello que es violento dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza, entendiendo que esta deconstrucción permite colaborar con la comprensión de nuestro objeto, de las moralidades que le son intrínsecas, y de las dinámicas entre los actores.

Capítulo I: El pabellón psiquiátrico de Ezeiza, espacios *en disputa*

En la introducción desarrollé las principales características del ámbito bajo estudio en lo que respecta a las responsabilidades y tareas que cada uno de los actores institucionales²⁴ tiene asignadas. El equipo del PRISMA, con su amplio número de profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros) es el encargado de la evaluación, admisión y tratamiento de la población alojada; mientras que el Servicio Penitenciario Federal debe cumplir tareas exclusivamente de vigilancia y seguridad²⁵. Pese a estar diferenciadas, debe destacarse que esta demarcación adquiere rasgos de enorme complejidad cuando se la observa en el flujo de la vida cotidiana. Las áreas de admisión, tratamiento y seguridad no conforman entidades independientes, sino que están en constante relación, dando lugar a situaciones de conflicto entre la lógica sanitaria y penitenciaria²⁶. Estas tensiones suelen implicar pasajes entre nociones disciplinarias, éticas, morales y políticas que oscilan entre la cura y el castigo, la cárcel y el hospital psiquiátrico. En sus oscilaciones vemos constantemente la referencia a espacios concretos, reglas de circulación, formas de usar el espacio y de apropiarse de él, valores asociados a determinados territorios. Razón por la cual, es fundamental su análisis como una dimensión ineludible para comprender este mundo social.

En las representaciones de los actores hay una construcción fragmentaria, que supone al “hospital psiquiátrico” y a la “cárcel” como espacios diferenciados. Transitar los pasillos y conversar con su gente significó un desplazamiento permanente entre estas dos configuraciones. La diferenciación que los actores sostienen tiene un anclaje territorial impregnado de distinciones conceptuales movilizadas para clasificar cosas, personas y prácticas situadas, generando sentimientos de pertenencia o diferenciación que actúan como fronteras (Lamont y Molnár, 2002:187). Fronteras entre autoridades, pertinencia de saberes y valores ético-morales.

²⁴ Como fue mencionado, utilizo la denominación “actores institucionales” para hacer referencia colectivamente a agentes penitenciarios (en sus distintos escalafones), profesionales y trabajadores de la salud que integran el equipo civil de tratamiento, y autoridades estatales con injerencia directa en la estructura del servicio bajo estudio.

²⁵ Entre ellas, controlan quiénes entran y salen del ala norte del HPC, van a buscar a los internos-pacientes de sus habitaciones para participar de las actividades socioculturales que propone el PRISMA, acompañar a los espacios de trabajo, educación o visita, realizan las requisas, controlan las salas de alojamiento, acompañan a los profesionales a hacer la ronda de medicación, etc.

²⁶ Estas tensiones involucran la dificultad de amalgamar un amplio espectro de abordajes institucionales, prácticas profesionales, discursos científicos y técnicos, disposiciones estatales, apreciaciones éticas y morales. Asimismo, como fue desarrollado en el capítulo anterior, las formas que asume, las estrategias llevadas a cabo por los distintos actores tiene una temporalidad propia, y una relación directa con momentos específicos de la política nacional.

Estudios clásicos de antropología y otras ciencias sociales han destinado especial interés en el análisis del espacio y sus formas de simbolización, considerando que estas clasificaciones permiten aprehender aspectos fundamentales de la organización social (Durkheim y Mauss, 1996). Asimismo, la localización de las prácticas, las reglas de circulación y sus respectivas fronteras vinculan tanto posiciones sociales como dimensiones morales, en cuyo proceso se constituye un nosotros/otros claramente diferenciado (Bourdieu, 1990, 2007). Así pues, en relación a las características híbridas de nuestro objeto, lo que debemos interrogar son las formas en las que estas delimitaciones espaciales son producidas, legitimadas y reproducidas.

El presente capítulo procura interrogar la tensión institucional entre los abordajes penitenciarios y psiquiátrico-terapéuticos desde un análisis de su configuración espacial, entendiendo que la misma ordena, circunscribe y jerarquiza tanto a los actores, como a sus prácticas y representaciones. Nos hemos propuesto realizar un recorrido por el pabellón, atravesando las distintas fronteras, rutinas, lógicas de circulación, prácticas situadas en contextos y locaciones específicas para dar cuenta del tipo de institución. Para ello se identifican dos ámbitos que son destacados por los actores desde lógicas de dispersión y distanciamiento (Grupta y Ferguson, 2008): las áreas del SPF y las del PRISMA. En esta construcción de la imagen espacial que sostienen los actores buscamos comprender qué dicen del territorio que habitan, como lo narran, qué características le asignan.

1. Entrar en *el PRISMA*

Comencé mi trabajo de campo una mañana de junio. Después de un prolongado viaje con distintos trasbordos, arribé en el Complejo Penitenciario Federal I (CPFI), ubicado en una angosta calle sin número, colectora de la autopista Ezeiza-Cañuelas. La llegada es engorrosa, puesto que este enorme predio se encuentra a una distancia considerable de la estación de tren y de los circuitos de transporte público. Este establecimiento fue construido entre los años 1998 y 2001, siguiendo un modelo de arquitectura penitenciaria caracterizado por el alojamiento individual-celular, ordenado en cinco unidades residenciales, modelo que supone “flexibilidad para optimizar las posibilidades de clasificación y tratamiento de los detenidos”. Tiene una capacidad de

2061 plazas destinadas a una población masculina²⁷, y está catalogado como de máxima seguridad. Dentro del Complejo, se encuentra el Hospital Central Penitenciario (HPC) con 50 plazas distribuidas en dos plantas, en cuya ala norte se ha emplazado el *pabellón psiquiátrico* del PRISMA (ex Unidad 20).

Imagen 01: Estructura del Complejo Penitenciario Federal I. Ezeiza



Fuente: Google Maps, 2017

Esa mañana encontré un gran número de personas en la entrada del penal, principalmente mujeres y niños; tenían consigo bolsas, muchas bolsas con comida, yerba y gaseosas. Era día de visitas y, de acuerdo a las quejas de la concurrencia, llevaban horas esperando poder ingresar sentadas en unos pocos banquitos de cemento, a la intemperie. Los chicos se ponían nerviosos, algunos jugaban. Mientras los miraba escuchaba a una madre decirle a otra mujer: “pobre, no sabe ni donde está, no sé cómo voy a hacer para decirle en unos años que su papá está preso”. A la prolongada espera, se sumaba el frío invernal y la travesía que implicaba para estas personas asistir al establecimiento. La principal razón es la falta de recursos, suelen emprender el viaje a la madrugada, debiendo realizar múltiples transbordos entre trenes y colectivos. Algunos acceden a las combis de Liniers, pero reconocen que representa un gasto considerable

²⁷ Durante el trabajo de campo el Complejo Penitenciario Federal I tenía capacidad para mil quinientas personas. Durante el período 2016-2017, se acondicionaron espacios comunes (como gimnasios y otras áreas de tratamiento penitenciario) para permitir un considerable aumento de sus plazas de alojamiento.

en la economía familiar y difícil de sostener en el tiempo.

Me acerqué a la puerta de ingreso, siempre cerrada con candado y con la presencia de tres guardias encargados de supervisar el movimiento. Detrás de la puerta se encuentra la oficina administrativa donde se registra a todas las personas que se dirigen hacia el interior del Complejo. Aquel día me atendió un señor de mediana edad, canoso y ancho, me presenté, entregué mi documento de identidad y le comuniqué que había una notificación de la coordinadora del Programa autorizando mi ingreso para una reunión con el equipo de trabajo. “Ah vas al PRISMA”, me dijo y fue el momento en el que comprendí que esa era la categoría nativa que definía el pabellón psiquiátrico de Ezeiza en su totalidad, la forma en la que los actores designaban un territorio específico²⁸.

Comenzó a buscar en todos los papeles del escritorio, las pizarras, le preguntó a su compañero y realizó algunas llamadas telefónicas. La autorización no estaba. Transcurrió un tiempo considerable hasta que una agente penitenciaria recién llegada, recordó que horas antes había ingresado un hombre *al PRISMA*, también invitado, y sugirió que (posiblemente) nuestras autorizaciones conformaran un mismo documento, y que éste podía estar en el módulo psiquiátrico. Llamaron por teléfono y confirmaron la información. “Claro, definitivamente la nota no estaba acá, como saben que corresponde, como debería ser... ¡Qué raro PRISMA! Siempre tan loquitos, como sus presos”, me dijo el encargado del área administrativa con un delicado aire irónico y triunfal. Me entregó una tarjeta amarilla con una enorme inscripción que decía “Visita civil” y me solicitó que la lleve siempre visible y colgada en el pecho. La coloqué en la solapa de mi abrigo y continué mi recorrido.

Desde la oficina de ingreso hasta llegar a destino, me aguardaban otros dos controles: el escáner por el que debía pasar mis objetos personales, y una oficina con cuatro agentes de seguridad que habilitan la salida al predio del Complejo. Ellos solicitaron nuevamente mis datos, aquella mañana y algunas más, hasta que mi cara fue suficientemente conocida como para que alcance la clasificación objetivada en aquella credencial amarilla de visita que llevaba colgada en el pecho. Una vez finalizada esta etapa me abrieron una puerta que conducía a los módulos de alojamiento, cada uno con sus respectivos controles: dos o tres agentes penitenciarios y la solicitud de datos

²⁸ En vistas de acompañar las formas en las que los actores nombran y clasifican al área del Complejo Penitenciario de Ezeiza destinado a la atención de población penal con padecimientos mentales, utilizaré *el PRISMA* (letra cursiva) para referirme al pabellón, siempre que esté en consonancia con las definiciones nativas y PRISMA para hacer referencia al Programa civil de tratamiento.

personales.

El área es enorme y no está señalizada. El Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV) bajo el régimen del PRISMA yace en el ala norte del Hospital Penitenciario Central (HPC), pero no hay carteles que indiquen dónde se encuentra exactamente y las construcciones de alojamiento tienen proporciones y características casi idénticas.

Imagen 02: Módulos de alojamiento del CPFI



Fuente: Google Maps, 2017.

Un agente penitenciario se acercó a preguntarme dónde iba y me sugirió “un camino más corto y práctico” para llegar al pabellón psiquiátrico. En lugar de recorrer el

laberíntico HPC hasta encontrar el pasillo que lo comunica con el ala norte, me propuso entrar directamente por una pequeña puerta que hay detrás del estacionamiento: “todo el mundo usa esa entrada, mejor vaya por ahí”. En efecto, el tránsito del sector se centraliza en aquella pequeña puerta detrás del estacionamiento. Me pareció un atajo, pero el tiempo hizo evidente que para los actores representa algo más profundo, como proponemos mostrar en el presente apartado.

Por dentro de la estructura edilicia, la continuidad espacial del Hospital Penitenciario Central (HPC) es interrumpida por una reja con candado *sin la vigilancia de agentes penitenciarios*, que constituye el límite entre el dominio del SPF con su plantel de profesionales de salud (pero miembros de la fuerza), y el equipo civil del PRISMA, cuya injerencia institucional se reduce exclusivamente al pabellón psiquiátrico. La ausencia de control permanente está lejos de ser un detalle. De acuerdo a las observaciones durante los meses de trabajo de campo y al relato de los actores, en pocas ocasiones se utiliza dicho acceso²⁹. Esta reja con candado representa, junto con las entradas diferenciadas del Hospital y del pabellón psiquiátrico, una *frontera* que distingue dos formas de intervención claramente diferenciadas: la civil y la penitenciaria³⁰.

Los trabajos de Michel Foucault (2002, 2008) han dado cuenta extensamente de la importancia de la administración, clasificación y segmentación del espacio para consolidación de las instituciones disciplinarias: tanto médicas, como penitenciarias. Dentro de este argumento, una frontera constituye el límite dentro de un territorio, una apropiación política del espacio que produce un espacio social particular, sostenido,

²⁹ Quienes son derivados al PRISMA para su evaluación suelen ingresar por el establecimiento, lo mismo ocurre con los trabajadores (se trate del Servicio o del programa civil). Ocasionalmente el personal del Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) acude al HPC para entrevistar a un interno penitenciario hospitalizado que pueda requerir asistencia o tratamiento en materia de salud mental. También se utiliza ese acceso (la reja con candado que separa *al PRISMA* del resto del Hospital) cuando algún paciente-interno requiere cuidados médicos de complejidad.

³⁰ Como fue planteado en la introducción, en sentido estricto los agentes penitenciarios son civiles, pues pertenecen a una fuerza de seguridad y no a una fuerza armada. La contraposición responde a una herencia histórica de procesos de militarización que caracterizaron el devenir del servicio penitenciario en nuestro país. La definición de un servicio penitenciario como una fuerza de seguridad no es algo universal, en muchas latitudes, estos se definen, antes bien, como cuerpos especializados en un servicio de custodia que no se solapa con las fuerzas de seguridad. En nuestro país, el Servicio Penitenciario Federal constituye una fuerza de seguridad desde el año 1973, cuando, durante el gobierno de facto de Lanusse, se reformaron todas las leyes orgánicas de las fuerzas –servicio penitenciario, prefectura y gendarmería– con el objetivo de subordinarlas a las Fuerzas Armadas. A partir de la creación del Ministerio de Seguridad de la Nación, en el año 2010, comienza una diferenciación del SPF respecto de las fuerzas de seguridad. Esta diferenciación queda sugerida por el hecho de que las fuerzas de seguridad nacionales –PFA, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina– pasan a depender del Ministerio de Seguridad, mientras que el SPF queda en la órbita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (DGN, 2017).

legitimado y aceptado (Visacovsky, 2002:170). Los profesionales del PRISMA identifican esa reja como una divisoria con la lógica militarizada del Servicio, una distinción entre la lógica civil y penitenciaria de tratamiento. Así lo señalaba una psicóloga del Programa:

...estamos prácticamente en el mismo lugar, pero esto es un hospital en serio, acá tenéis profesionales civiles y no penitenciarios que están al servicio de otras lealtades. Acá lo que importa es el paciente. Nosotros no vemos presos, que es lo único que ve un médico penitenciario.

Para el cuerpo de profesionales civiles es un acto constitutivo de su identidad el diferenciarse de los agentes del Servicio. Desde su puesta en funcionamiento han intentado dejar constancia de que la distinción no se agota en su formación disciplinaria o el compromiso con la legislación vigente, sino que también (y fundamentalmente) en la postura ética y política que sostienen los miembros del Programa. Siempre se han ocupado de enfatizar respecto del pabellón donde trabajan que: “esto no es una cárcel, es un hospital, todos nuestros esfuerzos están en consolidar esta forma de tratamiento, y tratar de que no quede subordinada al dispositivo de seguridad”.

Para los agentes penitenciarios esa reja con candado es lo que separa a su institución de pertenencia de aquel espacio abyecto, el lugar del “loco-delincuente”, las marcas de la demencia y la hibridación institucional. Es impórtate mencionar que el CPFI es uno de los establecimientos más grandes e importantes del SPF, razón por la que la implementación del Programa dentro del predio implicó un quiebre muy grande para quienes lo habitaban cotidianamente, “una invasión” como solían clasificar muchos de sus agentes. Exceptuando quienes continúan tareas desde la Unidad N°20 del Hospital José T. Borda, los guardias penitenciarios no suelen tener interés en trabajar dentro de los servicios psiquiátricos, menos aún bajo las directivas de un cuerpo civil. En una de mis visitas un agente de bastante antigüedad me dijo:

Es muy simple, esta gente se cree que porque le sacan un decreto, vienen acá y hacen lo que quieren. La cárcel es nuestra, los presos son nuestros, no podés venir con esa prepotencia y desacreditar el trabajo que venimos haciendo desde hace tantos años. Ellos hacen turnos de pocas horas, nosotros estamos todo el día *acá en el PRISMA* con el interno, somos los que conocemos al preso.

...también hay que tener bastante aguante para estar en un lugar como éste, yo la primera vez salí muy impresionado y tardé mucho en acostumbrarme y valorar todo lo que puedo aportar acá. Hoy es un trabajo que me gusta pero cuando me estaba formando el último lugar donde quería trabajar era con

los locos, estar todo el día con los gritos, la gente que se corta...me parecía insoportable.

El PRISMA representa para los agentes penitenciarios una doble hibridación que parece incomodar su tarea cotidiana: el contacto permanente con “la irracionalidad”, la locura, los gritos, los cortes y la autoridad civil dentro del establecimiento en detrimento del poder que tradicionalmente siempre tuvo el SPF.

Aquellas personas que se encuentran en la intersección entre el sistema penal y los dispositivos de salud mental llevan consigo dos rótulos con un poder estigmatizante ineludible: la locura y la delincuencia. Dentro de las instituciones de encierro carcelario, donde las clasificaciones vinculadas al delito son normalizadas o, incluso, realizadas por los distintos actores (Míguez, 2008; Karlinsky, 2007); la locura representa siempre una identidad deteriorada desprovista de racionalidad alguna. “¿Para qué le vas a decir eso si está loco?”, era una pregunta habitual en conversaciones donde participaban pacientes-internos y agentes penitenciarios.

Desde su primer emplazamiento en el Hospital José T. Borda, el servicio psiquiátrico para varones representó un lugar de castigo para “los presos con problemas de disciplina que se querían sacar de encima, y penitenciarios que debían ser castigados”, según indicaron varios agentes de distintos escalafones y un ex director del SPF.

En adición a los prejuicios de muchos penitenciarios y a su poca predisposición para vincularse con personas vinculadas a la problemática de salud mental, el trabajo dentro de los servicios psiquiátricos del Servicio encierra grandes dificultades para ascender en la carrera penitenciaria, como aseguró el jefe de seguridad interna, máxima autoridad del SPF dentro del pabellón:

Acá hay cosas que no suceden y me juega en contra para mi carrera. No soy novedad, ningún penitenciario que trabaje en este pabellón lo es, eso es un problema muy grande en nuestra formación, en los futuros destinos y responsabilidades que nos confieran. Vos imagínate que yo acá soporto mil cosas, especialmente a nivel psíquico. Sin embargo, no soy novedad, nadie se entera.

El servicio psiquiátrico para los agentes penitenciarios es un lugar de “descarte”, un “buzón”³¹. Morel, un miembro del SPF de gran antigüedad con esta población solía decir:

³¹ En el tercer capítulo de esta tesis será trabajado este aspecto en relación a la población detenida.

Yo realmente hoy tengo mucho amor por este lugar, creo que durante todos estos años pude dar mucho y eso estuvo bueno. Pero la Unidad N° 20 era un buzón total. A mí me mandaron porque tuve problemas con gente de más arriba y los presos que nos llegaban eran cualquier cosa, mucho cachivache. Si vos querías joder a alguien lo mandabas ahí.

Asimismo, debe añadirse la incómoda tarea de aceptar las decisiones y directivas de un equipo civil que carece de trayectoria penitenciaria, y formación específica en materia de seguridad. Es por eso que el pabellón del PRISMA es un ámbito problemático para los agentes del SPF, por el tipo de población que aloja y por la forma en la que ésta es gestionada. La propia historia del programa generó mucho resquemor entre los agentes del SPF. El traslado de las Unidades N°20 y N°27 desplazó de sus funciones a los profesionales penitenciarios, que quedaron desafectados para ser, más tarde, reubicados en el PROTIN. Éstos señalaron que tuvieron que cargar con las acusaciones de mal funcionamiento de las unidades del Borda y del Moyano, a pesar de que éstas no se debían a sus malas prácticas profesionales, sino a que dichos espacios se fueron transformando paulatinamente en espacios de contención de todos los cuadros conflictivos dentro del resto de las unidades del sistema federal.

Los relatos de los profesionales civiles suelen apelar a referencias sobre el pasado de la atención de la salud en las cárceles acentuando sus características más terribles, de malos tratos, torturas y ausencia de tratamiento especializado. Deficiencias que ellos, los civiles del PRISMA vendrían a “revertir”, “fortaleciendo derechos y atendiendo específicamente a los padecimientos mentales”. Esta forma de narrar el origen del Programa y la necesidad de comandar civilmente el espacio del pabellón forma parte de uno de los principales conflictos entre los actores institucionales.

El PRISMA, como suelen llamar al pabellón en general, es aquel lugar de “lo impuro” (Douglas, 2007), aquello capaz de poner en peligro el funcionamiento de la institución en general, en la medida que desautoriza al SPF, descrea de sus tradicionales métodos para tratar y contener a la población penal en materia de salud mental y sostiene públicamente representaciones estereotipadas y estigmatizante sobre los miembros del Servicio.

Laurence y Low (1990) señalan que existe una construcción social de la territorialidad capaz de expresar una ubicación dentro de relaciones sociales específicas a partir de la concepción de un espacio propio. Aquella reja con candado que separa al pabellón psiquiátrico del resto de los servicios del SPF da cuenta de esta operación. En ese intersticio se insertan las relaciones, los valores y la pertenencia, como una forma de

definir el ambiente que habitan. De esto dan cuenta los testimonios de los actores institucionales, y como veremos más adelante, de sus prácticas de circulación dentro de estos espacios. La distribución espacial nos habla del lugar segregado del servicio psiquiátrico dentro de la estructura del SPF.

2. “EL PRISMA”

Cuando ingresamos al pabellón psiquiátrico del PRISMA nos encontramos con una pequeña oficina de luz mortecina donde tres agentes penitenciarios supervisan los movimientos de entrada y salida. Por lo general están conversando, mirando el celular, generalmente con actitud apacible, tal vez reflejo del ritmo de trabajo, menos convulsionante que otras áreas del Complejo. Durante los primeros tiempos del trabajo de campo, y teniendo en cuenta que sus turnos de trabajo son rotativos, siempre debía presentarme y proveer mis datos personales. Este procedimiento forma parte de los protocolos penitenciarios que colaboran con el registro del tránsito dentro del CPFI, se procede de ese modo en todos los módulos y oficinas del establecimiento.

Una vez superado el control burocrático nos vemos frente a la reja que conduce a los pasillos del pabellón, con sus oficinas y espacios compartidos. De acuerdo con las medidas de control y seguridad del SPF, ésta debe permanecer cerrada y solamente puede ser manipulada por sus agentes habilitando el ingreso de los/las trabajadores/as y visitas al pabellón. Pese a ello, escasas veces me encontré imposibilitada de atravesarla por mis propios medios, únicamente en ocasiones donde agentes penitenciarios y profesionales del PRISMA coincidieron en la existencia episodios de violencia entre pacientes-internos dentro de los espacios administrativos, o circulación no autorizada fuera de las salas de alojamiento; situaciones de otro orden que requerían profundizar la vigilancia. El discurso del peligro se sirve de distintos recursos dependiendo de los contextos, a veces se alude a la seguridad de los trabajadores/as, otras veces a la seguridad de los pacientes-internos particularmente descompensados o vulnerables³².

La disposición y el funcionamiento del pabellón son similares al resto de los módulos del establecimiento penitenciario. Siguiendo la estructura del HPC, es una formación de dos plantas, con tres puestos de control: el que mencionamos de la entrada

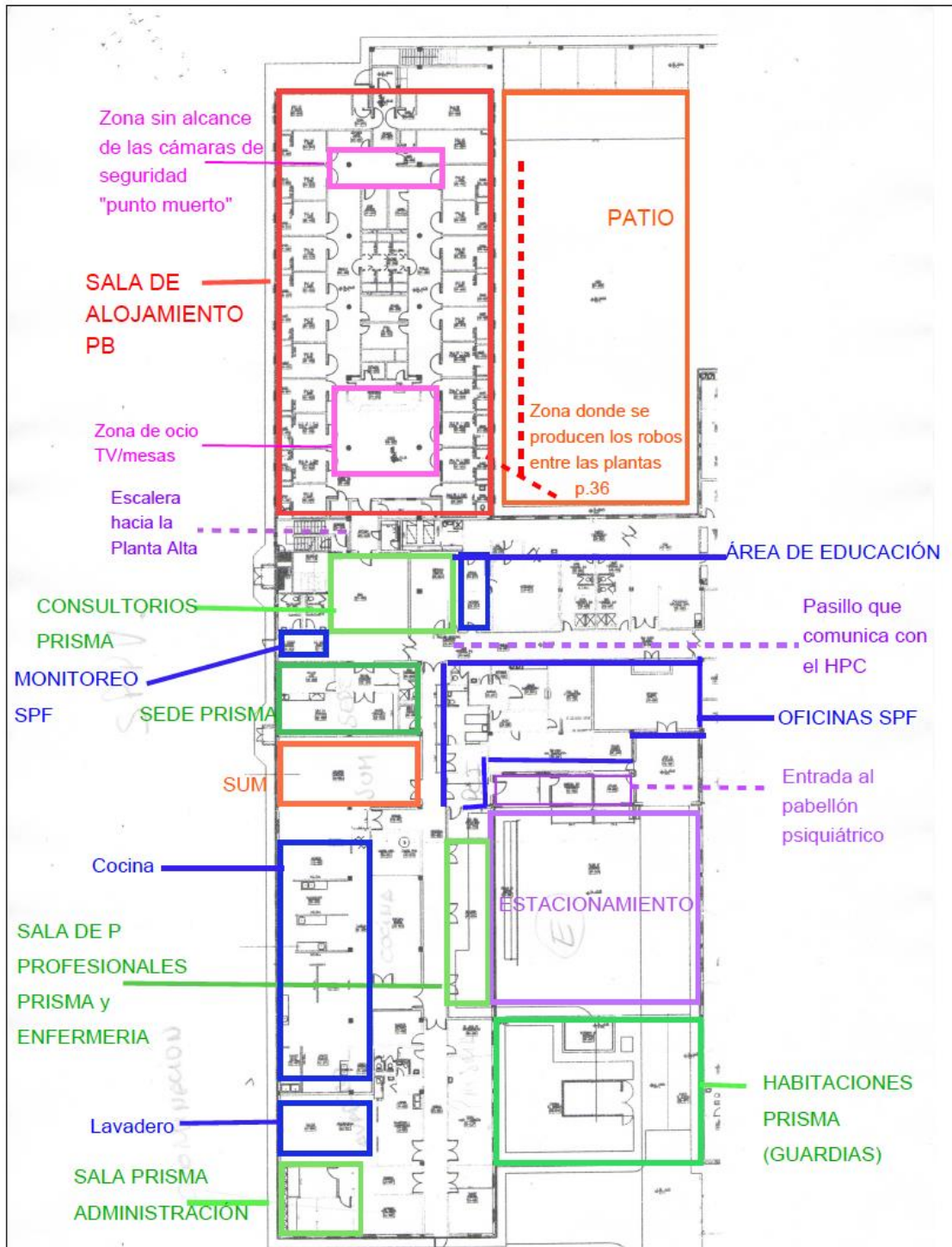
³² Hay una noción extendida, fundada en la permanencia de detenidos sin diagnósticos psiquiátricos precisos, perfiles violentos que perjudican a los pacientes psiquiátricos más vulnerables, especialmente aquellos que poseen discapacidad mental, retrasos cognitivos etc. Estas personas son clasificadas por agentes penitenciarios como “refugiados” o “cachivaches”, y como “caños” por personal del PRISMA.

con tres guardias por turno y otros tres agentes en las puertas de las dos salas de alojamiento. Todos los accesos cuentan con rejas y candados bajo vigilancia constante. La capacidad de este pabellón permite alojar a sesenta personas, distribuidas en dos salas (una por piso) y bajo tres modalidades: celdas individuales similares a las habitaciones de altas medidas de seguridad del Complejo, celdas individuales con cámara de monitoreo y observación permanente; y alojamientos compartidos (tres camas máximo). Cabe destacar que las mismas fueron construidas específicamente para la implementación del PRISMA dentro del establecimiento y guardan algunas diferencias atendiendo a las características de la población. Con el propósito de hacer más tolerable el encierro en las celdas individuales, entendiendo que es una dinámica más habitual dentro de espacios psiquiátricos, éstas tienen mayores dimensiones. Las celdas individuales del CPF de Ezeiza son de un metro por dos con una cama, un inodoro y un lavatorio, lo que convierte ese pequeño espacio en un lugar para dormir, orinar y defecar. En contraste *El PRISMA* cuenta con habitaciones más grandes, cuatro por cuatro metros, y goza de instalaciones que no se encuentran sobrepobladas y que permiten condiciones de vida mucho mejores que las de la mayoría de los pabellones del resto del SPF.

La planta alta únicamente consiste en la sala de alojamiento, una oficina de control del SPF y un espacio en el medio con un escritorio y dos sillas que se utiliza como consultorio. La ubicación de este último, tan cercana a la sala y al control penitenciario, genera bastantes dificultades para mantener la privacidad y tranquilidad de los espacios terapéuticos. Es un área particularmente ruidosa, la puerta que conduce a la sala tiene una ventana vidriada por la que suelen gritar los pacientes-internos llamando a los profesionales de la salud mientras atienden. Los agentes penitenciarios se encuentran a pocos metros por lo que deben ser cautos con sus potenciales escuchas. Por lo general se utiliza cuando deben evitar que pacientes-internos con problemas de convivencia se encuentren en la zona de los consultorios del PRISMA ubicada en la planta baja.

La planta baja cuenta con un pasillo de distribución en forma de “L” donde encontramos las oficinas administrativas del PRISMA y del SPF, el Salón de Usos Múltiples (SUM), el lavadero y la cocina a cargo del SPF, la sala de profesionales, la sala de enfermería, el área de educación, el Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE), el área de monitoreo del SPF, los consultorios del PRISMA, la huerta, el patio y la sala de alojamiento.

Imagen 03: Disposición de espacios institucionales. Planta Baja



Fuente: Adaptación personal del Croquis del SPF en la Tesis doctoral de Andrea Lombrana (2014:301)³³

Los pasillos del pabellón, al igual que otros espacios del Hospital Penitenciario Central o del Complejo en general, presentan amplias dimensiones, iluminación blanco-mortecina, la pintura de sus paredes un poco deteriorada, colillas de cigarrillos en el

³³ Para observar la estructura de la planta baja sin modificaciones ver Anexo I de este trabajo.

piso, las rejas con candados y la presencia de puestos de control penitenciarios con cámaras de seguridad. En tanto lugar, no posee diferencias significativas³⁴ con el ámbito meramente carcelario, por lo que ha sido fundamental interrogar las prácticas puesto a que son ellas las que hablarán de la especificidad de este lugar. Sostiene Michel De Certeau que los agentes sociales se apropian del espacio en la medida que lo usan. El uso es práctica y experiencia a la vez, y por su intermedio el espacio siempre se actualiza. En otras palabras: “el espacio es un lugar practicado” (1994: 129).

El primer día que estuve ahí me sorprendió ver a una profesional del PRISMA, psicopedagoga y encargada del taller socio-productivo, con seis pacientes-internos en una pequeña oficina del pasillo recibiendo ayuda para organizar las cajas de los materiales. Por lo general, es difícil dentro de la estructura del Complejo con sus estrictas normas de seguridad, encontrar tantas personas detenidas sin la supervisión de agentes penitenciarios.

Todos los desplazamientos que involucran a los detenidos deben estar minuciosamente registrados y bajo vigilancia constante, sea ésta civil y/o penitenciaria. Pese a ello, es habitual observar el tránsito de algunos pacientes-internos sin la presencia de referentes institucionales desde las salas de alojamiento o los consultorios hasta la oficina administrativa del PRISMA, ubicada al final del mismo.

Así pues, entrar al pabellón implica necesariamente encontrarse con una circulación más fluida de personas, pero también con los ambos y delantales blancos de los profesionales del PRISMA, las cartulinas colgadas de las paredes con las fotos de los pacientes-internos desarrollando distintas actividades (jugando al fútbol, emitiendo un programa de radio, haciendo artesanías, leyendo juntos, entre otras), siempre con sus nombres artesanalmente adosados con carteles sobre las fotografías. El uso del espacio es completamente diferente, conlleva a empezar a escuchar hablar de “paciente” como la categoría formal para definir a quienes se encuentran bajo tratamiento y la presencia del lenguaje psicopatológico en las conversaciones de pasillo³⁵. Dentro de este pabellón, los internos penitenciarios son separados del sistema clasificatorio del SPF, creando y recreando por medio del acto de nombrar (De Certeau, 1994) y se transforman en

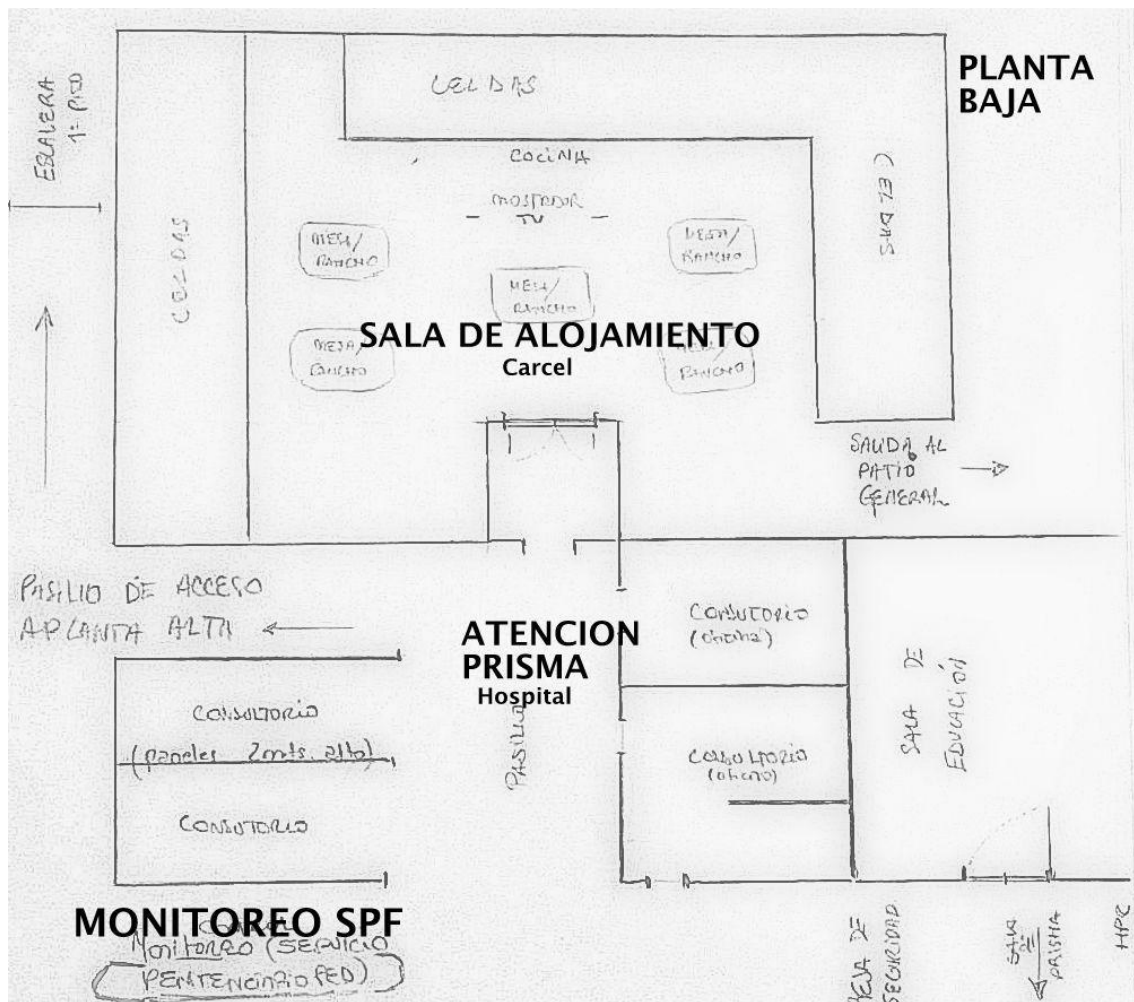
³⁴ Al respecto debe señalarse la distinción que realiza el autor entre *lugar* y *espacio*. El primero hace alusión al orden en el que los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia, la configuración instantánea de posiciones. El espacio, en cambio, es un terreno de intervención y movimientos: es el efecto producido por las operaciones que lo orientan, lo circunstancian, lo temporizan y lo hacen funcionar como una unidad polivalente de programas conflictuales o proximidades contextuales (De Certeau, 1994: 129).

³⁵ Importantes estas últimas porque, como veremos más adelante, el pasillo no es únicamente un espacio de tránsito, sino un ámbito de sociabilidad en sí mismo.

pacientes, sujetos a otras prácticas de tratamiento e intervención, que veremos a continuación con mayor detalle.

Los consultorios del PRISMA merecen algunas menciones. Están ubicados entre el SEDE y el área de monitoreo del SPF por un lado, y la sala de alojamiento de la planta baja por el otro. Su separación respecto de estos espacios está apenas delimitada por cuatro boxes con paredes de placas de yeso dispuestos en los extremos del pasillo que conduce a la sala de alojamiento. Como puede imaginarse el lector o la lectora, es un pasillo de tránsito constante, dificultando la privacidad de los espacios terapéuticos y su separación de la lógica penitenciaria.

Imagen 04: Áreas de consultorios, monitoreo SPF y sala de alojamiento.



Fuente: Elaboración propia

Es importante señalar que tanto el PRISMA como el SPF tienen asignados espacios específicos y diferenciales, a excepción del Salón de Usos Múltiples (SUM) y el patio, cuya adscripción se encuentra ligada a las actividades y contextos de diversa

índole, sin remitir directamente a las autoridades institucionales.

La sala de profesionales y la oficina contigua están a disposición del personal del PRISMA. La primera es un área extensa que cuenta con una mesa ubicada en el centro y varias sillas (por lo general suficientes para todo el personal que comparte el mismo turno). Hay una ventana de dimensiones medias, un lavabo con utensilios de cocina, una heladera pequeña y en un extremo un escritorio con una computadora. Era común ver a todos los profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras) sentados alrededor de esa mesa, con las carpetas e informes de sus “pacientes” desparramados entre los mates, las tazas y algunos paquetes de galletitas. Si bien es un lugar asociado a tareas profesionales, la ausencia de otras áreas dentro del pabellón hace que también allí se almuerce y se mantengan conversaciones distendidas y recesos de trabajo. Pese a existir relaciones jerárquicas entre miembros del equipo (coordinadora del programa, referentes de servicios específicos como evaluación, investigación y área sociocultural) la relación entre ellos en esta oficina asume un carácter poco formal, exceptuando situaciones específicas: reuniones de equipo, disposiciones nuevas de trabajo, discusiones acerca del funcionamiento del dispositivo de tratamiento, entre otras.

La oficina contigua cuenta con dos camas y se utiliza, principalmente, para que aquellos profesionales de guardia tengan la posibilidad de descansar. En la cotidianeidad también se observa que se juntan a conversar, muchas veces de trabajo.

Existe una sala que antiguamente pertenecía a profesionales penitenciarios que trabajaban dentro del pabellón. Estas personas fueron trasladadas a otros sectores del Complejo posibilitando nuevas apropiaciones del mismo por parte de los miembros del PRISMA. Se utilizan para los encuentros y talleres entre profesionales que realizan con frecuencia y para las reuniones con agentes del poder judicial, defensorías y organismos de DDHH que visitan el pabellón.

El Servicio cuenta con dos oficinas administrativas, y con una de control en la entrada del pabellón. Una de ellas es la del Jefe de Seguridad Interna y sus dos administrativos a cargo. La estética de estos despachos es más prolija y el trato entre ellos sumamente formal, especialmente cuando se refieren a autoridades penitenciarias. Contar con el Casino de Oficiales hace que puedan tener sus espacios de esparcimiento y comedor por fuera de estos ámbitos, resguardando la disposición de objetos ligados únicamente al trabajo y evitando el bullicio y la acumulación de muchas personas en el mismo lugar. Las paredes de estas oficinas están decoradas con bastante austeridad,

únicamente con artesanías elaboradas por los distintos talleres penitenciarios del ENCOPE³⁶, obsequios de otras unidades del Servicio y los cuadros de Pérez³⁷, elaborados por un interno del Complejo y famosos en toda la institución por la calidad de la obra.

En los tiempos que transité el pabellón, observé la existencia de un acuerdo tácito por el cual estos ámbitos no eran compartidos. Entre estos actores el lugar de interacción entre sí es el pasillo, allí se mantienen conversaciones triviales y cotidianas, tanto como aquellas orientadas a la resolución de problemas serios (inconvenientes con algún paciente-interno, problemas de convivencia, etc.). La única excepción es el área de monitoreo que se encuentra entre el SEDE y los consultorios. Se trata de un escritorio ubicado en el pasillo con cuatro monitores grandes donde se observan todas las cámaras de seguridad del pabellón (salas de alojamiento, SEDE, celdas individuales de observación permanente, salones, aulas de educación). Suele haber tres guardias por turno y sus principales obligaciones consisten en el control permanente de los pacientes-internos, colaborar con su traslado para las reuniones con los equipos tratantes, visita o talleres, y resguardar la seguridad de las entrevistas de admisión en el SEDE. Su ubicación, tan cercana con las áreas de trabajo del PRISMA y la ausencia de fronteras físicas (paredes, puertas, boxes) lo constituye como un espacio de intercambio, el único donde los trabajadores del PRISMA y SPF conversan, toman mate, se conocen.

En su estudio sobre el Servicio de Psicopatología y Neurología del Hospital Interzonal de Agudos Evita, más conocido como *el Lanús*, Visacovsky (2002, 2008) ha recuperado aquella noción que sostiene que toda frontera es producto de un artificio que irrumpe con una continuidad espacio-temporal (Leach, 1978) para analizar cómo se construye *in situ* un *relato desde la escisión* que opera al servicio de la afirmación de la autonomía de los psicoanalistas respecto de otros servicios hospitalarios, incluso la psiquiatría. La permanencia y circulación en los sitios descriptos nos han permitido

³⁶ Se trata del Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio Penitenciario Federal (ENCOPE), que administra 255 talleres de producción industrial y agropecuaria que funcionan en 26 unidades penitenciarias federales, con inversión en tecnología y capacitación continua. Esta entidad genera y supervisa tareas productivas a cargo de maestros penitenciarios y trabajadores privados de la libertad, con rutinas laborales y formación en oficios, bajo el supuesto de que “el trabajo es la base para el desarrollo creativo y personal, mediante estrategias de promoción de la responsabilidad y la resignificación del tiempo ocioso en tiempo productivo”. Para más información: www.encope.gob.ar.

³⁷ Pérez era un interno penitenciario que estaba, al momento de mi trabajo de campo, en una Colonia de egreso, a pocos kilómetros del Ezeiza. Durante sus prolongadas detenciones desarrolló una enorme obra pictórica pidiendo a cambio únicamente los materiales (telas, oleos y pinceles). Sus cuadros aún permanecen en muchos establecimientos del SPF y en la Dirección Nación del Servicio por su gran calidad, para los agentes era “el Molina Campos de la cárcel”.

observar las distinciones entre dos instancias “diferentes” de concebir un mismo espacio, el pabellón psiquiátrico de Ezeiza. Los límites entre los ámbitos del PRISMA y del SPF son respetados por estos actores y valorados como fundamentales para llevar a cabo las tareas propias de cada uno de estos abordajes, resguardar la privacidad y su estructura jerárquica. Es importante para ellos contar con oficinas propias donde establecer sus reglas de uso, un lenguaje adecuado a sus responsabilidades y los valores que los representan en tanto agentes estatales.

Lo que resulta fundamental de este estudio es la forma en la que el análisis de la configuración espacial ilumina sobre las relaciones de saber/poder dentro de un contenido institucional específico. Como hemos visto en este apartado, la narrativa de *escisión espacial* ha permitido establecer áreas de gestión y control diferenciadas entre el PRISMA y el SPF que expresan una forma de diferenciación disciplinaria, política y sanitaria. El pabellón del PRISMA el relato como escisión redefine el ámbito penitenciario y da sentido a un conjunto de prácticas, nos habla de las disputas de este mundo social, de las tensiones y contradicciones que hacen a su cotidianeidad. Nos proponemos dar cuenta de la forma en la que estas fronteras que los actores enuncian con determinación son permanentemente combatidas, borradas y transgredidas.

3. Espacios híbridos, espacios *en disputa*

Hasta el momento nos hemos ocupado de los espacios del pabellón psiquiátrico percibidos como ámbitos de pertenencia de los actores institucionales. En ellos, la delimitación de sus prácticas está debidamente pautada, sea por la normativa o por el peso de la costumbre. Acuerdos tácitos entre el PRISMA y el SPF definen dos ámbitos altamente diferenciados identificados con imágenes estereotipadas y contrapuestas sobre la cárcel y el hospital psiquiátrico.

Tal como ha planteado de Certeau (1994), el espacio se recrea, definiendo sus sentidos y estableciendo límites precisos, situados y contextuales. Como hemos visto en los discursos de estos actores y en las interacciones *propias* en dichas áreas, podemos decir que los límites son físicos, pero también simbólicos y sociales (Lamont y Molnár, 2002). Veremos cómo el PRISMA y el SPF han logrado resolver la definición de sus espacios administrativos, dejando otros a merced de una disputa permanente: precisamente aquellos que involucran la presencia de los pacientes-internos en tanto sujetos de intervención. Así pues, indagaremos qué sucede con estas fronteras y las

creencias encarnadas en esos espacios dentro del corazón de la tensión institucional, donde la definición de estas fronteras es engorrosa, escurridiza y sumamente disputada.

3.1. Espacios de tratamiento de pacientes-internos a cargo del PRISMA

“Bienvenidos a Radio Libertad, donde el sonido es libre” se escuchó por los parlantes del pabellón. Acababa de comenzar el programa de radio conducido por Facundo, un paciente-interno de planta baja. Saludó a sus compañeros, a las dos plantas, a los profesionales del PRISMA y al tallerista Javier. De fondo sonaba el tema *Juguetes perdidos* de Los Redondos, “cuando la noche es más oscura, se viene el día en tu corazón” y todos cantaban emocionados.

El taller de radio tenía lugar los martes a la mañana desde hacía tres años y era uno de los principales organizados por el área sociocultural³⁸ del PRISMA hasta su finalización en diciembre del 2015 por disposición de la gestión de Cambiemos³⁹. Estos talleres solían tener gran convocatoria, exceptuando a los pacientes-internos en resguardo o aquellos de edad avanzada. Quienes vivían en el pabellón psiquiátrico solían participar al menos de algunos de estas actividades, o de todas. Fueron pensados para “hacer más tolerable” la vida dentro de la cárcel, según dicen sus coordinadoras; y también para generar espacios de expresión y participación por fuera de las relaciones terapéuticas⁴⁰. Por lo general, se requería de la aprobación del equipo tratante (psiquiatra, psicólogo y trabajador social) de cada uno de ellos para poder incorporarse a estas actividades. Durante mi estadía en el pabellón se dictaron talleres de producción y emisión de radio, revista, cine, percusión, coro, taller deportivo y socio-productivo (orientado al aprendizaje de oficios, y a la venta de productos fuera del ámbito penitenciario).

El programa de radio se emitía en uno de los consultorios, un sitio reducido donde entraba un escritorio y apenas las sillas para seis o siete personas. A diferencia del SUM, que se utilizaba para talleres y eventos numerosos (socio-productivo,

³⁸El área sociocultural está a cargo de tres trabajadoras sociales y contempla actividades y talleres semanales donde participan profesionales del PRISMA y pacientes-internos.

³⁹Cambiemos es una coalición política de Argentina fundada en 2015, a partir del acuerdo establecido entre Elisa Carrió, Mauricio Macri y Ernesto Sanz. Se presentó por primera vez en las elecciones presidenciales de Argentina de 2015 con la candidatura de Mauricio Macri y Gabriela Michetti y ganó en la instancia del balotaje.

⁴⁰Una de las principales posturas del Programa, en lo que hacen hincapié sus profesionales, es en la tarea de tratamiento: el fin de un dispositivo de salud mental es tratar el sufrimiento de alguien, no el tratamiento de las personas (Bertolozzi y Vitalich, 2013).

percusión, coro, cine, recibir visitas y eventos institucionales); este espacio está inmerso en la lógica penal y hospitalaria de la institución: las paredes con sangre, los gritos de pacientes-internos descompensados que provienen del SEDE o de la sala de alojamiento contigua, guardias corriendo por los pasillos, pacientes-internos desplazándose desde las salas de alojamiento hacia distintas actividades (educación, trabajo, tratamiento). También se solían escuchar discusiones que otros pacientes-internos tenían con sus equipos tratantes en el resto de los consultorios, posibilitado por la ausencia de paredes firmes.

Javier asistía al PRISMA los lunes para la producción del programa y los martes para la emisión. A pesar de ser una persona externa a la planta de profesionales de la institución⁴¹, siempre se refirió al PRISMA en términos inclusivos, desde un “nosotros”; pero era el primero en diferenciarse cuando se trataba del vínculo con los pacientes-internos:

Acá lo que está faltando es un espacio donde no se los estigmatice y cosifique tanto por el diagnóstico psiquiátrico que tienen, algún espacio donde los vean como personas y no como enfermos. Eso hace que terminen relacionándose de una manera que es una cagada.

Javier era el único que los saludaba con un beso y un abrazo y antes de los programas solían hablar un poco de la vida, las drogas, los amores; lo más cercano que pude presenciar a una conversación *entre amigos* dentro de interacciones asimétricas.

Aquella mañana estaban en el taller Facundo, el conductor, Sebastián, Roberto, Rodrigo y Pedro. Solamente este último era de la planta alta, el resto compartía la misma sala de alojamiento. Esta referencia pareció un detalle durante varias visitas, hasta que me di cuenta que reflejaba un conflicto entre las salas que hacía muy difícil su coexistencia en instancias de participación grupal. Con el tiempo llegaron a turnar la emisión radial entre las dos plantas para evitar que los pacientes-internos se cruzasen en esos espacios, o que los programas solamente canalizasen la expresión de una de ellas.

Antes de comenzar Javier preguntó “¿Qué pasó acá?”, señalando las paredes rotas de durlock del consultorio, había huecos muy grandes rellenos con papel de diario.

⁴¹ El área sociocultural del PRISMA recibe la participación de talleristas externos a la institución, quienes llevan a cabo talleres semanales (teatro, radio, revista, taller socioproductivo, percusión, deporte) por medio de contratos de prestación de servicios. No forman parte de la planta de trabajadores del PRISMA, sino que facturan como monotributistas sus horas de trabajo al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

“Y bueno, la gente se descompensa”, respondió Facundo con mucha naturalidad. Ese día, Sebastián estaba somnoliento y le resultaba muy difícil articular las palabras, me dijo que recibió la medicación más tarde. Por lo general su participación era esporádica, no solía prestar mucha atención y era bastante moderado con el uso de la palabra; en general esperaba que sus compañeros de taller le habiliten un espacio para hablar, y quedaba atento a sus miradas de aprobación. “Es como un nene”, decían ellos cuando Sebastián se retiraba del programa, “a veces necesita que le den un empujoncito, es un poco lento”. Rodrigo estaba con la cara bastante golpeada, el día anterior había tenido una pelea con un compañero por un paquete de yerba, “pero está todo bien, somos amigos, ya lo arreglamos”. Roberto pedía por medio de la radio que lo atendiese su psiquiatra porque no había dormido en toda la noche: “sí, a vos te hablo que pasas por acá y no me mirás a propósito”. Era cierto, se veía al psiquiatra pasando por el pasillo que estaba entre los consultorios, tratando de evitar el contacto visual con su paciente. En el consultorio de al lado se escuchaba a Brian peleándose con su psiquiatra, tenía los brazos cortados y no quería hablar del tema, ni tomar más medicación: “yo no sirvo para trabajar cosas, no quiero hablar y no quiero medicación”. Se escuchaba la voz de su psiquiatra tratando de calmarlo un poco: “bueno, empecemos por sentarnos un poco y dejar que te revisen y te curen los brazos”.

Habitualmente intentaban hacer un programa que condensara los intereses de todos los pacientes-internos, razón por la cual había algunos temas que resultaban particularmente recurrentes: noticias ligadas a la cuestión carcelaria, debates sobre los temas que generaban convulsión en la opinión pública (como las salidas transitorias, el trabajo y educación dentro de las cárceles); había también módulos de deportes, política, humor y música. Estos esfuerzos no siempre convocaban el interés de los oyentes, pero ese día era fácil ver por la ventana de la sala las caras de preocupación, sentados en las mesas con el mate. “Hoy es un día de luto, vamos a honrar al Indio toda la mañana, por todo lo que nos dio”. Esa semana fue de público conocimiento que el músico tenía problemas de salud que ponían en riesgo la continuidad de su carrera y todos se encontraban muy conmocionados y con ganas de contar lo que significaban esas letras para ellos.

Durante el programa sucedieron muchas cosas que llamaban poderosamente mi atención: repentinamente se veían agentes penitenciarios correr hacia la sala de alojamiento, no sabíamos qué pasaba, pero el programa intentaba continuar (o por lo menos, ese es el intento de Javier y del conductor). Cada vez era más difícil lograr que

los pacientes-internos prestasen atención y no se distrajesen con el movimiento de personal penitenciario. En el intervalo, nos enteramos por un agente que hubo un episodio de autoagresión, específicamente un intento de ahorcamiento. Dijeron que fue Nico, y repentinamente todos perdieron el interés, era una situación cotidiana: “yo estaba por decir que seguro era Nico”, dijo Rodrigo entre risas.

La atención de los participantes del taller volvió a diluirse más tarde, esta vez por el paso de diez pacientes-internos que circulaban por el pasillo y se dirigían hacia el patio: era el horario de trabajo en la huerta. La circulación generó mucha desconcentración y desagrado. “Es que acá hay personas que no se pueden ni se deben cruzar”, me dijo Javier sin tomar muchas precauciones de que el resto escuchase, “nosotros tratamos de destinar mucha atención a este tema para evitar que los pacientes se agarren entre sí, cosas de la cárcel, hay mucha violencia”. “Es la cultura tumbera”, acotó Pedro que estaba sentado al lado mío, “aunque es un hospital la mayoría viene con muchas detenciones y recién ahora está haciendo tratamiento, no es tan fácil desterrar esas formas de tratarnos que aprendimos de presos”.

Esta situación forma parte de las prácticas cotidianas del pabellón psiquiátrico, a pesar del relato de escisión que sostienen los actores institucionales, vemos como en el flujo de lo cotidiano las barreras psiquiátrico-terapéuticas y penitenciarias son móviles e híbridas: la seguridad y el tratamiento no son entidades autárquicas, sino que se encuentran permanentemente relacionadas. Esta situación está vinculada con la disposición de todos los espacios bajo la órbita del PRISMA. No existe dentro del pabellón un ámbito formal de atención terapéutica donde no participe (aún de manera pasiva) el personal del SPF.

El Programa cuenta con dos espacios donde le corresponde definir lo aceptable/no aceptable como autoridad institucional: se trata del Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) y los consultorios. Éstos últimos, como hemos afirmado, se encuentran ubicados entre el SEDE y el área de monitoreo del SPF por un lado, y la sala de alojamiento de la planta baja por el otro. Como fue anticipado, su separación respecto de estas áreas está apenas delimitada por cuatro boxes con paredes de durlock dispuestos en los extremos del pasillo que conduce a la sala de alojamiento. La ausencia de puertas hace que todo sea audible en la zona y repercute muchísimo en la privacidad de los espacios terapéuticos.

El equipamiento es bastante austero: un escritorio y por lo menos dos sillas, sin embargo el mismo suele ser sumamente variable haciendo que en ocasiones uno se

encuentre con consultorios vacíos o con sillas y mesas absolutamente destruidas. De alguna manera, el mobiliario de los consultorios es testimonio de los episodios de violencia allí ocurridos, de pacientes-internos descompensados, de peleas entre ellos. Las paredes de durlock de los consultorios, testigos y víctimas de los mismos pesares, estuvieron siempre rotas (agujeros producidos por golpes y rellenas con papel de diario) y repletas de grafitis: “IVÁN GATO DE LA GORRA”, “RUFFO VIOLÍN”, “LEGUIZAMON REFUGIADO, PUTO” etc. Se tapaban y se rehacían, constantemente, los huecos de las paredes fueron reparados por los pacientes-internos más de tres veces durante mi trabajo de campo, pero duraron unos pocos días. Las categorías clasificatorias que encierran estos mensajes entre pacientes-internos están íntimamente relacionados con definiciones y jerarquías propias del ámbito carcelario (Míguez, 2008) que hacen referencia a estigmas vinculados con sus causas penales (“violín”), o formas de vincularse con el SPF en detrimento de la población alojada (“refugiado”, “gato de la gorra”, “buche”). En ningún caso he visto que incorporen elementos del discurso psiquiátrico-terapéutico, pese a ser uno de los principales ámbitos de interacción y tratamiento con los que cuenta el PRISMA. La apelación permanente a la “lógica tumbera” por medio de estas acciones es una preocupación permanente de los profesionales civiles⁴², Constantemente, deben estar en contacto con los códigos y marcas de la vida intramuros de la cárcel, como aseguraba Juan, uno de los psicólogos de guardia.

Hay algo que tenemos que enfrentar y reconocer como corresponde. Nosotros decimos que esto es un hospital, esa es nuestra vocación profesional y política. Ahora, hay cosas que no podemos no reconocer porque suceden y tienen que ver con el lugar donde trabajamos y la población que tenemos que atender. Esto también es una cárcel, es un lugar violento, los perfiles de los pacientes son bastante complicados y están relacionados con la vida tumbera porque tienen muchas detenciones encima. Todo el tiempo tenemos que ver de qué forma trabajamos con el Servicio, porque claramente tenemos objetivos distintos, pero hay cosas que definen ellos.

A pesar de que los consultorios forman parte del dispositivo de tratamiento del PRISMA, hemos visto cómo aparecen las marcas de la cárcel, las “taxonomías

⁴² Para los profesionales del PRISMA, la *lógica tumbera* alude a las formas de codificación, un lenguaje específico y prácticas asociadas a la organización social dentro de las cárceles, donde el uso de la violencia física junto con otras prácticas coercitivas adquiere especial importancia.

tumberas⁴³ en sus paredes, en el discurso de los pacientes-internos. Hay casos, incluso, donde la presencia penitenciaria se inmiscuye completamente en las decisiones del equipo tratante y se generan conflictos de saberes (y poderes) vinculados con las formas aceptables de atención a la población alojada. En relación a ello encontramos otro aspecto de los espacios terapéuticos vinculado con la forma en la que repercuten las peleas al interior de la población alojada. Es decir, cómo éstos se transforman en escenarios de combates territoriales entre pacientes-internos, especialmente aquellos que pertenecen a distintas plantas de alojamiento y que deben evitar cruzarse por problemas de convivencia.

Durante el tiempo que permanecí en el pabellón fue un tema recurrente la participación de los pacientes-internos en los talleres en función de la forma en la que se vinculaban entre sí. Si bien todos son bienvenidos a participar, el equipo tratante (psiquiatra, psicólogo y trabajador social) debe convalidar esa decisión y tener en cuenta quiénes son los que habitualmente forman parte de esos talleres. Otras veces son los propios pacientes-internos los que deciden evitar compartir un espacio:

Estaba bastante tranquilo hasta que llegó Facundo y ahí se puso todo más tumba todavía, si te fijas en la planta baja está todo el mundo nervioso. Yo tuve que dejar de ir al programa de radio porque está este flaco y no me lo trago. Yo tengo esquizofrenia paranoide y él es muy tumbero. Durante mucho tiempo me jugó con el miedo para que hiciera lo que él quería, tenerme de gato, pagar protección... al programa no vuelvo más y estoy mucho más tranquilo desde que me pasaron al primer piso” (Guido, 31 años, planta alta, cuarta vez detenido, segunda vez en PRISMA).

Se observa que la forma de habitar (De Certeau, 1994), ocasionalmente, el espacio asume formas punitivas o segregativas, en la medida que el acceso es diferencial entre los pacientes-internos del pabellón psiquiátrico. Aquellos que quedan segregados de participar en alguno de estos talleres, sea por decisión del equipo tratante o por medidas de autoexclusión para garantizar su integridad física y moral, dan cuenta que el derecho al espacio es sensible de tornarse desigual.

Hemos dicho previamente que la disposición espacial habilita a los agentes penitenciarios a estar al tanto de lo que ocurre en los consultorios de atención terapéutica, evaluaciones diagnósticas que realiza el personal interdisciplinar del programa, los talleres y las guardias. Los profesionales civiles reconocen que en su

⁴³ Estas taxonomías involucran todo un sistema de clasificaciones de carácter performativo que ordenan, circunscriben y hacen inteligible la vida social en ámbitos ligados al conflicto con la ley penal, definiendo así lo aceptable/no aceptable en un contexto específico (Míguez, 2008:106).

quehacer cotidiano los agentes tienen una función, aún a pesar suyo:

Yo vengo de trabajo social y de un grupo muy progre que trabaja en otras unidades del SPF. Cuando empecé estaba completamente molesto con los agentes penitenciarios y quería tenerlos lo más lejos posible. Hoy reconozco que, de alguna manera, son trabajadores que están en el mismo lugar que nosotros y que muchas veces los necesitamos. Este es un lugar muy violento, tiene que haber algún tipo de control. Una vez un paciente se descompensó mucho en una admisión y casi nos agrede físicamente, un guardia vino rápido y contuvo la situación sin ejercer violencia. Ahí me di cuenta que los necesitamos.

(Julián, trabajador social del PRISMA. SEDE)

La presencia penitenciaria es vista como “necesaria” para los trabajadores del Programa, en tanto participen únicamente cuando emerge una situación que ponga en peligro la integridad física de alguna persona. La presencia “pasiva y lejana” que esperan de los agentes forma parte de las funciones de seguridad a cargo del Servicio y solamente de ese modo aceptan no poseer potestad absoluta en ningún espacio del pabellón.

Por su parte, los agentes penitenciarios consideran que son los más adecuados para interpretar la conducta de los pacientes-internos, dilucidar sus verdaderas intenciones y sugerir las prácticas adecuadas, como decía Fernández.

Ellos te discuten porque no saben, yo conozco a los que están acá y puedo hablar con cualquier psicólogo o psiquiatra porque sé muy bien de qué estoy hablando. Ellos están cuatro horas, nosotros estamos con el interno todo el día. Nos cansamos de ver cómo los presos gritan, se cortan para pedir medicación, y cuando la reciben se mueren de risa porque saben que ganaron.

La permanencia en el espacio es reconvertida por los agentes penitenciarios como una prueba de competencia; ellos entienden mejor a la población porque comparten con ellos la mayor parte de su tiempo. Existen situaciones en las que mantienen discusiones con el equipo de profesionales civiles por la administración de medicación farmacológica. Del Carlo (2013), psicólogo del PRISMA, explicaba que la proximidad espacial de profesionales civiles y agentes penitenciarios dentro de los ámbitos terapéuticos genera situaciones problemáticas que ponen en jaque su autoridad y potestad sobre el tratamiento de los pacientes-internos. En su exposición relataba una situación específica de su labor cotidiana, que consideraba ilustrativa de las formas de relación recurrentes dentro del pabellón. Un paciente-interno solicitó atención por

guardia, el procedimiento comenzó con un intento de “contención verbal” que rápidamente se vio insuficiente. La entrevista se realizó bajo la atenta mirada y escucha de miembros del personal penitenciario, quienes no disimularon su desaprobación ante el pedido del paciente: “¿No van a querer darle la pastillita?”. El equipo del PRISMA decidió administrar un refuerzo farmacológico y, al abandonar el consultorio para dar aviso a enfermería, un agente penitenciario comentó, visiblemente enojado: “Todo el tiempo molestando y pidiendo cosas y ahora encima se ganó un refuerzo”. Para el autor, esta situación es de gran importancia ya que implicó una enorme intromisión del Servicio que podría haber devenido en la sumisión del dispositivo de tratamiento al de seguridad.

El personal penitenciario que intervino en este caso ejerció en todo momento control y presión sobre los profesionales, e intentó condicionar su respuesta a la no prescripción de un refuerzo. Presionaron no sólo a través de los comentarios previos y posteriores a la decisión de los profesionales, sino también coaccionaron y escuchando la entrevista. La lógica institucional del funcionamiento del pabellón psiquiátrico supone, entonces, que agentes penitenciarios se ubiquen a “una distancia lo suficientemente corta como para ver los movimientos del paciente pero, al mismo tiempo, lo suficientemente lejana como para no escucharlo” (Del Carlo, 2013: 67-68), de modo tal de garantizar de manera simultánea la seguridad de las personas intervinientes y la privacidad de las mismas. Como hemos visto previamente, el espacio del que disponen para los encuentros terapéuticos no siempre permite distancias razonables, la circulación muchas veces es constante y hay áreas que presentan dimensiones muy estrechas, dificultando la permanencia de agentes penitenciarios fuera del campo audible. La disposición espacial y el discurso extendido de peligrosidad colaboran con la intromisión del dispositivo de seguridad en el tratamiento, preocupación que comparten y expresan públicamente muchos profesionales del Programa (Bertolozzi y Vitalich, 2013; Del Carlo, 2013).

Vemos pues, como el espacio se transforma en un escenario de puja y de transgresiones que muestran una de las formas de manifestación de la tensión institucional de la que son objeto. La disposición espacial y las formas en las que estos espacios son significados por los actores constituyen prácticas específicas donde se reactualiza la tensión disciplinaria, se transforman las potestades de cada actor y se jerarquizan los saberes ligados a cada una de ellas.

El Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) merece algunas

menciones: sabemos que en la actualidad el PRISMA evalúa nuevos ingresos por derivación dentro del Complejo Penitenciario Federal de Ezeiza⁴⁴, detenidos que son trasladados hacia el pabellón psiquiátrico para ese fin y en el SEDE durante varios días, donde el equipo interdisciplinario⁴⁵ del Programa realiza las debidas entrevistas de admisión. Dentro de este ámbito también se estabiliza a pacientes-internos descompensados (en general ocurre luego de episodios agudos de violencia para sí o terceros), razón por la que carga con el fantasma de los peores gestos de la locura: pacientes “fuera de sí”, nuevos ingresos que suelen llegar en un estado emocional crítico, gritos, cortes, amenazas etc. El espacio, por tanto, está asociado con estigmas, etiquetas que nos hablan de la segregación dentro de un ámbito específico (Pyszezek, 2012; Carman, da Cunha, Segura, 2013): en el SEDE terminan a veces “los más locos” y “los locos nuevos”.

A pesar de tratarse de una instancia de admisión, que en muchos casos termina en el traslado de estas personas a otro establecimiento penitenciario, es importante señalar que desde el momento en el que ingresan al ala norte del Hospital Penitenciario Central y son alojados en el SEDE aguardando el dictamen, se transforman en “pacientes”. Esto no es únicamente observable en el discurso de los profesionales, sino también en las prácticas de terapia, tratamiento y medicación que reciben durante esos días. Para el abordaje del PRISMA. Permanecer en este espacio hace a su identidad institucional.

Durante el proceso de evaluación, están en una reducida celda vigilada con cámara de seguridad, un baño y con capacidad de alojamiento de hasta tres personas para varones, y una sala más pequeña con dos camas y un baño para mujeres. Estas personas no suelen tener acceso a otras partes del penal, y solo por pequeños intervalos de tiempo se les permite acceder al patio, generando grandes problemas y ansiedades por el padecimiento del encierro. Era habitual escuchar en el SEDE a los *pacientes* quejándose de las condiciones de alojamiento: “hace tres días que estoy acá, no hay papel higiénico, está todo sucio, necesito caminar o salir al patio, si no me sacan no

⁴⁴ Cuando fue creado el Programa en el año 2011 y hasta la creación del Servicio de Estabilización y Evaluación (SEDE), el Dispositivo de Evaluación era móvil, de modo que el equipo se trasladaba según los requerimientos de cada caso a las unidades penitenciarias, comisarías o alcaldías judiciales donde se encontraba alojada la persona que debía ser evaluada. Cuando estas locaciones estaban emplazadas en el interior del país, solicitaban la cooperación de profesionales locales pertenecientes a ambos ministerios para que realizaran las entrevistas en los lugares de alojamiento y enviaran la información necesaria para que el equipo considerara la internación en el PRISMA.

⁴⁵ Compuesto por un profesional de psicología, psiquiatría y trabajo social. Dependiendo del caso participa un número mayor de profesionales en dicha instancia.

tomo la medicación”. El encierro y las condiciones de alojamiento hacían del lugar un escenario difícil de tolerar. En septiembre de 2016, una comitiva del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias visitó el pabellón con el propósito de monitorear el sector de pacientes con afecciones de salud mental. Esperando ser evaluados había tres personas en condiciones que fueron consideradas inadecuadas, conforme los estándares internacionales mínimos exigidos para personas en estado de doble vulnerabilidad⁴⁶. Por ello, se requirió la más urgente solución en razón del hacinamiento, inundación parcial, falta de agua para beber y elementos de higiene. Las autoridades del Complejo dispusieron el traslado inmediato de los tres internos y se dispuso la clausura provisoria del SEDE hasta tanto se realicen las reformas necesarias conforme los estándares de Derechos Humanos nacionales e internacionales.

Los límites del SEDE son difusos en la cotidianeidad porque allí se encuentra el único baño del que dispone el personal del PRISMA (el del Servicio Penitenciario está en uno de los pasillos). Razón por la cual, muchas veces, las entrevistas del equipo son interrumpidas por ingresos y egresos al baño, cuya puerta está a pocos centímetros del escritorio de atención. Asimismo, la puerta suele estar abierta para facilitar el ingreso de agentes penitenciarios en caso de un paciente se descompense, o adquiriera actitudes agresivas.

Los espacios del PRISMA orientados a la atención y tratamiento de pacientes-internos, son permanentemente simbolizados en la tensión hospital/cárcel dentro de un proceso que remite al establecimiento de límites, fronteras y umbrales. Es un proceso íntimamente ligado a la identidad y a la diferenciación y manera simultánea, a la relación del sí mismo/nosotros con los otros” (Aug. 1995; Pyszezek, 2012).

El cuerpo de profesionales civiles, en tanto equipo de trabajo dentro de una cárcel de máxima seguridad, define un conjunto vasto de tácticas (De Certeau, 1994) para producir espacios autónomos donde privilegien los abordajes terapéuticos, por

⁴⁶ El Sistema estuvo representado en la ocasión por su presidente, el juez de la Cámara Federal de Casación Penal Gustavo M. Hornos; el juez de la Cámara Federal de Apelaciones de La Plata Antonio Pacilio, el procurador penitenciario de la Nación, Francisco Mugnolo; el director general de Protección de Derechos Humanos en Cárceles, Ariel Cejas Meliari; el titular de la Comisión de Cárceles de la Defensoría General de la Nación Guillermo Todarello. Por el equipo interdisciplinario de Procuvin se encontraban la coordinadora del área de encierro, Bárbara Franco, y la médica psiquiatra Laura Sobredo. También, la secretaria del Sistema de Control de Cárceles, Lucía Gallagher. Asimismo asistieron los fiscales Claudio Pandolfi, Leonel Gómez Barbella y Abel Córdoba. Para más información: <http://www.cij.gov.ar/nota-23332-El-Sistema-Interinstitucional-de-Control-de-Cárceles-visit--el-Centro-de-Salud-Mental-de-la-cárcel-de-Ezeiza.html>. Recuperado el 3 de noviembre de 2016.

fuera del paradigma de la seguridad. Sin embargo, la impronta hospitalaria es permanentemente permeada por las prácticas penitenciarias.

3.2. Espacios de pacientes-internos a cargo del SPF.

“La vida en pausa” y los estigmas espaciales

Para quienes hemos circulado asiduamente por establecimientos penales del ámbito federal, el pabellón psiquiátrico del PRISMA se nos presenta como un lugar sumamente extraño por la forma en la que las personas circulan por los pasillos, el flujo de actividad, etc. La impronta hospitalaria invade el espacio penitenciario, sus ambos y guardapolvos blancos, la cartelera con fotos de los “pacientes” adornando las paredes del pabellón, el lenguaje psicopatológico, la presencia de pacientes-internos en los pasillos sin acompañamiento institucional o en grupos numerosos previo a los talleres etc.⁴⁷

Las salas de alojamiento, sin embargo, tienen un sello penitenciario difícil de desentrañar. En un ámbito donde la circulación de los actores es más fluida, encontramos la puerta de acceso a las salas como una frontera inviolable con el medio carcelario. Las formas en las que se describe, experimenta y concibe este espacio es dinámico y veremos que está íntimamente relacionado con las posiciones (Bourdieu, 2007: 419-437) dentro de la institución.

El alojamiento del pabellón se distribuye en dos salas con capacidad para treinta personas cada una. Como fue anticipado, la mayoría de las celdas son individuales y cuenta con un baño, cama y escritorio, mientras que otras son compartidas (tres camas máximo). En las puertas de ingreso de cada una hay tres agentes penitenciarios de manera permanente, encargados de gestionar la circulación, los insumos con los que cuenta cada sala.

En el perímetro de la sala se distribuyen las celdas y en el centro encontramos el espacio compartido. Se trata de un área rectangular con una cocina (provista con un anafe, microondas, lavabo), un televisor y, frente a éste, la disposición de mesas y sillas

⁴⁷Cuando se conformó el programa y se incorporó al personal del Ministerio de Salud se comenzaron a tomar medidas conformes a la nueva legislación, que implicaron espacios abiertos compartidos entre pacientes-internos, personal penitenciario y profesionales civiles; se prohibió el uniforme penitenciario gris, reemplazándolo por el de gala (camisa y pantalón azul). Gestos que conformaban una imagen espacial que intentaba separarse de las marcas penitenciarias. Los resultados de dichas experiencias estuvieron por debajo de las expectativas de quienes los impulsaron, y debieron retroceder en ambas medidas. Para más información sobre estas medidas en los primeros años del PRISMA ver Lombrana (2011 y 2014) y Del Carlo (2013).

de plástico blanco. Los pacientes-internos permanecen encerrados dentro de sus celdas desde las 22.00 horas hasta que comienzan las actividades en el establecimiento la mañana siguiente, a esta práctica se la denomina “engome”. Fuera de estos horarios, pueden disponer de la sala escogiendo espacios compartidos o permanecer en sus habitaciones.

Claro que este ordenamiento espacial tiene sus excepciones: los pacientes-internos con resguardo no pueden estar en contacto con la población, razón por la cual están “engomados”⁴⁸ durante la jornada completa. Algunos de ellos acceden a talleres individuales y esporádicas salidas al patio, pero están desligados de las prácticas de la sala. Para la población detenida esas celdas son equiparadas a los estigmas espaciales de la disposición urbana (Pyszezek, 2012), en tanto ámbitos que denotan una degradación en su identidad, conformada por las representaciones que, perpetradas en el tiempo y en el espacio, adquieren una “identidad” inherente. Esta imagen degradada y negativa, que al ser aludida inspira vergüenza, odio o sentimiento de venganza, diferencia a la población detenida entre los presos y los “refugiados”, “violines” o “mataconchas”. Es un estigma que no está ligado al peligro, sino a la reputación y al prestigio del paciente-interno en tanto “preso”.

El resto de los pacientes-internos puede disponer de la sala durante el día. Para ellos ese espacio es “su casa”. “Casa” es una categoría nativa a la que recurren cuando enuncian sus movimientos: “me levanto, voy a trabajo y vengo para casa, paso el resto del día acá, leyendo o mirando tele”. Es el único lugar en el que están sin observar a los agentes o profesionales de salud, lo que les permite la toma de algunas licencias. Una de ellas es el conocimiento de las “zonas negras” de las cámaras de seguridad, conocimiento práctico transmitido “de preso a preso” sobre las áreas de la sala que no pueden ser vigiladas ni monitoreadas por el Servicio. Esos lugares son utilizados para dirimir sus diferencias internas, sin la intervención de autoridades institucionales, como “el chanchito”⁴⁹ o los “rituales de ingreso”⁵⁰. Es también el ámbito que ellos describen

⁴⁸ Se denomina “engome” al encierro de los pacientes dentro de las celdas, sea por disposición reglamentaria (de 22 horas. a 7 horas.), o por medidas de seguridad dispuestas por el SPF, con o sin acuerdo del PRISMA.

⁴⁹ Se denomina “chanchito” en la jerga carcelaria a las situaciones en las que se ata de pies y manos a detenido y se lo lleva hacia la puerta de la sala para que los guardias lo saquen del pabellón. Por lo general esto ocurre después de episodios liminales de violencia, y la expulsión es para ellos el castigo más grave. Los motivos son variables, puede ser por agredir físicamente a un paciente-interno con retraso mental profundo (considerados por el resto como “los que verdaderamente tienen problemas”) o desafiar la autoridad del rancho alfa de manera sostenida. Es el último escalón del ajuste de cuentas en dicha planta. Lo que queda evidenciado también con esta dinámica es el poder que algunos detenidos tienen

casi exclusivamente con terminología de la cárcel, como relataba Guido, de la planta alta: “esto es un hospital, ok, todo muy lindo. Pero la verdad es que las salas son bien tumba, ahí pasan otras cosas y está bien. Se juegan otros valores”. La frontera de la sala de alojamiento es, para los pacientes-internos, la frontera entre la cárcel y el hospital. Ellos identifican muchas prácticas “tumberas” dentro de este espacio, a veces las convalidan y otras veces intentan resistirlas.

Yo antes estaba en la planta baja y me quería cobrar protección. Eso es algo de cárcel común, no de un lugar como éste. Es muy tumba. Finalmente me tuve que cagar a palos con Nico, porque no le pagaba ni loco, nadie se metió porque me respetan pero tuve que pedir que me suban, ya sabía que con Nico ahí no iba a poder estar bien nunca.

La disposición de las mesas de la sala expresa las relaciones entre los pacientes-internos y sus jerarquías. Están dispuestas en función de sus “ranchos”. El “rancho” es una categoría nativa referida a la “familia” dentro de la cárcel, la mesa, “la gente con la que se comparte”, donde tienen lugar las relaciones de solidaridad y reciprocidad entre ellos. Los códigos de lealtad con el rancho son muy claros. Guido siempre decía que “cuando se arma quilombo vos tenés que saltar y responder por tu gente y tu rancho, sino te lo van a cobrar”. Por lo general la pertenencia es definitiva, “en el rancho hay mucha información sobre dónde se guarda la droga, los fierros. Este es un lugar tranquilo pero en general uno no puede estar cambiando de rancho, eso se paga y se castiga muy fuerte entre los presos”, me dijo un día Facundo, mientras me describía cómo era su relación con los compañeros del pabellón.

sobre los criterios de alojamiento, haciendo que el personal penitenciario y el equipo PRISMA ‘deban’ convalidar dichas prácticas para evitar futuras agresiones.

⁵⁰ De acuerdo a relatos de pacientes-internos hay un evento ritualizado en el ingreso de nuevos integrantes en las plantas de alojamiento. Se espera la llegada de la noche donde el tránsito del pabellón psiquiátrico es más tranquilo, quedan del PRISMA únicamente los profesionales de guardia (un total de tres personas), y el personal del Servicio Penitenciario. Antes del horario en el que deben confinarse a sus celdas individuales hasta el día siguiente (diez de la noche) se reúnen todos los detenidos en el centro de la sala. No hay un aviso particular, simplemente saben por usos y costumbres que tienen que estar ahí, que algo importante está por suceder. Hay en este ‘bautismo’ un carácter espectacular indudable.

El ‘nuevo’ es tomado por sorpresa por los pacientes-internos que ejercen liderazgo dentro de la sala (por lo general no son más de tres personas por planta), se le coloca una mordaza y es atado de pies y manos con brutalidad. Por lo general, es arrastrado hasta el fondo de la sala, con el propósito de depositarlo en un rincón no afectado por las cámaras de seguridad (lo que ellos denominan ‘el punto muerto de la vigilancia’). El resto de los participantes acompaña dicho desplazamiento, le es permitido emitir algunos insultos, ofensas o un golpe leve, y queda luego expectante hasta el desenlace de este proceso. Una vez en el suelo empiezan los golpes o insultos y agresiones que ahora solo pueden provenir de aquellas personas con mayor poder, lo que en términos nativos es definido por ‘los capos del pabellón’, quienes están a cargo del procedimiento. Finalmente, luego de dejarlo un rato atado y amordazado en soledad, es desatado y dejado en el centro de la sala. A partir de ese momento, se da por finalizado el nuevo ingreso, y la rutina de la sala es recuperada de inmediato. Sobre este tipo de episodios retornaremos en el capítulo III.

Las mesas están ubicadas en el espacio frente al televisor de acuerdo con los ranchos, cuya cantidad varía conforme a los cambios en la población que van produciéndose (egresos e ingresos). En el centro hay una mesa con sillas diferentes (más grandes y con apoyabrazos), allí se encuentra el único control remoto de la tele. Es la mesa del rancho de Nico, Facundo y Rodrigo, conocido y definido por todos ellos como el “rancho alfa” (el que dispone de las reglas de convivencia dentro de la sala). Esa definición la comparten los compañeros de sala y también sus protagonistas. Facundo solía decir:

Acá hay mucha gente que se abusa y hay que poner orden. A Sebastián lo violaron arriba dos o tres veces, y el violador sigue ahí, no lo pasaron a cárcel común. Eso da mucha bronca, se nota que Sebastián tiene un retraso, y en el piso de arriba se puede hacer cualquier cosa, está todo pago. Por eso nosotros abajo nos tomamos en serio los límites que hay que poner. Cuando alguien se zarpa nos ocupamos nosotros.

(...)

Acá hay gente enferma, esto es un hospital. Por eso nosotros, que somos el rancho alfa, que estamos porque algunos problemas tenemos pero no estamos locos, nos ocupamos de que se respete, en esta planta no puedes hacer cualquier cosa, hay que respetar el tratamiento de los demás y, aunque joda, bancarse los gritos y las cosas que pasan en un hospital psiquiátrico. Si alguien se queja o arremete contra una persona que está teniendo una crisis nosotros ponemos orden. Acá hay límites. Suena mal pero es así.

Los referentes, el “rancho alfa” tienen y a veces detentan, la capacidad y legitimidad (siempre dinámica y permanentemente negociada) para imponer las normas y valores que rigen el espacio social. Por lo general es una cualidad que no solamente alude a sus capacidades de coerción física o simbólica, sino que también se encuentra asociada con el “cartel”⁵¹ que posean (y que haya construido en el encierro), el delito por el que entraron en conflicto con la ley y su capacidad para negociar rápidamente con el Servicio y obtener beneficios para todos.

Otro de los aspectos que hacen a la imagen que los pacientes-internos tienen de estos espacios está vinculado con la temporalidad. El tiempo es parte de la experiencia cotidiana en formas y sentidos que se nos aparecen como “naturales”, pese a ser construcciones sociales y culturales (Gell, 1992; Da Cuhna, 2005; Vargas Cetina, 2007). Da Cuhna (2005) especialmente se ha dedicado a estudiar el impacto de la experiencia carcelaria en las formas en que los detenidos viven y se representan al tiempo, en tanto se produce con el encierro una transformación en las formas de concebirlo. La pena de

⁵¹ Es la reputación en la cárcel, la fama, el prestigio.

prisión adquiere en sus relatos el sentido de un presente inmóvil, “la vida en pausa” como dijo Matías un día en el programa de radio, “el presente muerto”, “los días todos iguales”, “el tiempo que no pasa más”. Innumerables frases que invaden el diario de campo, aludiendo a la “la pérdida de tiempo” (esta vez, histórico) implicado en la pena privativa de libertad.

La discontinuidad de estas imágenes temporales es dada por las actividades que organiza el PRISMA, un tiempo aparte en el que los pacientes-internos consideran que “viven”, que “aprenden”, que “incorporan cosas que pueden servirles en un futuro”, que se sienten “más humanos”. Muchos aseguran que, incluso, en los consultorios cuando están con profesionales de su equipo tratante, pueden comprender su historia personal y reevaluar su presente. El tiempo en estos espacios, lejos de sus salas, lejos de “casa”, parece movilizarse, conectarse con el pasado y orientarse hacia el futuro. Las salas de alojamiento y los espacios donde asisten a los talleres del PRISMA están asociados a imágenes temporales totalmente distintas, una fluye, la otra permanece inerte.

Es importante aclarar que hay acuerdo en que el PRISMA avanzó muchísimo en los últimos años para empezar a desentrañar “la lógica tumbera” de las salas de alojamiento. Muchos sostienen que ya no deben llevar comida a todo el pabellón o al “rancho alfa” como hacían en la Unidad N°20 del Hospital Borda o en la cárcel común: “antes mi mamá tenía que traer cigarrillos y comida para el capo del pabellón, así no me pegaban. Hoy, con el PRISMA, si trae comida es porque quiero compartir, que puedan comer algo rico”.

Los profesionales civiles ingresan con un enfermero y un agente para las rondas de medicación dos veces por día, bajo el supuesto de que el Servicio debe acompañar la administración de psicofármacos para resguardar su seguridad. Eso supone la existencia de una convergencia entre ambos abordajes, en la medida que se suponen complementarios y recíprocamente necesarios. En la práctica se evidencian algunas dificultades, como señalaba Eduardo, uno de los psiquiatras de guardia del Programa:

El primer día acá en el PRISMA fue horrible. Reconozco que me costó mucho aceptar el trabajo, me lo venían ofreciendo desde la vieja 20⁵² y nunca me convencía, me genera un poco de problema trabajar con perfiles psicóticos tan agresivos, como los que hay internados acá. En mi primera guardia se colgó un paciente y estaban todos a las puteadas con el Servicio, a la noche subo a planta alta para la medicación y veo que los guardias están

⁵² Se refiere a la Unidad N°20 del Hospital José T. Borda, donde funcionó el abordaje de pacientes psiquiátricos detenidos dentro del ámbito federal hasta el 2011.

todos dormidos. Obviamente avisé de la situación. Al día siguiente viene uno y me dice “Ojo con lo que andas diciendo, porque cuando estás adentro de la sala, los que te cuidamos somos nosotros. Y por ahí alguna vez, ya no te cuidemos tanto”.

La territorialidad que ejerce el Servicio Penitenciario es indiscutible dentro de las salas de alojamiento. Si bien debe negociar y aceptar prácticas por solicitud del PRISMA, ejercen sobre este espacio un control difícil de sopesar. En primer lugar, son los únicos capaces de manejar las puertas de ingreso, la proximidad física hace que puedan observar situaciones que desde otras partes del pabellón son imperceptibles y manejan las cámaras de seguridad. Como fue dicho previamente, los agentes se figuran a los profesionales como personas ingenuas que son, comúnmente, engañadas por los “presos que quieren medicación para drogarse”. Al ser ellos los que comparten la mayor cantidad de tiempo con la población alojada y al tener conocimiento de los “códigos de la cárcel”, consideran que son una voz más autorizada para darse cuenta quiénes tienen que estar en el pabellón y quienes no (los famosos “refugiados”), y aquellos que fingen episodios que requieren atención profesional. A veces, incluso, aprovechan el poder que tienen sobre este espacio para discutir criterios específicos del ámbito de la salud mental.

Yo ya estoy un poco cansado de cómo se manejan los del PRISMA porque a veces no entienden que nosotros estamos acá todo día, que conocemos al preso, y que nos damos cuenta de las cosas más fácil- Es nuestro trabajo. Ellos a veces nos dan órdenes que son muy difíciles de seguir. Que mis compañeros hagan lo que quieran, pero yo si veo a uno de éstos (en referencia a los pacientes-internos) haciendo quilombo, amenazando y fingiendo no lo saco de la celda, no me importa lo que me digan.

Otras veces los agentes se quejan de los discursos que describen al pabellón como un hospital porque consideran que niegan sus experiencias, su trabajo y sus padecimientos. Consideran que el Programa invisibiliza las veces que son objeto de agresiones, “verdugueo” o maltrato por parte de los pacientes-internos. Ese discurso se hizo más fuerte cuando un detenido perforó el pulmón de un penitenciario con un membrillo disecado.

Cuando nosotros decimos que son internos y no pacientes, no es que seamos malos. Acá hay facas, extorsiones, abusos de todo tipo. Nosotros muchas veces somos agredidos y no hay ningún reconocimiento por nuestro trabajo. Ahora si lastiman a un civil, estate segura que nos ponen una suspensión.

Las recurrentes e inevitables conexiones entre el dispositivo de tratamiento y el

de seguridad generan en la práctica cotidiana enormes disputas entre los actores institucionales. Disputas que, como vemos en este apartado, son diluidas más fácilmente en las salas de alojamiento al tener el poder de gestión exclusivamente el Servicio Penitenciario. Hay resistencia de los profesionales de la salud mental, pero lo cierto es que para los penitenciarios la sala de alojamiento es un espacio *propio* que, si bien está en permanente conexión con la lógica hospitalaria; representa el ámbito de mayores libertades para su gestión. Es el lugar en el que encuentran un canal para vincularse con los pacientes-internos más cercano a su cosmovisión, siendo ellos (los penitenciarios), los que comprender los sentidos de la cárcel.

3.3. Otros espacios de control compartidos

Una tarde de primavera tuvo lugar el Festival de Rock organizado principalmente por Javier, el coordinador del taller de radio. Hacía tiempo que tenía ganas de hacer un evento en el que los “pacientes” pudieran salir de sentirse por fuera de la estructura cotidiana que habitan: la cárcel y el tratamiento psiquiátrico. Una barda amiga, *La hormiga*, se mostró bastante entusiasmada en participar.

Hacía todavía un poco de frío pero con mucho entusiasmo el personal del PRISMA comenzó a preparar el patio para la llegada de la banda.

Desde un pequeño pasillo dentro de la sala de alojamiento de la planta baja llegamos a un área rectangular y amurada con ladrillos de cemento, el patio. A simple vista se observan los alambrados perimetrales del Complejo reposando sobre estas paredes, y los murales que los pacientes-internos pintaron con la ayuda de los profesionales del PRISMA y talleristas externos. Se ven desde allí las ventanas de algunas de las celdas individuales de la derecha de la sala. El gris de las paredes se interrumpe con los colores de los paisajes pintados, un sol grande sobre el complejo y algunos escudos de fútbol. El pasto estaba un poco descuidado ese día y se veía una cancha recién pintada de básquet, al lado de la de fútbol, con sus respectivos arcos. Frente al encierro cotidiano, los pacientes-internos disfrutaban mucho sus salidas al patio, especialmente para las actividades deportivas a cargo de Guillermo, un profesor de educación física que asiste al PRISMA con regularidad. También es un lugar de esparcimiento para quienes están en el Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE), los pacientes-internos con resguardo que no pueden compartir ámbitos con el resto de la población alojada, y aquellos que deseen estar a exteriores sin

participar de los talleres (por lo general son pacientes mayores de la planta alta). Estas últimas instancias mencionadas tienen los tiempos minuciosamente pautados, y es el Servicio el encargado de organizar y disponer de este espacio, evitando siempre el encuentro de personas que puedan devenir en episodios de violencia. Muchas veces el acceso al patio para tantos grupos distintos de personas se torna engorroso y es común escuchar quejas de los pacientes-internos por su escasa permanencia en el lugar.

Otras veces ocurre que pacientes-internos de la planta alta aprovechan sus salidas al patio para “ajustar cuentas con los de abajo”. Situaciones que se hacen de público conocimiento por los relatos de ellos en el programa de radio, en nuestras conversaciones cotidianas, comentarios reproducidos en la sala de profesionales o de los agentes de seguridad. Es de común conocimiento que a veces se roban la ropa colgada de los que lavaron sus prendas y las dejaron secar en las ventanas, se dejan mensajes agresivos o aprovechan para insultarse.

Aquella tarde era mi primera vez en el lugar, dado que solamente se puede ingresar desde el pasillo de la sala de alojamiento de planta baja, y no tenía autorización para permanecer en estos ámbitos sin acompañamiento penitenciario. Afortunadamente, sucedió esta situación excepcional, se dispusieron algunas mesas en el patio con comida, gaseosas, dulces cocinados por algunos profesionales, mientras otros traían de la oficina administrativa del PRISMA algunos equipos de sonido.

Había bastante expectativa por parte de quienes habían estado trabajando en la organización. Organización que, debe añadirse, supuso la difícil tarea de llegar a acuerdos con el Servicio en relación a la forma en la que esta actividad iba a llevarse a cabo, qué recursos exigiría para los agentes, quienes tomarían las decisiones, cómo manejarían los conflictos entre las plantas dentro de un evento que supone la presencia de todos juntos, compartiendo. Se llegó a aquella tarde con el cansancio y la satisfacción de un largo trabajo de acuerdos, negociaciones y promesas. “Espero que la banda esté buena”, decía un psiquiatra mientras degustaba unas papas fritas de la mesa que minutos antes habían dispuesto en el patio. Rápidamente la coordinadora respondió “lo importante no es que la banda esté buena o no, sino que puedan algo diferente, que podamos darles un día distinto del habitual”.

La banda llegó con bastante puntualidad, trajeron sus instrumentos y equipos de sonido. Estaban todavía nerviosos, un poco agobiados por todo el procedimiento de seguridad que implicaba un Complejo de las magnitudes de Ezeiza para los visitantes, especialmente teniendo en cuenta la cantidad de objetos y equipos que traían. Era la

primera vez que estaban en una cárcel, todo llamaba poderosamente su atención, la humedad de las paredes, las cucarachas que se veían a menudo entre nuestras actividades, la apariencia de las celdas individuales que podían verse apenas un poco camino al patio, las caras de los pacientes-internos con resguardo asomados en las ventanas de las celdas, etc.

Mientras acomodaban los equipos, los que estábamos por allí terminamos de llevar las sillas de plástico para los pacientes-internos, y el Jefe de Seguridad, Gerardo empezó a disponer de algunas directivas: “tráeme a los de la planta baja, cuando se acomoden traemos a los de arriba”, le dijo a López, un agente penitenciario que tiene buena relación con la población. Gerardo estaba bastante tranquilo ese día y conversando con los profesionales, esta vez las cosas se habían manejado con bastante consideración entre ellos, a diferencia de otras instancias muy recordadas por agentes del Servicio:

Hace un tiempo tuvimos grandes conversaciones con el PRISMA porque ellos querían si o si hacer actividades deportivas siempre con las dos plantas juntas. Nosotros nos cansamos de decirles que no se puede tener cotidianamente a tanta gente junta, especialmente si son personas con tantos conflictos. Ellos insistieron tanto que cedimos y les dijimos que sí, terminó bastante mal. Hubo robos, golpes etc. Esta vez fue distinto porque todos participamos viendo cómo lo podíamos hacer, para asegurar la tranquilidad y la seguridad de todos. Ahora lo podemos aprovechar.

El patio, en tanto espacio de uso de pacientes-internos, se gestiona conjuntamente entre el Servicio y el PRISMA. Eso supone una gran tarea, teniendo en cuenta las formas en las que se piensan mutuamente como trabajadores⁵³. Entendiendo que su vocación y tarea es completamente contrapuesta, que suelen valorar su trabajo frente al descrédito de los otros: “los profesionales ingenuos que se dejan engañar por el pacientes” frente a “los penitenciarios perversos que abusan del poder que tienen” hacen que estos espacios se conviertan en arenas de disputas de saberes y de poderes que, dependiendo de las coyunturas, atraviesan momentos de paz o de crisis, siempre dentro de la lógica de este conflicto.

Finalmente comenzaron a llegar los pacientes-internos. Frente al improvisado

⁵³ Del Carlo (2013), psicólogo del PRISMA escribió un artículo sobre las formas en la que representaciones sociales de los profesionales civiles y agentes penitenciarios obstaculiza la tarea conjunta que tienen a cargo. Frente a ello, propone trabajar para deconstruir dichas representaciones que todos los actores institucionales poseen en la desvalorización del otro como trabajador: “penitenciarios legos que no poseen ni cultura ni saber válidos”, “profesionales ingenuos a los que le falta “cancha”, “penitenciarios psicópatas que eligen este trabajo para poder disfrutar de situaciones de abuso de poder”, etc.

escenario se colocaron sillas conformando un semicírculo de dos filas. Los profesionales del PRISMA y agentes penitenciarios permanecieron parados atrás en los laterales. Facundo, Nico y Rodrigo se ubicaron parados frente al escenario, ellos tres conforman el rancho alfa de la planta baja. Sus compañeros de alojamiento se sentaron a la derecha y los de la planta alta (los pocos que bajaron) se situaron a la izquierda.

De Certeau (1994) exhibe las tácticas de apropiación del espacio de las clases populares sobre territorios que no les pertenecen y analiza cómo la acción de caminar, equiparada a la acción de enunciación, permite una construcción de lo próximo y lo ajeno, lo que posibilita la distinción nosotros/ellos. La disposición de los pacientes-internos en un espacio conocido pero dentro de un contexto sumamente ajeno y novedoso hizo que rápidamente encuentren formas de apropiación, que evidencian distintas posiciones de poder. “Les dijimos que vengan o los cagábamos a trompadas” decía Facundo en chiste cuando los profesionales notaban la cantidad de personas en la actividad, mucho más numerosa que la planta vecina. Se veía parados en un costado a Ruffo y Leguizamón, referentes de la planta alta, bastante molestos por el desplazamiento del que se sintieron objeto, pero estaba muy claro que lo importante era evitar problemas para que eventos como éstos pudieran realizarse nuevamente.

Me ubiqué detrás y vi cómo iban llegando de a poco. Algunos tenían buena relación con personas de otras plantas y aprovechaban para saludarse, darse un abrazo. Se fueron sentando, un poco reproduciendo la disposición grupal de sus ranchos. Vi a Fernando, un paciente interno del primer piso, entrar al patio en ojotas y remera (era una tarde de primavera, pero aún hacía bastante frío), saludar a sus compañeros de planta y pedir un abrigo prestado. Rápidamente fueron a las mesas donde estaba la comida y las gaseosas, festín que se agotó en pocos minutos. Hubo quienes se acercaron a charlar con los profesionales y agentes penitenciarios. Si bien los actores se dispusieron en el espacio con los suyos, hubo momentos compartidos en los que interactuaron fluidamente. Cierto es que antes de que los músicos comenzaran con el espectáculo, los agentes penitenciarios se ubicaron atrás cerca de las paredes y a distancia considerable; eso facilitó que se sintieran menos presionados.

La banda tocó cerca de una hora y se veía bastante atención por parte de los pacientes internos. Para los músicos fue toda una experiencia y estaban muy sorprendidos de lo fácil que les resultó comunicarse con ellos: “cuando me dijeron que era un pabellón psiquiátrico me imaginé que iba a ser casi imposible que pudiésemos hablar, tan locos no están”. Al finalizar tocaron dos temas extras a pedido del público.

Aplaudieron bastante y muchos se acercaron a saludar a los músicos, a decirles que siempre iban a ser bienvenidos y que le diesen un disco a Javier para que pudiesen pasar los temas en la radio.

La semana siguiente hablamos en el taller de radio del evento. “Estaba ahí parado, al aire libre y la verdad es que por un momento yo no estaba preso, estaba mirando un recital”, “Me re gustó, me sentí libre, hacía años que no me pasaba”, “tocaron temas muy lindos y fue el único momento en el que olvidé que estaba preso, me sentí en una plaza”. Otros comentaron que fueron porque creían que era obligatorio pero que después se engancharon con la situación, o disfrutaron “estar en el patio sintiendo que no los estaban observando todo el tiempo, sin hacer algo preestablecido”. El patio en tanto ámbito de circulación de pacientes-internos sin un claro referente institucional que lo gestione (a diferencia de las salas de alojamiento, espacios de educación y trabajo a cargo del SPF; y los consultorios y SEDE bajo la autoridad principal del PRISMA), se convirtió en una arena de disputa entre los actores institucionales, quienes obligatoriamente deben llegar a un acuerdo en los criterios básicos del uso.

Los pacientes internos conocen y transitan cotidianamente ese espacio, de manera diferencial porque no todos tienen las mismas oportunidades en el acceso. Los detenidos con resguardo no pueden compartir ámbitos con el resto de la población, lo mismo ocurre con las personas que están en el SEDE, o los pacientes-internos de mayor que no participan de las actividades deportivas. El festival permitió ver la forma en la que una nueva situación, el evento musical, genera corrimientos y nuevas maneras de apropiarse del espacio, disputar lugar, entre la población alojada. El análisis de la configuración espacial y de las distintas formas de experimentar o narrar los espacios, ha permitido dar cuenta de modos de relación interpersonal al interior de la institución, jerarquías y posiciones. A su vez, este espacio comenzó a tener nuevos significados: la experiencia de libertad. Vemos pues como el espacio es transformado por las personas que lo transitan, lo etiquetan, lo disputan y lo dotan de sentido. Las cartografías espaciales (Pyszezek, 2012) se movilizan en función de nuevas formas subjetivas de transitar estos espacios, de definir fronteras, límites, usos legítimos y transgresiones.

4. Recapitulación:

En este capítulo abordé la tensión entre los abordajes psiquiátrico-terapéuticos y

penitenciarios desde un estudio de la configuración espacial del pabellón psiquiátrico de Ezeiza, bajo el supuesto de que la misma ordena, circunscribe y jerarquiza tanto a los actores, como a sus prácticas y representaciones. Encontré que existe una concepción sobre el ambiente que comparten que es disputada constantemente y en estas disputas se juegan imágenes estereotipadas acerca de la “cárcel” y “hospital psiquiátrico”, con criterios disciplinarios asociados, valores y posturas ético-políticas diferenciadas. Estas nociones acerca del lugar que habitan los distintos actores se encuentran en la organización material de los edificios, en la disposición de los cuerpos y los objetos y su respectiva circulación.

En primer lugar se ha realizado un recorrido por las instalaciones del Complejo que conducen *al PRISMA* con el propósito de mostrar el lugar que ocupa este ámbito de intervención dentro de los límites del Servicio Penitenciario Federal. La separación interna entre el pabellón y el resto del Hospital penitenciario Central es una frontera que separa dos discursos disciplinarios que se postulan a sí mismos como diferentes en términos profesionales y ético-políticos.

La redefinición del espacio penitenciario con la implementación del PRISMA implicó también la producción de espacios para nuevas actividades, que generaron profundos cambios en la simbolización de ámbitos de tratamiento puramente penitenciarios. El sentido de cada lugar estuvo dado por el uso peculiar que se le otorgaba (de Certeau, 1994), por formas concretas de circulación y enunciación. Asimismo, asistimos desde la perspectiva de los actores, a las enormes disputas por estos sentidos y por la apropiación simbólica e institucional de los espacios.

Luego, se ha realizado un recorrido por el pabellón, atravesando las distintas fronteras entre los espacios a cargo del PRISMA y el SPF intentando situar las rutinas, lógicas de circulación, transgresiones y la locación de actividades específicas de este ámbito. Vimos que pese a existir en los actores un relato que separa y contrapone los abordajes psiquiátrico-terapéuticos con los penitenciarios, en el flujo de la cotidianeidad éstas se solapan, generando contextos de disputa y/o reciprocidad.

Todos los espacios están siendo disputados por los actores. Ningún sector del pabellón está exento de ello. El pabellón psiquiátrico de Ezeiza es un territorio en disputa permanente en el que se dirimen, hemos visto, enfrentamientos e intercambios de diversa índole: organización de identidades profesionales y morales, distribución punitivo-segregatoria de pacientes-internos, ámbitos terapéuticos utilizados como escenarios de lucha entre pacientes-internos, saberes asociados al tiempo de

permanencia en espacios determinados, estigmas asociados a la ocupación de determinados ámbitos (SEDE, celdas de resguardo), expresión de relaciones de poder, y concepciones temporales diferenciadas, entre las más importantes desarrolladas en estas páginas.

La tensión *marginalidad/integración* constituye la vida cotidiana de quienes habitan y circular por el pabellón psiquiátrico. En sus vidas cotidianas deben lidiar con representaciones diferenciales que suponen una relación casi antagónica entre las lógicas penitenciarias y las terapéutico-psiquiátricas que, con el paso del tiempo, también se reconvierten en prácticas de integración y reciprocidad, entendiendo que conforman un mismo ámbito de intervención, y que hay interdependencia entre sus prácticas. El espacio traduce esas instancias de acuerdos y ayudas mutuas, con aquellas signadas por el conflicto.

En este ámbito híbrido y disputado se produce, trata y contiene a un tipo especial de sujeto de intervención: el paciente-interno. Por medio del espacio, se constituye en un tipo especial de *preso* y de *paciente*, siempre pendulando entre el *loco delincuente* y el *refugiado*- otros permisos y libertades entre sí. En el próximo capítulo nos proponemos interrogar las formas en las que se produce al paciente-interno.

Capítulo II: “Éste no debería estar acá”. Procesos de producción del paciente-interno

En el capítulo anterior analicé cómo la configuración espacial del pabellón psiquiátrico de Ezeiza expresa relaciones entre los actores institucionales, disputas entre la pertinencia de sus saberes, jerarquías localizadas, prácticas y creencias. Allí encuentra su expresión la tensión entre los abordajes penitenciarios y psiquiátrico-terapéuticos, movilizándolo siempre nociones sobre la cárcel y el hospital psiquiátrico como ámbitos diferenciados física y simbólicamente. Se ha observado, asimismo, que esta tensión asume diferentes formas de acuerdo con contextos y situaciones específicas, pendulando siempre entre el conflicto y el consenso, la paz y la guerra, la lucha y la reciprocidad.

Las discusiones entre los profesionales civiles y los miembros del SPF acerca de la definición del lugar que comparten encuentran su reflejo en las formas de nombrar y determinar quiénes “deben” y “merecen” ser incorporados a este dispositivo de tratamiento. Durante los meses de trabajo de campo llamó poderosamente mi atención las constantes objeciones acerca de la pertinencia de admisión de quienes se encontraban alojados en el pabellón psiquiátrico. “Éste no debería estar acá”, en tanto imputación moral, disciplinaria y profesional era enunciada por miembros del Programa, agentes penitenciarios e, incluso, pacientes-internos. Con el paso de tiempo resultó ineludible indagar las nociones condensadas en esta frase y su relación con el carácter híbrido de la institución en la ésta emerge. A su vez, la permanencia prolongada en el campo permitió re jerarquizar esta pregunta y ver en ella una dimensión de análisis que permite comprender aspectos centrales de la vida cotidiana dentro *del PRISMA*. En ese sentido puede sostenerse que la riqueza de la etnografía como perspectiva, método y texto (Guber, 2011, 2013) permite posicionarse en el corazón de las interacciones sociales e interrogar nuestros objetos en el contexto vívido de las prácticas y representaciones, otorgando la posibilidad de aprehender los procesos sociales que estudiamos *en acto*, guiando nuestras preguntas de investigación. De modo que fue en el campo donde pude dimensionar que las discusiones en torno a quienes “merecen” y “deben” estar dentro del pabellón psiquiátrico no se agota en la necesidad de tener ocupadas todas las plazas de alojamiento (Lombraña, 2014:202), o en la rigurosidad de los criterios esbozados por los profesionales (DGN, 2017), sino que contempla valores éticos y morales, criterios disciplinarios, institucionales y políticos que son permanentemente disputados. En el corazón de la tensión

psiquiátrico/penitenciaria, los actores encuentran nociones propias y diferenciales acerca de quienes “merecen” habitar este espacio, quienes asumen el rol de “refugiados del Servicio”, y quiénes “abusan de la inocencia y buena intención” de los profesionales civiles. Estos recursos no aluden necesariamente a aspectos formales de la institución, sino que intervienen relaciones de poder entre y al interior de los actores, saberes profesionales y técnicos, clasificaciones éticas y morales que recaen sobre los sujetos de intervención del Programa. Sostengo pues, que éstos no pueden ser definidos por criterios normativos del PRISMA, ni agotarse en aspectos psicopatológicos individuales. Por el contrario, el paciente-interno es producto de distintos procesos de conformación que tienen lugar (principalmente) en dos contextos específicos: en el Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE), y en el interior de las salas de alojamiento.

El presente capítulo tiene por objetivo analizar estos procesos de producción del paciente-interno. Nos interesa indagar qué tipo de “paciente” y “preso” se constituye dentro de la tensión cárcel/hospital: la forma en la que esta relación híbrida y conflictiva de abordajes permea la asignación de clasificaciones institucionales servidos de saberes técnicos y expertos, y el proceso de conformación identitaria al interior de la población alojada.

En el primer apartado describo el procedimiento por medio del cual un interno penitenciario se convierte en “paciente”, desde su derivación (judicial o penitenciaria) hasta la decisión de admisión por parte del equipo de profesionales del PRISMA. Para ello, se describen los criterios establecidos por la normativa del Programa y las declaraciones oficiales de aquellos que intervienen en este proceso. Luego recurro a un conjunto de casos seleccionados durante el trabajo de campo para analizar instancias concretas en las que se determina la pertinencia de admisión, con el propósito de explicitar qué factores intervienen en estas decisiones por fuera de los saberes expertos.

En segundo lugar, abordo los procesos de socialización temprana de estas personas una vez que son admitidos en el dispositivo y trasladados a una de las salas de alojamiento. Sostengo que dentro de sus ámbitos de pertenencia, donde están la mayor parte del tiempo sin la presencia de referentes institucionales, tienen lugar operaciones que dotan de identidad y construyen su entidad en tanto pacientes-internos.

1. Los saberes expertos en cuestión.

¿Quiénes son admitidos en el PRISMA?

Como fue planteado en la introducción de este trabajo, el propósito principal del PRISMA es el de tratar la problemática de salud mental de aquellas mujeres y hombres alojados en establecimientos del SPF, institución que alberga a una población que ronda las doce mil personas, cuyo 63% se encuentra dentro del área metropolitana. Es fácil imaginar que las sesenta plazas del pabellón psiquiátrico de Ezeiza resultan insuficientes en relación al total de detenidos en la órbita federal, especialmente teniendo en consideración a quienes se encuentran alojados en el interior del país⁵⁴. Al respecto, el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales del año 2013 ha manifestado que una de las mayores deficiencias de la creación de dicho programa radica en su limitado alcance nacional, dejando a las unidades penitenciarias federales del resto del país fuera de su órbita de acción. Esto supone la prescindencia de tratamientos integrales acordes con la nueva normativa en salud mental dentro de las mismas, por lo que insisten en clasificar al PRISMA como un dispositivo de “buenas intenciones”, pero con acotada efectividad en sus objetivos (CELS, 2013).

Oportunamente con la creación del PRISMA se establecieron los criterios de admisión basados, exclusivamente, en la consideración de una sintomatología médico-psiquiátrica sistematizada en una serie de cuadros clínicos estandarizados en los nomencladores internacionales (Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE 10- y el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM IV-). De acuerdo a lo publicado en el cuadernillo de presentación del Programa⁵⁵ y al discurso oficial de los profesionales de salud, las decisiones estarían basadas en saberes clínicos presentados en carácter de “objetivos”, y en consideración con las particularidades del ámbito penitenciario en vistas de “no confundir trastornos mentales con el impacto de la cárcel en la subjetividad”, como solían decir. El Programa se presenta orientado a la asistencia de personas privadas de libertad por la aplicación de una “medida de seguridad

⁵⁴ El 63, 55% de la población detenida en el Servicio Penitenciario Federal se encuentra distribuida en los tres complejos penitenciarios del área metropolitana (Devoto, Marcos Paz y Ezeiza), mientras que un total de 4320 internos se encuentra fuera del margen de acción de los dispositivos de salud mental especializados: PRISMA y PROTIN. Para más información sobre las estadísticas del SPF ver: <http://www.spf.gob.ar/www/estadisticas-indicadores-mapa/catcms/91/Mapa-Indicadores>.

⁵⁵ Disponible en: http://www.faosdir.org.ar/agosto11/res_conjunta_1075y1128_11_mjdh_195.doc (Recuperado el 3/10/2017).

curativa” regulada en el artículo 34 del Código Penal⁵⁶, diagnósticos psiquiátricos ligados a trastornos psicóticos agudos y transitorios, elevado riesgo de suicidio (incluyendo episodios depresivos graves), cuadros clasificados como excitación psicomotriz, esquizofrenia y/o trastorno de ideas delirantes persistentes, trastornos mentales severos y discapacidad intelectual tipificada por dicha institución como “retraso mental moderado, grave y/o profundo”. Quedarían excluidos de estos aquellos casos que arriben por ideación suicida (sin tentativa ni planificación), trastorno de la personalidad⁵⁷, desórdenes vinculados al consumo de sustancias (para los que existen otros dispositivos dentro del SPF⁵⁸), y retraso mental leve.

Estos criterios de admisión (y de no admisión) se ciñen al nomenclador CIE 10, “Clasificación internacional de enfermedades”. Se trata de un sistema de clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, utilizada principalmente con propósitos estadísticos. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí, y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca. Trascendiendo los discursos meramente normativos y los boletines de información pública, los profesionales del PRISMA se muestran atravesados por las dificultades para determinar quiénes deben estar dentro del dispositivo. Su preocupación hizo que lleguen a construir una herramienta para “medir y detectar” la simulación en las entrevistas de admisión, motivados por la presunción de que era muy común “hacerse pasar por loco para tener mejores condiciones de alojamiento penitenciario, o

⁵⁶ ARTÍCULO 34. Código Penal Nacional. - No son punibles: 1°. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás. En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligroso.

⁵⁷ Según lo establece el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM-IV) del American Psychiatric Association, que es utilizado como material de consulta por los profesionales del área a nivel mundial, las personalidades psicopáticas (llamadas también personalidades *borderline*) se caracterizan por conservar juicio de realidad, la percepción no suele estar alterada y las conductas oscilan entre las neurosis y psicosis acorde a su evolución y gravedad; a diferencia de la psicosis que es una alteración mental grave, con pérdida del sentido de la realidad, donde las alucinaciones, los delirios y los actos compulsivos forman parte de las conductas (las distintas formas de esquizofrenia están incluidas aquí) (APA 1995).

⁵⁸ Se trata del Programa de Asistencia Grupal para Adictos (AGA), los Centros de Rehabilitación de Drogodependientes (CRD) y el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (PROTIN), que usualmente permite el alojamiento de internos penitenciarios con diagnósticos ligados al consumo de sustancias.

el acceso a los fármacos”. Esta herramienta recibe el nombre de “Protocolo de Evaluación de Simulación” fue utilizada por miembros del dispositivo de evaluación durante un breve lapso de tiempo, cuyos fundamentos se encuentran publicados en un artículo en la Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencia (Bertone *et al*, 2012).

En la actualidad el PRISMA evalúa nuevos ingresos por derivación judicial o penitenciaria (únicamente por profesionales de la salud: psiquiatras y psicólogos penitenciarios) en el Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE)⁵⁹ del pabellón psiquiátrico⁶⁰. Durante un mínimo de 72 horas, el equipo interdisciplinario⁶¹ realiza entrevistas en distintas instancias con el propósito de confeccionar un diagnóstico sobre el “paciente” y determinar la pertinencia de su incorporación al dispositivo de tratamiento. El procedimiento está pautado de esa manera para poder realizar un seguimiento exhaustivo y adecuado de la evolución de estas personas, evitando tomar decisiones focalizando en episodios mentales transitorios. Suelen afirmar enfáticamente que estas precauciones están destinadas a realizar intervenciones pertinentes dentro del ámbito del SPF, sean éstas sociales, familiares o institucionales, evitando “psiquiatrizar” todos los conflictos que puedan surgir durante el proceso penal o el alojamiento en el cumplimiento de una condena (Bertone *et al*, 2012:126). Por lo general estas entrevistas son realizadas por un psicólogo, un psiquiatra y un trabajador social, profesionales que suelen estar familiarizados con la causa penal antes del primer encuentro por medio del Legajo Personal Único (LPU) del detenido, donde aparece un conjunto heterogéneo de intervenciones y de puntos de vista desde el momento de su detención⁶².

⁵⁹ Como hemos visto en el capítulo anterior, dentro de este Servicio se aloja de manera provisoria a pacientes-internos descompensados (en general ocurre luego de episodios agudos de violencia para sí o terceros) que requieran ser monitoreados especialmente y compensados por medio de tratamiento intensivo y medicación psiquiátrica adicional.

⁶⁰ Cuando fue creado el Programa en el año 2011 y hasta la creación del Servicio de Estabilización y Evaluación (SEDE), el Dispositivo de Evaluación era móvil, de modo que el equipo se trasladaba según los requerimientos de cada caso a las unidades penitenciarias, comisarías o alcaldías judiciales donde se encontraba alojada la persona que debía ser evaluada. Cuando estas locaciones estaban emplazadas en el interior del país, solicitaban la cooperación de profesionales locales pertenecientes a ambos ministerios para que realizaran las entrevistas en los lugares de alojamiento y enviaran la información necesaria para que el equipo considerara la internación en el PRISMA.

⁶¹ Compuesto por un profesional de psicología, psiquiatría y trabajo social. Dependiendo del caso participa un número mayor de profesionales en dicha instancia.

⁶² Estos LPU, legajos personales únicos forman parte del procedimiento burocrático que abarca una gran variedad de oficinas, funcionarios y recursos estatales -se pone en marcha y cada una de las intervenciones judiciales, terapéuticas y penitenciarias se asientan en alguna foja, ficha, informe o registro que conforman una carpeta denominada *legajos personales únicos* (LPU) o *prontuarios* (como son referidos coloquialmente por los funcionarios que los crean y administran). Estos artefactos, cuya

Hemos visto en el capítulo anterior que durante el proceso de evaluación permanecen en una reducida celda vigilada con capacidad de alojamiento de hasta tres personas para varones y un baño, y una sala considerablemente más pequeña con dos camas y un baño para mujeres. Ambas habitaciones cuentan con cámaras de monitoreo constante. Sabemos ya que estas personas no suelen acceder a otras partes del penal, exceptuando pequeños intervalos de tiempo donde se les permite estar en el patio, lo que genera grandes problemas por el impacto del encierro. En los meses que transité el pabellón psiquiátrico, fue habitual escuchar en el SEDE a los “pacientes” quejándose de las condiciones de alojamiento: “hace tres días que estoy acá, no hay papel higiénico, está todo sucio, necesito caminar o salir al patio, si no me sacan no tomo la medicación”. El encierro y sus condiciones hacían del lugar un escenario difícil de tolerar, compartir el baño entre tres personas a veces genera grandes conflictos, más allá de las condiciones sanitarias que son, en general, sumamente problemáticas⁶³. En una oportunidad dos psicólogas del programa estaban en la sala de profesionales preocupadas por la recurrencia de problemas de alojamientos en dichas celdas:

El fin de semana el SEDE quedó en banda, y no es la primera vez que pasa. No tenían nada. El jefe que estaba de guardia llamó a suministros y nada. De pedo conseguí prestado un jabón, pero no puede ser que se queden hasta sin poder cagar! Esto hay que resolverlo con el Servicio sí o sí.

El procedimiento burocrático que atraviesan los pacientes-internos para llegar al PRISMA hace que, por lo general, estas personas no suelen provenir del medio libre. Generalmente lo hacen luego de largas trayectorias en establecimientos penitenciarios, o

construcción es permanente, debe consignar al menos la siguiente información: filiación, situación legal, datos de salud, familiares, educativos, laborales, nómina de las personas autorizadas a la visita y sus antecedentes judiciales y criminológicos (Lombraña y Ojeda, 2013). Se irá agregando allí, a lo largo de toda la estadía del detenido en el penal, cualquier documentación o dato que resulte de interés específico para el seguimiento y actualización de la situación judicial: copias de la denuncia policial, sentencias y resoluciones de los juzgados intervinientes en cada instancia, informes periciales, *habeas corpus*, pedidos específicos de los defensores o los fiscales, solicitudes de traslados, informes elaborados por el SPF (sociales, clínicos, criminológicos, de conducta, de concepto) y por los equipos de tratamiento civil (psiquiátricos, psicológicos, sociales) que son elevados a los juzgados, junto a cualquier otra información recibida desde éstos o emitida desde el penal. Todos estos documentos se fotocopian y deberían ser guardados (original y copia) por orden cronológico en cada uno de los legajos. Por último, se archivan por orden numérico en la dependencia de judiciales de cada unidad (Lombraña, 2014).

⁶³ Como hemos visto en el capítulo anterior, en septiembre de 2016, una comitiva del Sistema de Coordinación y Seguimiento de Control Judicial de Unidades Carcelarias visitó el pabellón con el propósito de monitorear el sector de pacientes con afecciones de salud mental. En Evaluación había tres personas en condiciones que fueron consideradas no adecuadas, conforme los estándares internacionales mínimos exigidos para personas en estado de doble vulnerabilidad. Por ello, se requirió la más urgente solución en razón del hacinamiento, inundación parcial, falta de agua para beber y elementos de higiene. Las autoridades del Complejo dispusieron el traslado inmediato de los tres internos y se dispuso la clausura provisoria del SEDE hasta tanto se realicen las reformas necesarias conforme los estándares de Derechos Humanos nacionales e internacionales.

de extensas estadías en alcaidías y/o comisarías. Las derivaciones (judiciales o penitenciarias) se rechazan únicamente cuando no se disponen de camas libres en la sala de alojamiento, entendiendo que no puede realizarse un proceso de evaluación cuando no hay condiciones materiales para responder a tal demanda.

Al momento de ser ingresados en el pabellón psiquiátrico para su evaluación se convierten en “pacientes” para la institución que los contiene. A pesar de tratarse de una instancia de admisión y de que suele trasladarse a estas personas hacia otro establecimiento penitenciario con posterioridad a las entrevistas, desde el momento en el que ingresan al ala norte del Hospital Penitenciario Central y son alojados en el SEDE aguardando el dictamen, cambia su identidad institucional, de “interno” a “paciente”. La puerta de ingreso a este espacio parece ser un momento liminal (Turner, 1988) que impacta sobre la definición normativa de estas personas y las formas de intervención profesional y disciplinaria sobre estas personas. De manera transitoria o permanente se produce un pasaje de “interno penitenciario” a “paciente psiquiátrico” únicamente mediante la circulación por los espacios *del PRISMA*. Esto no es únicamente observable en el discurso de los profesionales civiles, sino también en las prácticas de terapia, tratamiento y medicación farmacológica que reciben durante esos días. Se espera de estas personas que colaboren con las normas y valores del pabellón: que se dispongan a los espacios terapéuticos, que adopten el uso de la palabra como vehículo de comprensión de sus trayectorias, que no se resistan a la administración de psicofármacos, que “respeten el tratamiento ajeno”, que se despojen de conductas “tumberas” que traen de sus pabellones de origen (cobro de protección, uso de facas, relaciones de reciprocidad con agentes penitenciarios), entre otras. Para el abordaje del PRISMA, son “pacientes” antes de que un diagnóstico y un dictamen interdisciplinario así lo dispongan. Aunque en primera instancia su identidad está determinada por la ocupación de estos espacios, luego intervienen otros procesos de mayor complejidad que determinan y producen a quienes “deben” y “merecen” incorporar al dispositivo de tratamiento.

Propongo en estas páginas que el análisis de las formas en las que se produce *in situ* el paciente-interno dentro del pabellón psiquiátrico, contribuye a la comprensión del abordaje institucional del que son objeto mostrando una de las formas en las que se articulan los abordajes disciplinarios de los que son objeto: el penitenciario y el psiquiátrico terapéutico.

1.1. Estigmas y beneficios

El primer día que estuve en el PRISMA con el trabajo de campo pautado para la elaboración de este trabajo, Irina, su coordinadora, me acompañó a recorrer el pabellón psiquiátrico. Transitamos los pasillos mientras me explicaba con mucho entusiasmo todos los cambios que llevaron a cabo desde la implementación del Programa. Esta situación duró varios minutos hasta que pasamos por la puerta del SEDE, siempre abierta por razones de seguridad (como fue desarrollado en el capítulo precedente). Para mi sorpresa, ingresó y le dijo a una mujer de ambo blanco que estaba sentada en un escritorio frente a un muchacho que lloraba: “Ella es Mercedes, va a estar acá con vos, después te explico. Mercedes vos búscame antes de irte, si?”. Me *dejó* en aquella oficina y se fue. Supe más tarde que esa mujer era Paula, quien coordinaba el SEDE. A pesar de mi evidente confusión e incomodidad, Paula parecía estar acostumbrada a ese tipo de interrupciones y con un gesto casi inalterable me ofreció una silla al lado de ella y continuó lo que estaba haciendo. Me senté en el escritorio. Hacía muchísimo frío, estábamos las dos abrigadas y con el gesto permanente de frotarnos las manos. Junto a mi silla, en la pared paseaban dos cucarachas, ella fue más activa que yo, las mató rápidamente con una de sus carpetas y continuó con sus actividades. Eduardo, el joven que estaba frente a ella, era “un paciente” de veintidós años que había sido derivado dos días antes por la psicóloga penitenciaria de uno de los módulos del Complejo. Era morocho y menudo, tenía una remera de manga corta, unos pantalones deportivos y un par de ojotas con medias. Su cuerpo temblaba espasmódicamente y lloraba muchísimo. Sentí que mi presencia violaba un encuentro que consideraba sagrado, pero el tiempo ayudó a que me diera cuenta que las interrupciones en las entrevistas eran habituales. Ese mismo día, incluso, pude ver como los profesionales civiles entraban y salían del SEDE para ir al baño, justo atrás del escritorio en el que estábamos.

Eduardo hablaba muy rápido y los brazos, siempre elevados al costado del cuerpo, temblaban espasmódicamente. Su discurso era bastante confuso y no tenía una estructura cronológica alguna. Lloraba bastante y sostenía algunas afirmaciones que excedían ampliamente los criterios comúnmente definidos de racionalidad, al punto que llegaron a ser irreproducibles. Mientras hablaba, se trataba de tapar las cicatrices de las muñecas.

Según pudimos entender más tarde, alguien de su barrio le dijo que Marcela, su novia, estaba con otro y esa fue la razón por la que Eduardo empezó a salir con Dani en

la cárcel, una compañera trans de su pabellón. “Me gustan las mujeres y los hombres, los travestis, pero soy activo eh! Ahora estoy con Dani que está en el pabellón conmigo, pero estoy muy triste y quiero estar con Marcela” afirmó entre lágrimas, sin que se le preguntara al respecto.

Paula lo trataba de usted, con mucha distancia pero sin agresividad. El no parecía sentirse contenido, pero tampoco amenazado. Hacia el final empezó a dejar de llorar, distraído tal vez con otros aspectos en los que ella indagaba insistentemente: sus compañeros de pabellón, sus dos días en el SEDE, las sensaciones que tenía antes de ser trasladado, las emociones de ese momento. También aprovechó para preguntarle si era el encierro lo que estaba afectando tanto su estado de ánimo, ya que de ser así podía pasar el día en la sala de alojamiento de planta baja con los demás. Ese ofrecimiento fue recibido como con el terror de una amenaza “¿Con los locos? Ah no ¡yo no quiero estar con esos locos! ¡No me mande con los locos, por favor!” Inmediatamente, sus ojos se tornaron vidriosos y volvió a temblar. Paula trató de explicarle que ellos no estaban locos, que estaban tristes igual que él, y que solamente era por unos días, hasta que se estabilice y pueda volver tranquilo a su lugar de alojamiento, más descansado y con la medicación adecuada. Eduardo estaba muy resistente y empezó a perder la paciencia, adoptar un tono de voz más firme y fuerte, “Quiero volver al pabellón, estar con Dani, sino le van a dar mi cama a otro ¡No me quiero quedar acá, por favor Srta.! ¡por favor! Ayúdeme, quiero estar hoy mismo en mi pabellón. No quiero pasar ni cinco minutos con esos locos”.

Cuando Eduardo se fue, Paula me dijo que estaban realizando entrevistas desde hacía unos días entre todo el equipo de evaluación. Me contó que su caso era similar a la mayoría de internos penitenciarios que llegan al SEDE, casos que presentan trastorno de la personalidad sumado a consumo problemático de sustancias psicoactivas y el deterioro que suele producir el encierro carcelario en la subjetividad⁶⁴. En el caso de Eduardo, supieron que había pasado muchísimo tiempo sin dormir en su pabellón, y la ruptura con su novia le generó un gran “impacto” emocional.

Está en un momento de mucha vulnerabilidad, ya lo viste, muy lábil. Estuvimos evaluando su caso por varios días y por lo que vemos, no tiene criterio para estar acá. Lamentablemente es un caso como tantos otros dentro del Servicio, trastornos de la personalidad, mucho consumo. Algunos de ellos se quedan porque tienen una demanda de tratamiento muy clara.

⁶⁴ Para un abordaje sobre los efectos del aprisionamiento en la salud mental de los internos penitenciarios, ver Rhodes (2004, 2005).

Nosotros tratamos, si hay lugar, de ser receptivos porque sabemos que el Servicio no se ocupa. Pero como esto es considerado una internación psiquiátrica, en casos como éstos no puede ser forzada. Tienen que firmar un consentimiento. Eduardo se quiere ir. Yo me quedo tranquila si, al menos, se queda unos días para que puedan compensarlo.

Pocos días más tarde, Eduardo volvió a su pabellón, “lejos de los locos”.

El temor y rechazo de la población penitenciaria hacia “los locos” era relatada por la mayoría de los pacientes-internos con los que pude conversar. El ingreso al pabellón psiquiátrico de Ezeiza era para muchos un hecho estigmatizante y los primeros días de alojamiento estaban signados por el miedo, la aversión y un profundo sentimiento de diferenciación. Un ejemplo es el de Fabián, alojado en la planta baja:

Cuando llegué me quería ir a la mierda de acá, veía personas cortadas, escuchaba gritos a las tres de la mañana, me pareció que yo no pertenecía a un lugar como éste y quise volver a la cárcel común. Con el tiempo entendí que esto es un hospital, que esas cosas pasan y que no todos estamos por lo mismo. Yo en ese momento no me daba cuenta pero re necesitaba estar en un lugar como éste, lo que pasa es que es difícil salir del fantasma de la locura.

Fabián fue derivado por su psicóloga en otro Complejo del SPF luego de un “intento de suicidio”. Según relató, pasó los primeros días pensando en irse, hablando con su abogada, irritado cuando ésta le pedía un poco de paciencia. Con el tiempo empezó a sentirse un poco más integrado a la vida dentro del pabellón, a ir a los talleres y eso lo hizo sentir más útil y relajado, comenzó a conocer a sus compañeros de sala y a dejar de verlos como “locos” e “insoportables”. Fue decisivo el impacto que tuvo el tratamiento que recibe cotidianamente por parte de los profesionales civiles, sentir que alguien se preocupa por cómo está, por su relación con la familia.

Yo venía con mil problemas, lo que pasa es que no me daba cuenta y cada vez estaba más sumergido en eso. Con el tiempo empecé a ver lo bien que me hace estar acá, poder entender las cosas que hago y que hice, darme cuenta de lo que impactaron cosas de mis viejos, la vida tan cerca de la cárcel siempre. Estar acá no tiene precio, en ningún lugar tenés este tipo de contención. Imaginate que yo siempre estuve solo y con un entorno muy de mierda.

Muchos reconocen la importancia de la recuperación del vínculo con familiares propiciado por profesionales del PRSIMA, entienden los esfuerzos que ellos realizan como un compromiso con su bienestar, algo que no han visto en otros establecimientos, como decía Nico:

Yo soy una persona de mierda, robo desde pibe, fui lo peor con mi familia y con los pocos amigos que verdaderamente tuve. Estuve en mil cárceles e institutos de menores y tengo que decir que nunca me sentí tan querido y cuidado. A mí me vinieron a ver porque estaba en otro módulo de acá, de Ezeiza. Vino Irina y hablamos mucho, después me pasaron acá. Nunca antes alguien se había tomado el trabajo de llamar a mi hermana, a mi mamá, de tratar de que recupere algo de mi vida, algo de mi vida que no sea el choreo.

Entre los “beneficios” de estar *en el PRISMA*, muchos señalan la importancia del control que ejerce el personal civil sobre los agentes penitenciarios en lo que respecta al respeto por los derechos humanos y la integridad física de los detenidos. Tanto publicaciones emitidas por miembros del programa (Izaguirre y Alcoba, 2013) como informes de organizaciones civiles (CELS, 2007), el hecho de compartir el trato de los internos con equipos civiles de tratamiento, limita al personal de seguridad el abanico de estrategias disponibles para imponer mecanismos de punición y castigo establecidos por fuera de la ley y las reglamentaciones que organizan oficialmente la vida intramuros (Daroqui 2002, Míguez 2007, Vázquez Acuña 2007): prácticas de aislamiento, administración de medicación psicofarmacológica, maltratos físicos y psicológicos de distinta intensidad, restricción de acceso a espacios de esparcimiento y/o recreación, limitación de las comunicaciones (visitas, llamadas telefónicas, etc.).

Ingresar al PRISMA es comenzar a cargar con rótulos sumamente estigmatizantes: “locos”, “refugiados”, implica estar en contacto con formas de expresión de emocionalidad que generan rechazo y temor (cortes, gritos, ver personas con escaso control sobre su cuerpo, etc.), requiere aceptar nuevas formas de intervención (administración de medicación psiquiátrica, tratamiento terapéutico, modificación de formas de circulación, etc.), pero también implica lo que ellos describen como “beneficios” (resguardo de sus derechos e integridad física, acompañamiento permanente de sus equipos de tratamiento, ayuda emocional siempre, entre otras). Las nociones sobre el pabellón psiquiátrico de Ezeiza que tienen los pacientes-internos intervienen dentro de las entrevistas de admisión y de los distintos modos en los que se construye la relación médico-paciente, en la medida que son tomados en cuenta siempre por el equipo de evaluación:

El trabajo es bastante complicado porque acá nos llega de todo y tenemos que deliberar si hay una sincera demanda de tratamiento, o si se trata de personas que buscan un mejor contexto penitenciario para el cumplimiento de sus penas. Sabemos que este lugar no es como la cárcel común, este es

un sitio más seguro, más tranquilo, y muchos están en busca de eso ¡Ni hablar de la posibilidad de acceder a medicación psiquiátrica!

Era habitual escuchar acerca de la necesidad de estar precavidos sobre aquellos pacientes que simulan demandas de tratamiento terapéutico para evitar la crudeza de la cárcel común, aún en publicaciones especializadas por parte de miembros del Programa (Bertone *et al*, 2012:111). Recibían también muchas derivaciones de “personas que buscan argumentos para tramitar la inimputabilidad”, como veremos más adelante. Estos profesionales consideran que durante los días de evaluación llevan a cabo la tarea dificultosa de “menguar los prejuicios que tienen muchos pacientes sobre *el PRISMA* y detectar a quienes buscan beneficios”.

1.2. *Escrito* en el cuerpo

Estábamos en el SEDE con Paula, Florencia y Pablo, (estos últimos psiquiatra y trabajador social) a la espera de dos pacientes trasladados ese día para sus respectivas evaluaciones. Fernando e Ignacio aguardaban en la pequeña sala contigua para ser entrevistados por los profesionales. Dispusimos cinco sillas y el agente penitenciario Morel fue por el primero de ellos, Fernando, derivado del penal de Devoto. Es importante destacar que ambas entrevistas tuvieron una estructura similar (al igual que el resto de las observadas durante el trabajo de campo): comenzaron por indagar sobre aspectos personales del pacientes (edad, situación familiar, situación de pareja, estudios previos, trabajo), luego les preguntaron si estaban al tanto de los detalles de sus causas penales, y finalmente comenzaron a interrogar por qué creían que estaban en un pabellón psiquiátrico, cómo se sentían. Los *pacientes* muestran distintos grados de apertura y permeabilidad con el equipo del PRISMA, algunos son reactivos y quieren volver rápidamente a sus pabellones, otros soportan la mirada incisiva de los profesionales y esperan poder permanecer en el pabellón.

Ignacio fue trasladado por los profesionales del área de salud del Servicio por mostrar “fuertes signos de depresión y un potencial riesgo de suicidio”. Quienes tenían a cargo su causa estuvieron de acuerdo en la toma precauciones y apelar a la mirada profesional del PRISMA, entendiendo que un riesgo de suicidio formaba parte de los cuadros de salud mental admitidos por el Programa. El “paciente” entró tímidamente y se sentó frente a nosotros. Era un joven delgado, morocho y con postura llamativamente encorvada. Apenas se sentó, nos saludó con una tenue sonrisa que delataba años de

ausencia de atención médica y odontológica, y algunos efectos que la pasta base tienen sobre las encías y dentaduras.

Durante la entrevista, Ignacio se mostró sumamente angustiado, insistiendo en la constancia de fantasías suicidas, en el enorme sufrimiento que sentía y el deseo de hacerse daño o causarse dolor físico. Más de una vez mostró las heridas de sus muñecas, piernas y antebrazo. Contó con detalle su infancia, el recuerdo de haber pasado hambre, de su madre borracha todas las mañanas, de su padre ausente, de sus hermanos chiquitos pasándola mal. Habló durante un largo rato sobre el dolor físico y emocional que sentía, de la necesidad de consumir pasta base para olvidar “al menos por un ratito la miseria de la vida”. Gesticulaba mucho e insistía en mostrar sus marcas, cicatrices hechas hacía pocos días, sobre otras líneas ya blancas que permanecían en su piel pero que evidenciaban mayor antigüedad.

Cuando se retiró los profesionales coincidieron en que su caso no se adecuaba a la especificidad del Programa, como sostuvo Paula:

Bueno, me da mucha pena pero lamentablemente no tiene criterio para estar acá y parece que no hay lugar en el mundo para este pobre tipo. Me da pena pero es un caso clásico de los que están en la cárcel. Por el momento lo único que podemos hacer es derivarlo al Programa de Prevención de Suicidios (PPS). Veamos que nos parece en las próximas entrevistas pero lo máximo que vamos a poder hacer con un caso como éste es dejarlo acá unos días a ver si mejora. La admisión permanente está difícil.

La forma en la que se expresaba Ignacio frente al equipo de profesionales era recurrente dentro del SEDE, al menos en aquellas instancias que puse presenciarse, y hacen visible la forma de ubicar al cuerpo dentro de este contexto institucional (forma que difiere considerablemente de lo que ocurre en las salas de alojamiento, como veremos en las próximas páginas)⁶⁵. Las cicatrices de su cuerpo, las marcas de los cortes que muestra insistentemente, sus dientes, su extrema delgadez, se exponen como testimonio de relaciones sociales encarnadas, pero también de su contexto socioeconómico, afectivo, de su historia de consumo de sustancias. El orden social se inscribe en el cuerpo (Bourdieu, 1999) y se presenta como una experiencia ineludible, en tanto realidad social, fruto de una construcción histórica y producto de representaciones culturales usos políticos del cuerpo, incorporación del poder (Godelier,

⁶⁵Cabe aclarar que el tratamiento de la problemática del cuerpo en ambas perspectivas: psiquiátrica y psicoanalítica excede el objetivo del presente trabajo.

1986). Estas marcas hablaban también del lugar que Ignacio ocupaba en la estructura social.

Míguez (2002), Epele (2010) han advertido acerca de la importancia del cuerpo como expresión de las relaciones sociales y, específicamente, del lugar de los cortes en la experiencia de encierro carcelario, estos profundos cortes en la piel que dejan cicatrices de por vida, en algunos casos muy notorias. De acuerdo con estos autores, las razones de estos cortes son en parte instrumentales y en parte expresivas. La prisión es uno de los ámbitos donde los jóvenes más frecuentemente se cortan, reconocen que éstos suelen estar relacionados con una estrategia para fugarse o salir de una situación de mayor riesgo o presión. Pero también reconocen que estos cortes no son siempre realizados con fines instrumentales, también dan cuenta de “haberse sentido muy mal”, “sufrir mucho”, “no aguantar el dolor”.

Otras veces los profesionales se muestran más permeables a modelar los criterios con personas que consideran muy vulnerables, que no creen que estén en condiciones de “sobrevivir en la cárcel”, como me dijo una vez Pablo. Ocasionalmente, estos casos son acompañados de un cálculo por la disponibilidad de camas y la duración de la estadía, como vemos en el discurso de una psiquiatra del equipo:

Este paciente necesita solamente veinte días para salir en libertad, es medio tontito pero no tiene criterio específico para estar acá. A mí la verdad es que me da pena, tiene mucho miedo y muy pocos recursos simbólicos... lo dejaría acá hasta que salga, lugar por ahora tenemos

En el ámbito de las internaciones psiquiátricas también aparece el cuerpo de manera ineludible. Mantilla (2010:119) da cuenta del proceso a través del cual los cuerpos de los pacientes psiquiátricos se marcan desde su ingreso en la institución, y se constituye como sede del ejercicio de poder y control de los discursos y prácticas “psi”. El primer tratamiento que éstos reciben en la internación, dice, es básicamente corporal: las formas de administración de la medicación, a veces a través de inyecciones intramusculares, las contenciones físicas, la modificación de hábitos de vestimenta y cuidado personal y el encierro son sólo algunas de las instancias en que el cuerpo es marcado. (Mantilla, 2008, 2009 y 2010). También aparece en sus estudios la impronta del uso corporal en las instancias de admisión de aquellas personas tipificadas con trastorno límite de la personalidad, “borders”, generando en los profesionales desconfianza y sospecha de manipulación.

Esta forma de ubicar la corporalidad, de llevar a cabo una performance de

sufrimiento que se traduce en manifestaciones corporales específicas (cortes, gritos, temblores, etc.), se inserta dentro de un conjunto de normas implícitas que regulan la vida intramuros de la institución a la que pertenecen. Fassin (2015, 2016) asegura que se ha producido en los últimos decenios una reconfiguración de la gestión de, lo que él llama, la exclusión y la precariedad. Los sentimientos morales han penetrado la esfera pública donde el sufrimiento aparece como un nuevo léxico que justifica las prácticas de asistencia. Los afectos y los valores morales se pliegan en el discurso político del mundo contemporáneo, donde los funcionarios (sin un criterio uniforme mediante) movilizan representaciones que definen y justifican a quienes se ayuda, asiste, trata. La decisión de otorgar o no una ayuda funciona como un proceso de subjetivación impuesto a “los pobres” en el cual éstos se construyen como sujetos de asistencia, al mismo tiempo que da cuenta de la exposición del sufrimiento como un nuevo recurso de apelación a la voluntad del Estado nacional.

En el SEDE, vemos como el cuerpo de los pacientes es puesto en escena y en palabras por actores que no tienen sino esa única verdad para hacerse valer en un determinado momento de su historia, en el contexto de una admisión psiquiátrica. El cuerpo, enfermo o sufrido, es dotado de una suerte de reconocimiento social que en última instancia se intenta hacerse valer cuando los otros fundamentos de legitimidad parecieran haber sido agotados. Los profesionales en el momento de la evaluación escrutan esas marcas, las buscan en el cuerpo y en la expresividad del paciente, indagan sobre el sufrimiento, a veces lo patologizan, otras veces lo consideran “impostado”, y algunas “insuficiente” para la incorporación en el Programa. En función de estos criterios muchas veces definen una admisión, como lo ilustra la psiquiatra Florencia con posterioridad a una entrevista :

Bueno acá hay una clara demanda de tratamiento, y está en un estado de mucho deterioro. Hay que hacer un seguimiento igual para estar seguros pero está en un estado de muchísima vulnerabilidad, muy depresivo. Monitoreemos unos días a ver cómo evoluciona, pero creo que tiene sentido que esté acá.

En las formas de aparición de los cuerpos dentro de la instancia de admisión, se hace presente el vínculo que se establece *in situ* entre el cuerpo de profesionales y el paciente, la relación de empatía o rechazo, la confianza o desconfianza en su expresividad. La apelación al sufrimiento y la vulnerabilidad aparece en pos de lo que Fassin denomina una economía moral de la ilegitimidad en la cual, sumisos a relaciones

de poder, “los dominados” llegan a utilizar su cuerpo como única fuente de derechos (2003:9), los profesionales del PRISMA son los expertos que legitiman estas disposiciones y que les asignan un criterio de veracidad.

Ahora bien, si este trabajo pretende interrogar la forma en la que se tejen creencias, valores y nociones éticas propias de este pabellón psiquiátrico es importante indagar otros contextos y situaciones donde éstos se hacen visibles. Contextos y situaciones en las que la manifestación verbal y corporal de sufrimiento no resulta suficiente para generar una reacción positiva por parte de los agentes estatales, como se observará en los próximos apartados.

1.3. “Se nos vacía el PRISMA”

Con la paulatina implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 se ha modificado significativamente el perfil de los potenciales pacientes del PRISMA, mostrando un significativo declive de derivaciones judiciales a dicha institución, en pos de abordajes dentro del ámbito civil. A pesar de que el equipo profesional identifica esta situación como un fenómeno reciente, debe mencionarse que en la mudanza de la Unidad N° 20 del Hospital José T. Borda representó para muchos detenidos con medida de seguridad curativa su posibilidad de desplazamiento hacia ese sector (Lombraña, 2014).

Con la reducción de derivaciones de personas declaradas inimputables, y la volatilidad de otras que requieren únicamente de estabilización psiquiátrica transitoria, la mayor parte de la población del SEDE proviene del interior del SPF. Esta situación ha generado una flexibilización progresiva de los criterios y el desplazamiento del coordinador del área de evaluación, como me dijo Paula en una oportunidad:

Antes estaba a cargo Matías en la coordinación y los criterios eran bien distintos, más de la psicología cognitiva, como era la formación que tenía él. Terminaba siendo muy estricto con los diagnósticos y llegamos a tener solamente 35 camas ocupadas. Eso es porque no entendía cómo venía la mano acá. O llenamos todo o nos rajan a la mierda! Esto es así! Es política!

Lombraña afirma que la flexibilidad o rigidez en los criterios de admisión suele vincularse con la cantidad de población alojada, en tanto disponibilidad de ingreso y necesidad de contar con un número importante de camas ocupadas: los criterios originales se mantienen en la medida que cuentan con la mayor cantidad de plazas cubiertas y cuando esto no sucede están dispuestos a ser flexibles e incorporar personas

con demanda de tratamiento por fuera de las definiciones normativas. Según la autora, el PRISMA funciona como una herramienta de selección y gestión de la población carcelaria, regulando espacios de alojamiento de la población con padecimiento mental y, disponiendo de cierto nivel de influencia, los tiempos y los modos de atención de salud mental general en el contexto penitenciario, sugiriendo (ocasionalmente) tratamientos específicos a los profesionales del SPF a cargo de otros dispositivos de atención en salud mental⁶⁶ (2014:202-234).

En la actualidad, cuando los equipos de evaluación rechazan una derivación lo hacen entregando un diagnóstico y una recomendación de tratamiento que, usualmente, implica proponer su inclusión dentro de otro dispositivo de tratamiento penitenciario, a sabiendas de que el SPF en reducidas ocasiones toma en consideración estas sugerencias. Como fue mencionado anteriormente, el Programa tiene una capacidad de alojamiento para sesenta personas, insuficiente para canalizar la demanda real de tratamientos en la órbita penal federal, una población que supera ostensiblemente los doce mil detenidos (entre procesados y condenados). El Servicio, por su parte, suele derivar “internos” que no cumplen específicamente con criterio de admisión, pero que consideran que no pueden ser canalizados por ningún dispositivo de salud mental propio (especialmente en los casos en los que hay riesgo de vida por conflictos internos⁶⁷). El acercamiento etnográfico durante un tiempo sostenido, y la observación de discusiones dentro del SEDE, me permitieron apreciar cómo no solamente el PRISMA no regula la población penitenciaria, sino que por el contrario, queda a disposición a veces se encuentra presionada por la demanda de alojamiento del Servicio. Una mañana uno de los trabajadores sociales del PRISMA me dijo:

Los juzgados comenzaron en el último tiempo a incorporar la Ley de Salud Mental y ya casi no tenemos inimputables, quedan muy pocos y era el motivo principal de nuestra existencia. En un momento nos dimos cuenta que había más médicos que pacientes...todos nos damos cuenta de eso. Ahora estamos en año electoral sin saber qué va a pasar a nivel nacional,

⁶⁶ Como fue mencionado, el Servicio Penitenciario cuenta con dispositivos de tratamiento propios en términos de salud mental. En primer lugar, el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral (PROTIN) que funciona en los dos Complejos de Ezeiza (hombres y mujeres). Funciona en los anexos Por otro lado, los grandes complejos del SPF y muchos de sus establecimientos penitenciarios cuentan con programas destinados a la atención de algunas problemáticas de salud mental: Programa de Asistencia Grupal para Adictos (AGA), Programa de Prevención de Suicidios (PPS), Programa para Internos Condenados por Delitos de Agresión Sexual (CAS), el nuevo Programa para Ofensores Sexuales (POS) que funciona en el anexo de la U.9 de Senillosa, y Centros de Rehabilitación de Drogodependientes (CRD).

⁶⁷ Nos referimos a aquellas causas penales sumamente estigmatizadas dentro del ámbito carcelario: agresión sexual, femicidio, infanticidio, entre otras.

estamos haciendo la plancha, cumpliendo más la demanda de del Servicio que la demanda de las personas. Algunos dicen que el PRISMA está lleno de refugiados y violines, y la verdad es que a veces tienen mucha razón. Hace tiempo que somos el aguantadero de la cana por más esfuerzo que hagamos para evitarlo. (Trabajador social, SEDE).

He notado en todos los actores una idea generalizada que define al PRISMA como un “buzón” del Servicio Penitenciario Federal, el lugar donde “depositan aquello que se quieren sacar de encima”. Esta creencia es compartida transversalmente por todos los actores, y está íntimamente relacionado con la insistencia acerca de que muchos pacientes “no deberían” estar alojados en el Programa. Como vimos en el capítulo anterior, el SPF considera que los profesionales del PRISMA tienen buenas intenciones pero, “como no conocen a la población, se dejan engañar fácilmente”. Identificaban problemático el comportamiento “ingenuo e indulgente” de los profesionales, así señalaba Gómez, uno de los agentes de mayor antigüedad con esta población:

A esta altura todos sabemos que esto debería funcionar como un hospital, pero no se puede por el tipo de gente que entra. Habrás visto que acá los dejan hacer cualquier cosa, el preso tiene el ego tan alto que cree que está por encima de todos ¿qué pasa? Hay más facas y más conflictos. Vienen los profesionales y les regalan cigarrillos, café y ellos empiezan a creer que tienen más poder, aumenta la agresividad y la violencia. Ellos (en referencia a los profesionales) no son malos, tienen buenas intenciones pero no conocen, entonces meten acá a tipos que no están locos, que se aprovechan. Debajo de la mentira hay un gran abuso.

Por dicha razón, hay dentro del dispositivo, “presos que vienen a acá a hacer lo que no pudieron hacer en los pabellones: agredir y violentar a los demás”. Estas personas, los “refugiados” que recurren al pabellón psiquiátrico para escapar de la crudeza de la cárcel, hacen que para los agentes el PRISMA sea un “buzón”. Un “aguantadero”. Sin embargo, los profesionales del SPF con potestad de derivación, en acuerdo con agentes responsables de la seguridad, suelen derivan personas que no son estrictamente pacientes psiquiátricos, sino delincuentes con causas penales “incomprensibles” que pueden recibir agresiones en pabellones comunes. A continuación veremos que la existencia o vacío de empatía respecto de la causa penal es importante para clasificar a aquellos internos penitenciarios que no son estrictamente “locos” pero que “parecen estar mal de la cabeza”.

1.4. El PRISMA como “buzón”. Entre “pacientes” y “refugiados”

Una mañana encontré algo de revuelo cuando entré al SEDE a saludar. “Estamos por hacer una evaluación ¿Te quedás a observar?” me dijo Pablo. Agradecí la invitación, busqué una silla y me senté junto a ellos esperando que los agentes penitenciarios ingresen al pequeño Servicio, vayan a la celda a buscar a la persona y la acompañen hasta el escritorio. Distancias reducidas, pero que suponen una situación de riesgo que amerita medidas de seguridad y precaución. “¿A que no sabés quién es éste?” me comenta Florencia en voz muy baja “es el de caballito”. Un mes antes se hizo mediáticamente conocido el caso de un hombre que, frente a más de 100 testigos, degolló y apuñaló a una mujer que había sido su novia en la adolescencia. Luego, intentó suicidarse, generándose heridas de gravedad. Uno de los tantos casos de femicidio que transitan por los canales de televisión, portales de Internet y diarios nacionales. La víctima⁶⁸ había pensado que encontrarse en un lugar público y por la tarde, la protegía frente a un posible ataque. Su agresor estuvo internado en un hospital público hasta que le dieron el alta con el traslado a una dependencia penitenciaria. El juzgado determinó que fuera directamente al pabellón psiquiátrico de Ezeiza para su respectiva evaluación. Los medios de comunicación por aquellos días, lo llamaban “el loco de Caballito”.

A la brevedad apareció Ernesto en la pequeña oficina del SEDE, un hombre alto, flaco y bastante desmejorado. Se sentó frente a nosotros y empezó a mover bastante los brazos y piernas insistentemente.

-Hola- dijo Paula –Nosotros somos profesionales civiles de la salud mental ¿Sabe dónde está?

-Por favor necesito medicación urgente porque no puedo dormir, solamente dormí anoche y esta mañana ya no puedo

-Claro, es que durmió desde las once de la noche, toda la noche, es lógico.

-Sí, pero necesito dormir para no pensar. Denme más medicación urgente.

-¿Por qué no quiere pensar?

-Denme medicación, por favor, estoy muy nervioso

-Bueno tranquilo ¿Sabés algo de tu causa? ¿Sabés dónde estás? –dijo Pablo

⁶⁸ Siempre que se haga referencia en las páginas a la figura de la “víctima”, se hará exclusivamente en el sentido atribuido por el derecho penal a aquellos sujetos que se postulan o aparecen como puntual y concretamente ofendidos por hechos delictivos (Vázquez Rossi 1997).

-Yo me guío por las cosas que leo, y quiero preguntarles algo porque tengo el cuerpo todo escollado, les muestro.

Ernesto se paró rápidamente de la silla y se aproximó a nosotras, las tres mujeres que estábamos ese día en la evaluación (Paula, Florencia y yo), se ubicó a pocos centímetros de nuestras cabezas y comenzó a bajarse los pantalones.

-Siéntese por favor, no necesitamos que nos muestre nada. Luego vamos a hacer una interconsulta con un clínico para lo que revise esta tarde o mañana.

-Ernesto ¿Sabés algo de tu causa? ¿Sabés dónde estás y qué haces acá? – preguntó nuevamente Pablo.

-Sé que estoy en una cárcel, me doy cuenta por las cosas que leo. Solamente eso, no sé qué hago acá, no me acuerdo de nada.

-¿Alguien te dijo algo?

-No sé qué hago acá, yo tendría que estar trabajando. No me acuerdo de nada ¿Vos sabés algo?

-Bueno, aparentemente, te vieron hace un mes en un bar con una mujer. Ella falleció de siete puñaladas y los testigos te señalaron como el agresor ¿Te suena algo? ¿Te imaginás de qué mujer estamos hablando o te acordás de haber estado con ella en ese bar?

-Mi abogada me dijo que soy inimputable

-Bien ¿Y qué más te dijo tu abogada?

-Que maté a alguien pero no me acuerdo de nada ¿Qué va a pasar conmigo? Me siento muy mal, alguien que me ayude, me duele todo, quiero caminar, me quiero cortar las uñas, necesito medicación para descansar—se esconde la cabeza entre los brazos y suspira.

-Bueno –dice Florencia- Vamos a empezar por tranquilizarnos un poco. Nosotros somos profesionales civiles de salud mental, después podemos ponerte en contacto con tu abogada para que sepas más de tu causa. Vamos a hacer unas preguntas de rutina ¿Te acordás de tu nombre, tu edad y dónde vivías?

-Yo era taxista, antes tuve otros trabajos pero los perdí

-¿Sabés por qué los perdiste?

-Era muy impulsivo, sé que necesitaba ayuda, durante muchos años consumí cocaína con una ex novia.

La entrevista estuvo guiada por momentos de mucha confusión y frases desordenadas. Ernesto se paraba y se sentaba permanentemente, se acercaba

nuevamente hacia donde estábamos sentadas las mujeres para mostrarnos (con mucha insistencia) una cicatriz en el pecho que unía sus axilas, aquella por la que casi muere en el intento de suicidio que sucedió el apuñalamiento de aquella mujer, novia de su adolescencia a quien, según dijo esa mañana, “amaba con locura”. Ante las preguntas del equipo de evaluación, respondía siempre a medias, entre el recuerdo y el olvido, hasta que finalmente reconoció saber que estaba en una cárcel, y tener bastante miedo sobre su futuro. Cuando se reintegró a la celda fue un alivio colectivo, y una extensa conversación acerca del contenido que se volcaría en el primer informe.

-Bueno –dijo Paula -creo que tenemos claro que se acuerda de todo y que no tiene criterio para estar acá. Vamos a evaluarlo durante unos días para descartar riesgo de suicidio, después que vean los del Servicio donde lo ponen.

-Es un simulador ¿Alguien sabe algo de la abogada?

-Hablé ayer con ella –dice Pablo- la verdad es que este no es el contexto más propicio para ganar una inimputabilidad por femicidio.

-Igual es imposible que se la den, se nota que se acuerda de todo y están tratando de que parezca un cuadro de emoción violenta pero el tipo fue armado al bar, la apuñaló con un cuchillo que tenía su nombre, no tiene chance –dice Florencia.

-Tema aparte como se puso con ustedes- Dijo Pablo en relación a los acercamientos constantes hacia las mujeres durante la entrevista. Es un hijo de puta, no le importa nada.

Ernesto estuvo en evaluación varios días en los que se llevaron a cabo numerosas entrevistas con el equipo profesional del SEDE. Como vimos en el capítulo anterior, la celda de ese Servicio cuenta con espacio para tres personas, y aquellos que están por delitos de agresión sexual no deben compartir espacios con otros. Razón por la que fue llevado a una de las celdas individuales de planta baja con medida de resguardo, “para que nadie le haga daño”, estas celdas permanecen siempre cerradas y con vigilancia constante. Una de esas tardes estábamos el SEDE esperando la llegada de del paciente, ese día estaban Estela y Carolina, psiquiatra y trabajadora social (respectivamente) del equipo de evaluación. Los profesionales del PRISMA tenían prisa por cerrar el informe, habían realizado muchas entrevistas y consideraban que era momento de tomar una decisión sobre su admisión.

Entró Ernesto acompañado de dos agentes penitenciarios, estaba más desmejorado que la semana anterior, mucho más delgado, los ojos sumamente irritados

y tenía nuevas heridas en los brazos. Saludó a todos los presentes, se sentó y colocó sus manos al costado de la cabeza con gesto de desesperación.

-Yo no entiendo qué va a pasar conmigo, estoy muy triste y durmiendo mucho porque no quiero pensar en nada.

-¿En qué no querés pensar? –pregunta Estela

-Me vi en la tele, salió mi foto, la de Gabi, están llamando a mi familia para insultarlos, decirles ‘asesinos’, y ellos no tienen nada que ver.

-Bueno, ¿te acordás al final de lo que pasó?

-No me acuerdo de nada, ya les dije, por ahí fue algo del momento

-Bueno pero a vos te vieron con un arma

-No me acuerdo de nada

-Si llevabas un arma con vos, es porque había una mala intención de por medio.

-Tal vez quería hacerme daño a mí mismo

-Si, por eso. Matar es una mala intención, sea con vos o con otros Porque si vos estabas llevando un arma, en este caso un cuchillo, era porque potencialmente tenías pensado hacer algo, no es común andar con un cuchillo por ahí. No hay que naturalizar la violencia ¿Te acordás del bar?

-No, no me acuerdo

-¿Al menos de dónde quedaba?

-No tengo idea

-¿Y por qué la citaste a ella? ¿Eras muy celoso vos?

Alejando ya no quería responder más, sollozaba, se agarraba la cabeza, decía que estaba muy angustiado. Los profesionales decidieron dejar que se reintegre a la sala de alojamiento y cerrar el informe.

-Este es el típico caso que el Servicio se quiere sacar de encima, como los feminicidas generan mucho revuelo, lo mandan acá –dice Estela con bastante irritación.

-Cualquiera se da cuenta que está mintiendo –agrega Carolina– A mí lo que más me llamó la atención es que no tiene angustia de ningún tipo. Solamente está preocupado por su causa. Es un hijo de puta.

Ernesto estuvo durante varios días en instancia de admisión. Instancia que implica una concatenación de entrevistas con el equipo de evaluación del Programa, el confinamiento en un espacio reducido y solitario de forma permanente, la administración de medicación psiquiátrica, entre otras prácticas típicas del universo de internaciones psiquiátricas. Los profesionales estuvieron convencidos desde el primer

día que se trataba de un caso de simulación y tenían intenciones de solicitar al Servicio su traslado a otra dependencia penitenciaria. Hemos visto que en la forma de abordar la situación de entrevista y en las discusiones posteriores, los profesionales no se limitan a los criterios disciplinarios expertos, sino que incorporan aspectos emocionales y valorativos, sentimientos que preponderan sobre los saberes “psi”, clínicos y meramente profesionales: “no tiene culpa”, “es un hijo de puta”, “quiere zafar de su causa fingiendo locura”. Si bien existe un discurso claro acerca de la irrelevancia de las causas penales con sus pacientes, he notado cómo estas repercuten en la elasticidad y rigidez de las admisiones. Cuando se trata de casos mediáticos o causas de mayor sensibilidad (femicidio, violación, infanticidio etc.), los profesionales se muestran más inclementes y exponen una mayor desconfianza respecto del discurso y expresividad del paciente. En esos casos suelen tener en cuenta, incluso, las expresiones que utilizan en los informes para evitar favorecerlos en sus causas. Aunque se trate de personas vulnerables dentro del contexto penitenciario por el estigma que produce la carátula del delito, sepan que puedan tener grandes dificultades para sobrevivir en la cárcel, y dispongan de alojamiento; se inclinan por una mayor rigidez en el diagnóstico y los criterios de admisión. Razones que, en otros casos, son contempladas por los profesionales para flexibilizar los criterios de la evaluación y responder a la demanda de tratamiento de un paciente que no cumple con el conjunto de criterios estipulados. Eso se refleja en la predisposición que tienen durante las evaluaciones, la búsqueda constante del remordimiento, y la imputación moral siempre presente: “es un hijo de puta”, “no puedo creer que no tenga arrepentimiento ni conexión emocional con lo que hizo”. El delito, la causa penal, también interviene en la situación de admisión dentro del PRISMA.

En algunos de estos casos, el Programa se vio en la obligación de admitir, aún con resistencia, a pacientes que estaban por fuera de sus criterios, como fue el caso de Ernesto. Incluso, debió aceptar por varios días la presencia de un detenido (sin criterio clínico) que demandó al Servicio Penitenciario por torturas, y que corría riesgo de vida en todos los establecimientos del organismo. En ese caso, la presión no provino únicamente del SPF, sino que estuvo acompañada de otras instituciones públicas y civiles de derechos humanos: como el Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa", Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Procuración Penitenciaria de la Nación (PPN), entre otros. La preocupación más grande del equipo profesional era, principalmente, la forma en la que el PRISMA perdía potestad sobre su población, al tiempo que consideraba que no tenía suficiente

capacidad de eclosionar un posible ataque proveniente del Servicio que podía sufrir el detenido. En una reunión de equipo al respecto, la coordinadora afirmaba:

Esta situación para nosotros es un problema, por varios motivos. En primer lugar, Carlos no tiene criterio para estar acá y está desde hace un tiempo en guerra con el Servicio. Hay que sacarlo porque es un peligro. Por otro lado está nuestra autoridad, que nos enteremos por casualidad que ingresa un paciente sin pasar por el SEDE y derivado por un conjunto de organizaciones no corresponde. Carlos estuvo acá dos días y en esos dos días ya rompió todo. No es fácil contenerlo y no es seguro para él que recurramos al Servicio Penitenciario, como hacemos con otros pacientes. Hay que sacarlo y tenemos que sugerir de hecho que lo saquen de cualquier dependencia del SPF porque va a ser lo mismo, hay que mandarlo a un lugar donde pueda estar resguardado.

Debe reconocerse que la relación entre el PRISMA y el SPF se encuentra también vinculada a cambios y decisiones políticas de mayor envergadura que repercuten sobre los resultados de las instancias de admisión. El cambio de gestión de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario en el año 2013, con la renuncia del Dr. Víctor Hortel⁶⁹ y su reemplazo por el Dr. Alejandro Marambio, es fundamental para comprender un viraje en las relaciones de fuerza que colocaron al Programa civil en una relación de mayor subordinación y pérdida paulatina de poder de decisión y negociación frente al Servicio. Al respecto, Paula sostenía:

Nosotros siempre recordamos la época de Hortel porque hay de verdad había una intención honesta de hacer de este lugar un hospital. Él nos dio autoridad sobre el Servicio para tomar decisiones, incluso, Irina entrevistó a las autoridades penitenciarias que serían destinadas acá. Era otra cosa,

⁶⁹ Víctor Hortel, abogado penalista, estuvo a cargo de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario entre los años 2011 y el 2013. Su gestión representó un cambio en el abordaje de la cuestión penitenciaria, generando un punto de inflexión en la política implementada. En dos años de gestión ordenó que los abogados contratados por el SPF no intervinieran en la defensa de penitenciaros acusados por torturas y malos tratos (evidenciando que la institución ya no ampara la tortura), dispuso que los presos por delitos de lesa humanidad fueran trasladados a pabellones de presos comunes (perdiendo así los beneficios y generando un enorme conflicto al interior del Servicio), abrió mesas de diálogo con familiares de detenidos y organismos de la sociedad civil con el propósito de modificar los protocolos institucionales respetando los DDHH, habilitó la formación de un sindicato de presos, el Sindicato Único de Trabajadores Privados de Libertad Ambulatoria (SUTPLA) bajo la CTA de Hugo Yasky, retomó el Centro Universitario de Devoto a su pabellón de origen, luego de que fuera intervenido y diezmado a partir de una investigación judicial durante la gestión anterior, aumentó las plazas laborales y educativas, entre otras.

Con la “fuga” de trece detenidos del Complejo Penitenciario de Ezeiza, Hortel presentó la renuncia y fue curiosamente sucedido por Alejandro Marambio (también civil), un ex Director que se vio forzado a dejar el cargo en el 2011 por graves denuncias de torturas y malos tratos. En la actualidad el Dr. Emiliano Blanco está a cargo de la Dirección Nacional. Las dos últimas gestiones representaron el retorno a las habituales prácticas penitenciarias y un paulatino repliegue de las medidas de promoción cultural, social y educativa.

realmente creía en la importancia de una intervención civil y de dejar las decisiones en manos profesionales.

En función de estos cambios, también se redefinen lógicas de funcionamiento del pabellón psiquiátrico, haciendo evidente que las instituciones totales son sumamente porosas (Das y Poole, 2004), y que se encuentran atravesadas por procesos políticos de gran amplitud que repercuten en las prácticas profesionales.

En relación a las formas en las que se produce a los pacientes-internos como objeto de intervención institucional, es que podemos situarnos en los límites de los estudios clásicos, especialmente la perspectiva del control social. Este corpus académico tiene gran trayectoria como se especifica en la introducción, y está centrado las lógicas de poder y normalización que operan sobre estas personas, degradando sus subjetividades. Sostienen que esta población es clasificada por un saber-poder (Foucault, 1969) encarnado por la psiquiatría forense que determina su ‘enfermedad mental’ en función de conductas que violan “ciertas normas éticas, políticas y sociales” (Szasz, 1970); y además produce una medicalización del delito y patologización del delincuente, en términos de peligrosidad⁷⁰ y enajenación. Se provee de clasificaciones, prácticas y discursos que sostienen una intervención estatal normalizadora de la conducta humana, basada en la ‘peligrosidad’ como categoría clasificatoria para ‘seleccionar’ la desviación en función de múltiples respuestas disciplinarias (Foucault, 2010; Vezzetti, 1985; De Leonardis, 1985; Pavarini y Betti, 1984; Pitch, 1999; Sozzo, 1999); configurando una identidad híbrida: el ‘loco-delincuente’ (Sozzo, 1999), sujeto de instancias institucionales específicas. Al respecto, mi presencia durante las entrevistas de admisión y las posteriores discusiones en la sala de profesionales, me ha permitido posicionarme en los quiebres y las tensiones que tienen lugar dentro de estos dispositivos de control social. Estas páginas se proponen evidenciar que el paciente-interno no es un mero efecto institucional, ni puede definirse únicamente por las categorías ‘psi’ que le son asignadas. Por el contrario y retomando estudios etnográficos dentro del ámbito psiquiátrico (Mantilla, 2008 y 2010), se llega a ser paciente-interno a través de un proceso en el que intervienen discursos médico-psiquiátricos y criterios penitenciarios. La relación pendular entre el Servicio Penitenciario y el PRISMA en relación al poder de gestión de cada uno de ellos sobre el pabellón psiquiátrico ocupa un

⁷⁰ La peligrosidad de la persona es evaluada en función no de criterios individuales ni de procesos interactivos, sino en función de su categoría social dentro de un discurso capaz de determinar la libertad o detención de una persona mediante un poder provisto por una institución judicial y otra científica.

lugar fundamental, también lo hacen jerarquías propias del universo penitenciario que estigmatiza delitos específicos.

La demanda del SPF ante la dificultad de alojar algunos perfiles de detenidos, la escasez de dispositivos penitenciarios para asistir demandas generales de salud mental, la relación específica que genera el cuerpo profesional con el paciente a evaluar en términos de empatía o rechazo; dan lugar al escenario cotidiano donde se determina la decisión de admisión. Los valores operan como organizadores de criterios “psi” haciendo del pabellón psiquiátrico un lugar que no solamente está vinculado con características psicopatológicas de las personas, sino también con cualidades que hacen al “merecimiento”, el derecho de estar ahí. En las escenas del SEDE, vemos como el sufrimiento del paciente se inscribe dentro de una política en la cual su padecimiento es el quien da derecho, a título de la enfermedad (justificación del tratamiento) o del sufrimiento (apelando a la compasión) o de exposición al peligro (apelando a la legitimación de algunas prácticas de auto preservación por parte de los profesionales o al pedido de intervención del SPF).

Por otro lado, se observa la forma en que las clasificaciones psiquiátricas y delictivas se pliegan en los criterios de evaluación, dando cuenta de las tensiones que se producen dentro del contexto institucional encargado de definir a sus sujetos de intervención. Admitir o no admitir se resuelve a través de un saber práctico, situacional y contextual, como concluye Mantilla (2009, 2011) en el estudio etnográfico de las internaciones psiquiátricas.

Hemos visto cómo se producen identidades institucionales en el contexto de la entrevista de admisión que realiza el Programa, y la vinculación con el Servicio Penitenciario Federal para determinar la incorporación de pacientes al dispositivo de tratamiento del PRISMA, resta preguntarnos por la configuración identitaria de los pacientes-internos dentro de sus ámbitos de sociabilidad, ¿cómo interpretan su paso por el pabellón psiquiátrico? ¿Qué clasificaciones intragrupo construyen? ¿Cómo operan entre ellos los discursos profesionales y penitenciarios?

2. Los pacientes-internos, más allá de las taxonomías institucionales

Como vimos en el apartado anterior, la producción del paciente-interno dentro del Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) está inserta en la tensión entre los abordajes penitenciarios y psiquiátrico terapéuticos, en la medida que

incorpora de manera conflictiva criterios figuras identitarias entre “el loco” y “el delincuente”. A pesar de que la asignación de responsabilidades y autoridades defina al PRISMA como el decisor de los pacientes alojados, vemos como la lógica de esta institución permea permanentemente criterios meramente penitenciarios. El Servicio Penitenciario Federal participa de las admisiones, disponiendo derivaciones al pabellón, independientemente de los dictámenes que realiza el equipo de profesionales civiles.

La figura del refugiado aparece, en las argumentaciones de los actores institucionales, como la evidencia de la disputa institucional. Como reflejo de los desfases entre la cárcel y el hospital, aparecen los problemas para diferenciar al “loco” del “delincuente”, mostrando existe una perspectiva nativa asentada que define al loco y al delincuente, la cárcel y el hospital, como entidades puras e irreconciliables (Douglas, 2007). El refugiado es, entonces, aquel “delincuente que jugó bien sus cartas con el PRISMA” mostrándose sufriente y vulnerable para los agentes penitenciarios; pero es también “el delincuente que se quiere sacar de encima otra unidad del SPF, un descarte” como sostienen los profesionales civiles. Sobre esta figura se disputan las imágenes de cárcel y hospital dentro del SEDE, pero ahora veremos cómo operan al interior de la población alojada, en las salas donde viven los pacientes-internos.

2.1. “El Bautismo” entre la ceremonia y el espectáculo: prácticas rituales en el ingreso de pacientes-internos dentro del PRISMA

Durante los meses de mi trabajo de campo, mantuve fluidas conversaciones con pacientes-internos, penitenciarios y profesionales del Programa acerca de las prácticas dentro de las salas de alojamiento frente a nuevas incorporaciones. Sabiendo que cada una de ellas tiene su jerarquía y su ordenamiento interno, como muestra el capítulo anterior, cada nuevo ingreso podría suponer una amenaza a quienes detentan el poder de coacción y liderazgo frente a sus pares. Una vez escuché a Facundo hablar con Javier, el coordinador del taller de radio sobre un nuevo paciente ingresado en la planta baja, “el nuevito”.

Bueno este pibe, Lucho, entró la semana pasada. Se hace el primario⁷¹ pero no habla como primario, yo no le creo, tiene bastante claro como es el temita de la cárcel. De todos modos, y como para que vaya sabiendo cómo viene la mano acá, con Nico ya le hicimos el bautismo; lo atamos de pies y manos y lo dejamos en el fondo de la sala un rato largo, ahí no llegan las

⁷¹ Se denomina primario al interno penitenciario que se encuentra llevando a cabo su primera detención.

cámaras de seguridad. Se asustó bastante pero fue necesario, tenía que saber cómo eran las cosas acá, estábamos hablando de algo personal con Nico y él se quedaba ahí mirando y escuchando todo, había que poner límites y ver también cómo reacciona, loco no está, debe estar acá por drogas.

Javier se agarró la cabeza y lo miró con gesto de desaprobación, pero no dijo nada más. En ese instante empezaron a llegar otros pacientes-internos y Pamela, una psicóloga que acompañaba muchas veces el taller. En nuestras conversaciones privadas, muchos comentaron que era común que “se le haga un bautismo al nuevo”. No hay una única versión acerca de esta práctica, sino que conviven varias de manera complementaria o contradictoria. En todas ellas, se trata de una práctica sumamente normada, con fronteras y participantes claramente definidos y con una temporalidad particular.

En la versión más extendida, se espera la llegada de la noche donde el tránsito del pabellón psiquiátrico es más tranquilo, quedan del PRISMA únicamente los profesionales de guardia (un total de tres personas), y el personal del Servicio Penitenciario. De acuerdo con sus relatos, antes del horario en el que deben confinarse a sus celdas individuales se reúnen todos los detenidos en el centro de la sala. Hay en este ‘bautismo’ un carácter espectacular indudable. El ‘nuevo’ es tomado por sorpresa por los internos que ejercen liderazgo dentro de la sala (por lo general no son más de tres personas por planta), se le coloca una mordaza y es atado de pies y manos con algo de brutalidad. Suele ser arrastrado hasta el fondo de la sala, con el propósito de depositarlo en un rincón no monitoreado por las cámaras de seguridad (lo que ellos denominan “el punto muerto de la vigilancia”). El resto de los concurrentes acompaña dicho desplazamiento, les es permitido emitir algunos insultos, ofensas o disponer de un golpe leve. Una vez en el suelo empiezan algunos golpes (enfatan que “nunca son muchos”) o insultos que ahora solo pueden provenir de aquellas personas con mayor poder dentro del pabellón, lo que en términos nativos es definido por “los capos del pabellón”, quienes están a cargo del procedimiento. Finalmente, luego de dejarlo un rato atado y amordazado en soledad, es desatado y dejado en el centro de la sala. A partir de ese momento, se da por finalizado el nuevo ingreso, y la rutina de la sala es recuperada de inmediato, hasta que los agentes penitenciarios ingresan en la sala para engomar a todos los pacientes en sus celdas hasta el día siguiente.

La antropología ha sido un terreno fértil de elaboraciones sobre el análisis de prácticas rituales y ceremoniales, dando lugar a categorías analíticas que permiten

pensar a este “bautismo” como una práctica ritual y normativa. Principalmente, Víctor Turner, para quien las celebraciones rituales podían ser pensadas como fases específicas de procesos sociales más amplios, por los que los grupos e individuos comienzan a ajustarse a cambios internos, y a adaptarse a su entorno. El símbolo ritual se convierte, entonces, en un factor de la acción social, una fuerza positiva en un campo de actividad (1980:22). Es para ellos, la primera instancia de socialización con sus compañeros del pabellón.

El principal tema del ritual de ingreso es la prevención de conflictos relacionados con las relaciones de poder entre internos. Todo ingreso supone la amenaza de un reacomodamiento, un conflictos de intereses. Por lo tanto, el principal objetivo de esta práctica tiene que ver con el adiestramiento del ingresante, su ubicación dentro de la estructura presente de relaciones. El relato de Facundo sobre “el nuevito” como necesidad de “poner límites y ver cómo reacciona” moviliza símbolos rituales se refieren a lo que es normativo dentro de sus espacios, general y característico del ámbito que comparten, destacando su importancia como práctica de dominación y control social (Bloch, 1989). Desde los trabajos de Bloch (1992) y Álvarez (2001) sobre rituales funerarios podemos pensar la vinculación de estas prácticas con la persistencia de una ideología jerárquica que privilegia una “lógica masculina agresiva” (Álvarez 2001:49-73). En la administración de golpes y el requerimiento de tolerarlos tienen lugar directrices heteronormativas ligadas a la relación entre la masculinidad, el poder y la capacidad de acción violenta en tanto generadora de *respeto*.

Para Turner (1980: 50) existen rituales situados cerca del vértice de toda la jerarquía de instituciones reparadoras y reguladoras que corrigen las desviaciones de la conducta prescrita por la costumbre; otros previenen desviaciones y conflictos. El ritual de ingreso pertenecería a este segundo grupo, donde el elemento central es el ingresante. Handelman (1997) y Da Matta (2002) han brindado elementos interesantes para analizar las formas en las que estos rituales funcionan como espectáculos con propósitos y objetivos concretos, en este caso disciplinar al ingresante.

Como fue mencionado anteriormente y tomando elementos de la estructura de los rituales elaborada por Da Matta (2002), “el bautismo” puede pensarse como una práctica ritual porque que representa una interrupción en la vida cotidiana dentro de la sala, una temporalidad particular. Se trata de trata de un procedimiento estructurado con fronteras claras (la sala de alojamiento), con encargados selectos de llevar a cabo el procedimiento (internos con liderazgo y sus compañeros de ‘rancho’), con la

participación del conjunto de la población de modo prácticamente indiferenciado (pacientes-internos alojados en dicha sala), y los actores excluidos (los internos que se encuentran en celdas de resguardo, el personal penitenciario y los profesionales del PRISMA).

Es importante mencionar que esta práctica representa un momento en el que los conflictos que puedan existir entre ellos son puestos en suspensión, realizando su carácter episódico y excepcional. Nunca se producen agresiones de otro tipo, ajustes de cuentas o peleas durante ‘el bautismo’ de un ingresante. El procedimiento que se realiza en las salas de alojamiento implica un evento diferenciado, un contexto extraordinario separado de su cotidianeidad. A su vez, encierra una lógica interna de funcionamiento independiente de los individuos concretos que las llevan a cabo, quienes afirman que “siempre se hizo de esta manera, es como un bautismo para los que no saben cómo es una cárcel”. En el análisis de dicha práctica puede verse cómo las jerarquías están delimitadas y se fortalecen en el propio proceso ritual.

Podríamos pensar este ritual de ingreso como una performance en el sentido que ha utilizado Goffman (1971: 157-216), participantes que ponen en funcionamiento un enorme aparato de indagación de información, expectativas, decisiones, prácticas defensivas y protectivas al servicio de su presentación ante los demás. El ritual de ingreso asume sin lugar a dudas una dimensión que interroga a quien se le aplica, se “testea un poco” al que ingresa, a ver “si está realmente loco”, “si es retrasado, si tiene que estar acá o si es un refugiado”, como argumentaban muchos. Por medio de estas prácticas rituales se conmemoran roles, relaciones e identidades etc. El ingreso, es un proceso pautado en el tiempo, cuyas unidades son objetos simbólicos y aspectos serializados de la conducta simbólica. Las múltiples versiones sobre este procedimiento muestran matices, y algunas excepciones; pero suelen tener una estructura común en las narrativas de quienes los relatan. El diagnóstico psiquiátrico aplicado por el equipo profesional es testado por sus nuevos compañeros de pabellón, del mismo modo que se indagan la cercanía de estas personas con las prácticas asociadas a la cárcel: “qué tan acostumbrados están a la lógica tumbera y qué capacidades tienen para darse cuenta como viene la mano, quien manda”. Es sumamente reglado, al punto que las resistencias son mal vistas y ameritan un “punitivo”, como puede verse en las palabras de Mariano:

Cuando entré fue todo un tema. Yo siempre creí que la cárcel el pozo de la sociedad, donde estaba lo peor de lo peor. Tuve un problema y terminé acá. Hoy estoy preso también de mis palabras. La cárcel es un lugar pantanoso,

como mi mujer es policía y tenía miedo que se enteren, yo no hablaba con nadie. No sabía cómo actuar y parece que los miraba mucho. El segundo día me ataron de pies y manos, me dijeron que era un buche y muchas otras cosas, me llevaron al fondo de la sala. La pasé terrible. La cosa empeoró después porque estaba tan caliente, porque no me dejó forrear por nadie, que agarré una lapicera y se la clavé a un chico en la cara. Parece que ese chico tiene un retraso, me la cobraron cara. Me ataron de pies y manos otra vez pero me dejaron en la puerta de la sala para que los cobanis me vengán a buscar. Desde entonces, estoy en la planta alta, me tuvieron que cambiar de alojamiento.

Por último, y lo que resulta más interesante para entender el lugar que ocupan dentro de este pabellón psiquiátrico, es que en las prácticas rituales es imposible generar interpretaciones sedimentadas o concepciones estáticas sobre la estructura social. La práctica ritual en sí misma lleva consigo la posibilidad de cambio y alteración. Los rituales tienen lugar de modo sumamente normado, pero nunca se llevan a cabo de modo idéntico. Es así que dentro de las salas del PRISMA, estos rituales que buscan generar efectos normativos y disciplinadores en los ingresantes a través de demostraciones flagrantes de masculinidad (Álvarez, 2001), muchas veces dan nacimiento a nuevos liderazgos, desplazamientos de autoridad entre pacientes-internos, lo que supone cambios profundos en la estructura de las relaciones entre los actores dentro de este mundo social, un mundo en constante devenir. Lo que aquí resulta relevante es que es un ritual que opera sobre la lógica de la disputa institucional, incorpora las clasificaciones de ambos ordenamientos y los hace funcionar de una manera propia, al servicio del funcionamiento del grupo, el ordenamiento jerárquico.

2.2. El día a día

Si bien el “bautismo” como ritual de ingreso permite la primera adjudicación de etiquetas (Becker, 2009: 21), la construcción identitaria de los pacientes-internos es un proceso inacabado y constante. Como afirman estudios antropológicos clásicos, no hay construcciones identitarias permanentes ni completas, la identidad es relacional (Leach, 1976: 45-49) y contingente (Sahlins, 1997: 12-13).

A pesar de que las instituciones se inscriben en las prácticas de los individuos organizando formas de hacer y pensar, suministrando categorías del pensamiento, fijando condiciones del autoconocimiento y estableciendo identidades (Douglas, 1986), es objetivo de esta tesis dar cuenta de los recursos que las personas tienen para operar sobre esas condiciones, al tiempo que los procesos de estructuración y disciplinamiento

nunca son exhaustivos ni definitivos.

Por las características híbridas de la institución bajo estudio, vemos que las representaciones sobre sí mismos de los sujetos están ancladas en las grietas entre el dispositivo terapéutico-asistencial y el penitenciario. Al igual que los actores institucionales, hay en el discurso de los pacientes-internos una concepción estereotipada del “loco” y del “preso”, con la particularidad que en el transcurso de su cotidianidad, genera múltiples desplazamientos entre ambas. La mayoría de los pacientes-internos suelen referirse a sí mismos como “presos” o como “delincuentes”, suelen considerar que llegaron al PRISMA “porque tienen algunos problemas pero saben que es un hospital, y que hay gente verdaderamente enferma”. Esto implica una primera separación de consideraciones psiquiátricas y pone en juego la imagen más recurrente de la locura entre los pacientes-internos: “el loco de verdad es que él se le cae la baba, el tipo con el que no se puede hablar porque no entiende nada”. El PRISMA para ellos representa otra cosa, no es exclusivamente el lugar de “locura”, sino una “oportunidad para poder trabajar cosas de su personalidad que lo llevaron a vivir del delito”, o “la posibilidad de acceder a un tratamiento, de sentirse querido”. Ahora bien, en este pabellón psiquiátrico, esa distinción intragrupo también actúa como una imputación moral sobre muchos de los alojados: “son unos refugiados”, “se hacen los locos”, “no merecen estar acá”.

Facundo llegó al pabellón psiquiátrico por derivación judicial. Estaba en una celda de una comisaría de Caballito aguardando su traslado a un establecimiento penitenciario del ámbito federal. Era su segunda detención, otra vez por robo y durante el plazo de su libertad condicional. Según relató en varias oportunidades, estaba muy deprimido, había vuelto a la vida que había jurado abandonar. Gritaba en la celda y nadie le respondía, habían pasado más de doce horas de su detención y no tenía idea sobre su causa, le resultó muy extraño.

No estaba drogado en ese momento pero venía de una época de muchísimo consumo, estaba pasado y hacía diez días que no dormía. Cuando vi que habían pasado más de trece horas sin noticias me empecé a poner muy nervioso y muy agresivo. Como andaba con líos con un tipo por drogas tenía una faca entre mi ropa, me imaginé que habían revisado bien pero no, estaba ahí. Me corté muy feo las muñecas a la altura de las venas, empezó a salir mucha sangre, gritaba y nadie me daba bola. Yo le dije al rato –se te va a pudrir todo- después me desmayé. La verdad es que no se si quería morir, hacerme mal o traerle un problema a los canas. Me llevaron al Hospital Durand, cuando me quisieron devolver a la comisaría ellos no me aceptaron

así que me quedé ahí hasta que la secretaria del juzgado me llamó y me habló del PRISMA. Al principio pensé que era como la vieja 20⁷² y me quería matar, pero estaba como para ir a cualquier lado. Estuve en el SEDE tres días y veía unas caras que no lo podía creer, gritos por todos lados, parecía una película de terror. Los profesionales se dieron cuenta que yo tenía una demanda de tratamiento muy grande, trastorno de personalidad, una adicción muy fuerte y me admitieron. Después me pasaron a la sala y la cosa se puso más fea, estaba muy picante cuando llegué, me obligaron a pelear con un retrasado que, pobre, tiene mucha fuerza pero en la cabeza de un nene. Hoy somos amigos, no dejo que abusen así de él. También me impresionaban mucho los locos, los gritos, no lo soportaba. Me dio miedo al principio, me habían prometido que era un lugar tranquilo y era un típico pabellón de cárcel, un vago que tenía esclavos que le cocinaban y le hacían masajes. Con el tiempo fui peleando por lo que quería, yo no tumbeo de entrada pero no me dejo tumbeo. A mí me dijeron que esto era un hospital, ok, esas cosas no voy a dejar que se hagan.

La historia de Facundo es parecida a la de muchos pacientes-internos del pabellón psiquiátrico. Algunos, de hecho, reconocen haberse generado lesiones para que los trasladen al PRISMA porque ya tenían algunas referencias de cómo era el lugar, por la información que circula en el ámbito carcelario. La mayoría se autodefine como “preso” o “delincuente” y rápidamente se diferencia de la imagen más estereotipada que tienen del “loco”. Sin embargo, asumen que están dentro del dispositivo porque lo necesitan, porque tienen problemas que recién allí pudieron identificar y comprender: “sé que tengo problemas mentales, pero no estoy loco”. Es muy común que cuenten su vínculo con el Programa como un proceso que arranca desde el rechazo, hasta valorar mucho el lugar donde están. En esa transformación, también se producen como pacientes-internos, ya dispuestos a ser interpelados permanentemente por los profesionales, controlados, tratados terapéuticamente, medicados etc. Una vez, Juan Ignacio, un joven con bastantes detenciones y un diagnóstico de esquizofrenia me dijo:

Yo estoy acostumbrado a moverme solo, siempre estuve solo y mi familia era muy pobre. Mi viejo salía a afanar y me llevaba. Por como soy, lo primero que hice cuando llegué fue odiar el lugar y pedir que me lleven de nuevo al pabellón. Acá estaba lleno de locos, me quería ir a la mierda. Con el tiempo me di cuenta que es una oportunidad única ¿Cuándo en mi vida voy a volver a tener un psicólogo, un psiquiatra, gente que se preocupa por mí? Yo nunca tuve eso y estuve preso muchas veces. La cárcel es el umbral de la muerte. Esta es la oportunidad para salir de esta vida de mierda. Hay que valorar el lugar y el tratamiento.

⁷² En referencia a la Unidad N°20 del Hospital Borda antes de la primera intervención civil del 2007. Dicho establecimiento fue famoso por los abusos, las torturas y los excesivas administraciones de medicación psiquiátrica.

En algunos casos las categorías psiquiátricas tienen un rol en el ordenamiento de las relaciones entre pacientes-internos. En ocasiones, son apropiadas para deslegitimar a sus pares o compadecerlos, otras veces son excusas que utilizan para imponer la violencia dentro del pabellón y sentirse legitimado, como lo ilustran las siguientes citas.

Acá hay gente enferma, esto es un hospital. Por eso nosotros que somos el rancho alfa nos ocupamos de que se respete, acá no puedes hacer cualquier cosa, hay que respetar el tratamiento de los demás y, aunque joda, bancarse los gritos y las cosas que pasan en un hospital psiquiátrico. Si alguien se queja o arremete contra una persona que está teniendo una crisis nosotros ponemos orden. Acá no se puede hacer cualquier cosa. Suena mal pero es así (Facundo, 32 años, 9 meses dentro en el PRISMA, segunda vez detenido).

Yo dejé de ir al programa de radio porque está Facundo y no me lo trago. Yo tengo esquizofrenia paranoide y él es muy tumbero. Durante mucho tiempo me jugó con el miedo para que hiciera lo que él quería, lo logró hasta que me cansé. Por suerte me pasaron al primer piso y acá estoy más tranquilo. Pasan cosas pero es menos tumba (Juan, 30 años, 5 meses en el PRISMA, segunda vez en dicho pabellón, tercera vez detenido).

Sin embargo, dentro de estas categorías, el diagnóstico y los discursos ‘psi’ actúan también como operadores de perdón o castigo de esas condiciones.

A mí la verdad es que a veces me hace hervir la sangre que lleguen estos hijos de puta que mataron mujeres, acá se los llama ‘mataconchas’. Pero ahora que llegó Ernesto, que vi su caso por la tele, que lo esperaba con tanta bronca...le dije a mi trabajadora social que si lo ponía en mi planta lo sacaba atado. Ahora me doy cuenta que está re loco y que no lo puedo agredir. Esto es un hospital, me la tengo que bancar, hay que convivir con esa gente aunque no nos guste, eso es parte de estar en un lugar como éste, de reconocernos todos como parte de los mismo (Facundo, 32 años, 9 meses dentro en el PRISMA, segunda vez detenido).

La vida cotidiana de los pacientes-internos transcurre entre imágenes y narrativas sobre la cárcel y el hospital. Empiezan como un espejo de los discursos de los actores institucionales, reproduciendo aquellos discursos que hablan de la cárcel y del hospital psiquiátrico de manera fragmentaria. En el transcurrir de sus días ven como esas imágenes se encuentran y se movilizan, como se produce un pasaje en el que empiezan a reconocer que “son parte de los mismo”, que “tienen problemas mentales”, que sus “problemas mentales tienen que ver con el curso delictivo” de sus vidas. Hay desplazamientos entre estas identidades (psiquiátricas y delictivas), aún en pacientes inimputables que reconocen sus “enfermedades mentales”, pero que su tránsito por la cárcel también le dejó aprendizajes, formas de defenderse, códigos a respetar. Sin

hacerse necesariamente evidente en sus manifestaciones verbales, la vida dentro del pabellón permite la incorporación de concepciones y criterios vistos por ellos como “aprendizajes” o “herramientas”, así lo describe Ricardo:

Yo cargo con el mote de loco desde siempre, hasta fui un caso de estudio forense, me venían a ver a mí, muy divertido. Pero viví siempre en una cárcel, desde pibe, yo sé hacer de todo, me hice mi nombre en la jerga tumbera, aprendí que acá hay que saber cuándo quedarse en molde y cuando cagarse a trompadas, aprendí también que los motines eran importantes, había que estar a la cabeza siempre.

Vemos entonces que dentro del PRISMA se produce una convergencia sincretismo entre identidades psiquiátricas y delictivas, que incorpora y redefine aspectos de ambos discursos, matizando sus fronteras. Al igual que los ámbitos tradicionales de las cárceles, asumen la importancia de las clasificaciones y ordenamientos en relación con las causas penales, la experiencia dentro de ámbitos penitenciarios, la capacidad física de defensa y ataque, la relación con los “cobanis”; pero también se interroga acerca del equipo tratante, quiénes son, qué opinan de esa persona que les fue asignada, si valoran o no el tratamiento suministrado, si respeta a los profesionales civiles. Claro que esas combinaciones no son ni homogéneas ni armónicas, por el contrario sufren permanentes alteraciones y desplazamientos.

2.3. “Esos refugiados vienen a hacer acá lo que no pudieron hacer en el pabellón”

Como vimos en la producción de la identidad del “paciente” del PRISMA, el rasgo fundamental es la forma en la que define el tratamiento del equipo profesional, su disposición a ser interpelado a través del uso de la palabra, la colaboración con el equipo tratante asignado, siempre por el respeto y el agradecimiento. El proceso de socialización dentro del Programa se trató de un proceso que comenzó con la necesidad de separarse del estigma de la locura, hasta que la necesidad del tratamiento generó un lazo de solidaridad y de identidad común: “todos los que estamos acá, en última instancia, estamos por lo mismo”, decía un día Nicolás en el taller socioproductivo.

La otredad dentro de las salas, comienza a girar en torno a la figura del “refugiado”, y alrededor de ella se teje una economía moral que justifica todo tipo de excepciones, rejerarquizando valores y nociones éticas adecuadas a este universo social. Es decir, que en el día a día de los pacientes-internos alojados en el pabellón psiquiátrico de Ezeiza comienza a desdibujarse la estigmatización de la locura, porque

los valores y las nociones éticas que rigen este ámbito están principalmente vinculados a quienes “se aprovechan y se refugian dentro del PRISMA”. Esos “son los verdaderos cagones” me dijo una vez Sebastián. El refugiado, para los pacientes del PRISMA no es meramente una persona que no tiene criterio para estar en el pabellón, sino aquel que no respeta el tratamiento propio y ajeno, quien no aprecia el “enorme trabajo y compromiso” de los profesionales civiles, el que se aprovecha de los más débiles de la sala y, aún más grave, “viene a hacer acá lo que no se animó a hacer en otra parte del Complejo”. Sobre estas personas son admitidas expresiones de violencia que causan rechazo en general, como la delación frente al cuerpo de profesionales civiles en caso de que se aprovechen de ellos, el robo de medicación psiquiátrica, el cobro de protección (en algunos casos), entre los ejemplos más mencionados.

En una oportunidad Ezequiel vio a Nico robar algunos materiales del taller socioproductivo y decidió avisar a su coordinadora para evitar que ese objeto aparezca en una requisita o que lo use para lastimar a alguien. Él sabía que delatar a los compañeros frente a las autoridades institucionales es una práctica mal vista dentro de las instituciones penitenciarias. Sin embargo, en vistas del valor que tiene para ellos la relación con el cuerpo de profesionales civiles su accionar fue considerado adecuado.

Me la jugué en ese momento pero hay cosas que acá no puedes hacer, hay que valorar el lugar en el que estamos, es esfuerzo de ellos. Irma se rompe el alma para enseñarnos cosas, para que aprendamos oficios porque está pensando que en algún momento vamos a salir y no volver. Para afanarle a quienes te ayudan... no sé. Para eso volví a la cárcel común, ahí está bien. Acá no da.

Ezequiel no tuvo que dar explicaciones por lo que pasó esa mañana. Aún aquellos pacientes-internos que tienen mala relación con él entendieron su accionar como una muestra de respeto por el lugar que habitan, por el tratamiento y el PRISMA. Si para los agentes penitenciarios o profesionales civiles el “refugiado” o “caño” (Del Carlo, 2012) es aquel que no posee criterios clínicos para estar en un pabellón psiquiátrico, para los pacientes-internos es aquel que no respeta la autoridad del equipo civil, el tratamiento propio y ajeno. Claro que los contextos y las situaciones son fundamentales a la hora de movilizar este tipo de categorías clasificatorias, como se verá en el próximo capítulo.

Muchos pacientes-internos me han contado que lo primero que se hace con un ingresante es “la averiguación de referencias, tratar de ver quién lo conoce, dónde estuvo antes, porqué está preso, que se sabe de esa persona dentro de la cárcel, si está loco, qué dijo el equipo tratante”. Tras el recibimiento de sus compañeros de sala,

siempre recordado por los pacientes-internos como un momento traumático, se testea el comportamiento: qué hacen estas personas, cómo se relacionan con los profesionales, quién los atiende, cómo se llevan con ellos, de qué actividades participan, qué actitudes justifican estar en un pabellón psiquiátrico, cómo se vinculan con los penitenciarios, entre otras cosas. Al respecto, el Jefe de Seguridad del Servicio, Gerardo, me decía:

Cuando empezás a pasar mucho tiempo acá te das cuenta que todos los conflictos y los chismes que circulan tienen que ver con quién es quién. Esa es la pregunta central en este tipo de lugares. Ellos prestan mucha atención cuando entra alguien, quieren ver qué profesionales decidieron atenderlos, porque ellos también tienen concepciones acerca de estos profesionales. No son todos iguales, hay algunos que todos quieren tener, y otros que son considerados tontos o ingenuos. Hay mucho celo ahí también. Después tenés que sumarle la relación con nosotros, con el Servicio. Por ejemplo, si a ellos los ven hablando conmigo, o ven que yo como Jefe de Seguridad, voy personalmente a solucionar un tema con ellos ya se saben muy grosos y se agrandan. Andan diciendo ‘Ves que estoy re zarpado y por mi vienen los jefes’. Eso también dice un poco sobre quién es quién acá

En una oportunidad llegó a la planta baja Daniel, un paciente-interno que tuvo un paso muy conflictivo por el SEDE, generando repetidas situaciones de violencia con otros alojados y planteando una enorme resistencia a los profesionales del PRISMA. Su entrada a sala fue “agresiva”, de acuerdo a las opiniones de muchos de sus compañeros, rápidamente intentó hacerse de recursos materiales extorsionando, robando y amedrentando. Facundo se puso a averiguar “los antecedentes” de Daniel y supo que había estado detenido en varios lugares, que tenía un apodo “bien del mundo tumba” y era el “gato” de los pabellones. Es decir, era un “preso” sometido por otros “presos” en la cárcel común.

Yo lo veía que abusaba mucho de todo y me terminé calentando. Trato de escapar de la cárcel y viene este gil y no me deja, se pone a tumbear en la sala. Me puse a averiguar en lo que yo llamo ‘la farándula carcelaria’ y me encuentro con que era un gil, un sirviente de otros. Viene a hacer lavar los platos a los demás acá porque era el lavaplatos de todo un pabellón. Nada. Hablé con el equipo tratante y casi pudro todo. Y mientras, entre nosotros, me ocupé que no pueda hacerse el capo con nadie. Sé que está mal porque quise erradicar la tumbeada, tumbeando, pero hay que valorar donde estamos, no se pueden hacer estas cosas

A diferencia de los ámbitos donde priman los saberes expertos o profesionales del PRISMA y el SPF, entre pacientes-internos el “refugiado” está inmerso en una

cuestión donde códigos, discursos y moralidades se ponen en juego discrecionalmente dando cuenta, de manera vívida, su hibridación constitutiva.

Acostumbrados por su trayectoria institucional dentro de establecimientos penitenciarios distintos, entienden la presencia de códigos que relacionan con la vida en la cárcel, con el delito; pero siempre limitados por la adecuación a lo que consideran que debe ser un pabellón psiquiátrico. El respeto por el PRISMA, por los profesionales, por el tratamiento consideran que es sagrado y, por otro lado, aquellos que detentan posiciones de poder dentro del establecimiento tienen que tener una historia coherente dentro de la cárcel “No puedes ser un gato en el módulo y venir acá a ser el capo del pabellón”.

3. Recapitulación

En este capítulo se han abordado los distintos procesos de producción del paciente-interno dentro *del PRISMA*. En la articulación entre las lógicas penitenciarias y psiquiátrico-terapéuticas se inserta una disputa por la definición de aquellos que “deben” y “merecen” ser admitidos dentro del PRISMA. Disputa en la que intervienen todos los actores que forman parte de este universo social y que involucra y moviliza nociones acerca de lo que es “un hospital”, “una cárcel”, “un paciente” y un “delincuente”.

Para ello se ha interrogado etnográficamente la asignación de identidades institucionales dentro del SEDE y los procesos de socialización de estas personas una vez que son admitidos en el dispositivo y trasladados a una de las salas de alojamiento.

Los pacientes-internos del PRISMA están definidos por medio de saberes expertos que se presentan a sí mismos como “objetivos”, pero en el flujo cotidiano, no existe ámbito dentro del pabellón psiquiátrico que no esté en relación con definiciones propias de la institución penitenciaria y con valoraciones morales y afectivas que los actores movilizan. Estas moralidades suelen apelar, de acuerdo con el contexto, a discusiones acerca de la definición del pabellón. Se sostiene que los sujetos de intervención del PRISMA y SPF son producidos mediante un conjunto heterogéneo de prácticas y discursos que empiezan en el SEDE y en las áreas administrativas del Servicio, para finalizar en la sala de alojamiento, donde colectivamente entre ellos, definen también criterios de membresía.

Al igual que el criterio de internación en el ámbito civil (Mantilla, 2011), las decisiones de admisión no están sujetas exclusivamente a características psicopatológicas de las personas, sino que intervienen múltiples aspectos que resultan, a veces, aún más definatorios. En el contexto de la entrevista interviene un conjunto heterogéneo de factores: la relación de empatía o rechazo que se produce entre estos pacientes y el equipo evaluador, los requerimientos del Servicio Penitenciario para regular la población penal, los condicionamientos políticos del PRISMA en tanto política pública, los valores morales y afectivos vinculados a las causas penales. El paciente del PRISMA se *produce* en relación con el Servicio Penitenciario, y con los imaginarios morales que se movilizan sobre la “delincuencia”.

En las salas de alojamiento comienza a producirse una identidad y membresía dentro del PRISMA, que incorpora y redefine aspectos de ambos discursos: los psiquiátrico-asistencial y carcelario. Las identidades se desplazan, se movilizan, se reconvierten. Desde el “bautismo” hasta su autodefinición como “pacientes”, intervienen un conjunto de prácticas, discursos y disputas en los que emergen códigos específicos del pabellón psiquiátrico. En el corazón de las salas, las categorías psicopatológicas se pliegan con las carcelarias, llegando a producir y legitimar situaciones de violencia. Esto será abordado en el próximo capítulo.

Capítulo III: “El conflicto de las plantas”. Violencia y repertorios morales

En los capítulos precedentes he destacado que la tensión disciplinaria entre los abordajes psiquiátrico-terapéuticos y penitenciarios del pabellón bajo estudio se traduce en dos disputas que tienen lugar entre los actores: la definición del espacio institucional del que forman parte y la de sus destinatarios: los pacientes-internos. En ambas, he analizado cómo los discursos de los actores movilizan imaginarios y construcciones identitarias que conciben al hospital psiquiátrico y a la cárcel como ámbitos diferenciados, cuya principal frontera se encuentra en la habilitación del uso de la violencia física. Así pues, resulta inevitable analizar la forma en que ésta aparece en las representaciones de los actores, qué relación guarda con la especificidad de este contexto institucional.

En estas páginas me propongo interrogar las definiciones sobre la “violencia”, a fin de hacer aprehensible un aspecto central en la disputa institucional: qué significa “ser violento” dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza. Una primera aproximación a los sentidos de la violencia nos conduce a analizarla dentro del conjunto de estrategias que los actores ponen en práctica para definir las acciones ajenas consideradas transgresoras e ilegítimas (Álvarez y Ocampo, 2014; Isla y Míguez 2003). La violencia desde esta perspectiva se constituye, según veremos, como un término de carácter moral (Garriga Zucal y Noel 2010) que funciona como denominador y calificador de la conducta de los “otros” (Noel 2008). Los atributos que constituyen a la violencia como entidad no están definidos por prácticas sociales perpetuas, por el contrario estas clasificaciones son contextuales, polisémicas y están en permanente movimiento.

A los fines analíticos, he seleccionado una situación etnográfica en la que se evidencia la construcción de un conflicto que es presentado por los profesionales del PRISMA como liminal y violento para interrogar cuáles son los sentidos y diferentes puntos de vista en la definición de la violencia, y su rol en el ordenamiento social de la institución.

En primer lugar, describo *la pelea en taller de cine*, evento de gran impacto dentro del pabellón psiquiátrico por la participación de un número importante de personas, con la presunta connivencia del Servicio Penitenciario Federal y dentro de los espacios terapéuticos del PRISMA. En este apartado, y recurriendo al análisis del

discurso, realizo una reconstrucción de las distintas versiones acerca del mismo y de sus motivaciones.

Luego, expongo analíticamente las distintas interpretaciones desde la perspectiva de los profesionales civiles, agentes penitenciarios y pacientes-internos, las tramas de significación en las que se sitúan las distintas versiones del hecho y las formas de narrarlo.

Finalmente, analizo la disputa acerca de lo que se clasifica como *violento* dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza, dando cuenta de los distintos contextos de significación que la constituyen como tal y las relaciones sociales en las que se insertan. De este modo, se intenta mostrar etnográficamente que la violencia no es aprehensible mediante el estudio de un acto concreto, sino desde su condición de *proceso continuo* (Scheper-Hughes y Bourgois, 2004: 1-5). Es decir, entendiendo a la violencia asociada a la normalidad de la vida social (no como una excepción dentro de la misma), rescatando su cualidad simbólica y entendiendo que la misma forma parte tanto de sucesos en los que *se acerca una guerra* como aquellos en los que *se negocia la paz*.

El objetivo de estas páginas es mostrar cómo se construyen, movilizan y disputan distintas nociones acerca de lo que es la violencia en un contexto específico y a través de relaciones sociales concretas. En estos procesos se describe la circulación de nociones valorativas, éticas y morales dinámicas, polisémicas y contradictorias asociadas a distintas formas de concebir el lugar que habitan y la población que debe y merece ser parte *del PRISMA*.

1. La pelea del taller de cine

Una mañana de las primeras semanas del trabajo de campo llegué al pabellón para asistir al taller socioproductivo, un espacio que tenía funcionamiento en el marco de las actividades del área sociocultural en el salón de usos múltiples (SUM) ubicado en el pasillo principal frente a la puerta del ingreso. Estaba coordinado por Irma, una psicopedagoga del Programa de Rehabilitación Social del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, que desde hacía más de cinco años colaboraba con el PRISMA dos veces por semana por un convenio firmado entre ambos programas. En su taller se solían realizar algunas actividades con fines de producción y comercialización, aprendizaje de oficios y confección de artículos para la venta. Su principal propósito era capitalizar los conocimientos de los pacientes-internos sobre diferentes oficios y

promocionar herramientas laborales para su egreso. Por lo general, contaba con más de quince participantes autorizados por sus respectivos equipos tratantes (psicólogo, psiquiatra y trabajador social). Recuerdo este taller como uno de los más valorados de todos los que organizaba el PRISMA por aquellos días, y siempre contaba con la participación de las dos plantas de alojamiento. Irma recibía ayuda de Ester o Paula, ambas psicólogas, en el trabajo con los pacientes y el control del uso de los materiales, especialmente evitar el robo o uso indebido de pegamentos y cortantes. Los productos que se elaboraban iban cambiando de acuerdo a las competencias de quienes participaban. Durante el tiempo que estuve en el pabellón, hubo cuatro grupos principales y cada uno de ellos estuvo coordinado por el paciente-interno que mostraba tener mayor conocimiento sobre el tema: mates pintados a mano, collares realizados con canutillos y papeles, collares con piedras engarzadas, calzado y carteras de cuero. Irma solía comprar los materiales todas las semanas, ponía generalmente bastante dinero de su bolsillo “para motivarlos, porque confío en el emprendimiento” y luego se encargaba de gestionar que fueran puestos a la venta en la Feria de Agronomía. En el horizonte de esta iniciativa estaba la conformación de una cooperativa de trabajo, que comience en contexto de encierro pero que se transforme en una salida laboral cuando se reinsertasen en el medio libre.

El escenario era poco habitual ese día, por primera vez encontré la reja de ingreso al pabellón cerrada con candado (generalmente al haber tres guardias en el lugar quedaba abierta, y nosotros podíamos circular por la zona con bastante independencia respecto del Servicio). Cuando ingresé al SUM había solamente tres pacientes-internos engarzando unas piedras en unos collares de metal que iban a venderse ese fin de semana en la feria de Agronomía. El clima estaba sumamente extraño, Irma y Paula estaban serias y calladas. Apenas entré me dijeron: “Hoy están solamente algunos pacientes de planta alta y solamente por la urgencia de la Feria, pero tampoco deberían estar, la mayoría no tiene permiso para venir porque se portaron bastante mal, se pelearon”. Pregunté qué pasó, pero me contestaron de modo muy general y evasivo “una situación de violencia el lunes en el taller de cine” y no quisieron profundizar mucho. Los tres participantes me miraban con gesto de preocupación y se mantenían en absoluto silencio. Demoré bastante en reconstruir lo que pasó aquel lunes en el PRISMA, y por qué afectaba tanto una pelea entre ellos en un espacio donde ese tipo de violencia estaba naturalizada por casi todos los actores institucionales. Era algo que solían criticar y que trataban de desarticular, pero sabían que ocurría, tenían incorporado

que “esto es una cárcel, hay facas y mucha violencia”. En general sucedían peleas físicas entre los pacientes-internos y nunca llevaban a generar situaciones críticas dentro del pabellón.

El taller de cine tenía lugar en el amplio SUM, donde se disponía una pantalla gigante y se proyectaba una película. Solían asistir las dos plantas y llegaba a tener incluso, más de treinta personas en la sala. Para participar de cualquier actividad del PRISMA, la persona a cargo del taller entregaba al Servicio los nombres de los autorizados para que se les sea permitido el ingreso. Era tarea de los guardias corroborarlo antes de permitir movimientos de internos por el pabellón.

Aquel lunes, previo a la proyección, arremetieron en el SUM cuatro pacientes-internos de la planta alta con palos en las manos, dirigiéndose directamente hacia Nico, que estaba sentado y bastante distraído. Esta situación devino en una fuerte pelea entre casi todos los presentes, pelea que terminó únicamente cuando llegaron los agentes penitenciarios. Nico estaba alojado en la planta baja y era compañero de “rancho” de Facundo, referenciados como el “rancho alfa” de la sala. Su situación dentro del programa era, como vimos en los capítulos anteriores, bastante particular. Había sido trasladado desde el módulo más conflictivo del Complejo de Ezeiza y solía estar en el centro de todas las conversaciones.

Llegó al PRISMA por la coordinadora, que comenzó a visitarlo a pedido de una psicóloga penitenciaria y consideró pertinente su traslado. En su módulo era conocido por la forma en la que desfiguraba la cara de sus oponentes de combate, solía cortar desde las comisuras de los labios hasta las orejas o, por lo menos, eso se rumoreaba por aquellos días. Tuvo muchas detenciones y hasta su ingreso en el pabellón psiquiátrico, sentía que su vida estaba ligada a la cárcel de manera casi inmanente:

Cuando era chico mi viejo iba de fierros conmigo. Yo tenía cuatro años y me acuerdo de todo, de los vagos, de los fierros. Cuando fui un poco más grande me empecé a drogar y empecé a salir a robar yo, me gustaba hacer entraderas en las casas, no robar giladas, robos bien pensados. En un momento me di cuenta que era bueno y me dejé de drogar, ya no necesitaba la droga. Averiguaba bien antes y después caía con un par cuando estaba la mucama, amenazaba y asustaba mucho. Nunca lastimé a nadie en un hecho, pero esa situación me gustaba. Había mucha adrenalina. La primera vez que caí preso fue como un alivio, me adapté en un minuto. Tenía temas de conversación, a muchos los conocía de la calle. Yo estaba encerrado adentro mío desde hacía mucho tiempo. Esta es la primera vez que estoy en un lugar donde hay alguien interesada en lo que me pasa, yo sé que no soy una buena persona, pero no estoy acostumbrado a sentirme querido.

Durante el tiempo que estuve en el pabellón supe de tres intentos de ahorcamiento de Nico y quince autoagresiones severas, especialmente cortes en el cuello y las muñecas. También intentó escaparse por el patio trasero y siempre se hablaba de los episodios de violencia con los compañeros de planta. Generalmente son modalidades orientadas a generar alguna reacción por parte de su equipo tratante, recibir un refuerzo de medicación o pedir el desplazamiento de otro paciente-interno de la sala de alojamiento que comparten.

Como suele suceder en el ámbito de las internaciones psiquiátricas, se producen transformaciones en las subjetividades a través de lo que Goffman (1984) denomina ‘mortificaciones del yo’, expresadas en la rearticulación y modulación de prácticas y emociones. Luego de un tiempo de internación, muchos pacientes comienzan a llevar adelante una serie de prácticas como “cortarse” (automutilaciones en las muñecas, brazos o cuello), en tanto vehículo para recibir medicación farmacológica; acciones que dan cuenta de la incorporación de actitudes y formas de expresión comunes al interior de una institución psiquiátrica. Vivir en el PRISMA implicaba también incorporar estos aprendizajes, el uso del lenguaje psicopatológico como código de comunicación, la disposición a ser escuchado, medicado, reprendido y vigilado de forma constante. Más aún, implicaba aceptar que la mirada de los otros -tanto los miembros de la categoría de pacientes como los profesionales, enfermeros y demás miembros del personal- sea una mirada dirigida hacia la búsqueda de signos de enfermedad mental (Mantilla, 2008, 2014). Por supuesto que las autoagresiones no son privativas del medio psiquiátrico, se han registrado ampliamente ligadas a estadías en instituciones penitenciarias (Míguez, 2002; Epele, 2010). Sin embargo, resulta de relevancia la forma en la que dicha práctica se inserta en un campo semántico, cómo se la interpreta, qué efectos genera donde se producen.

En poco tiempo Nico pudo articular las conductas clásicas de las internaciones psiquiátricas con las estrategias a las que estaba habituado, la confección y el uso de facas⁷³, la extorsión a los ingresantes a cambio del pago de protección, negociaciones con personal penitenciario a cambio de favores, objetos e ingreso de drogas, etc. Algunos pacientes-internos llegaron a decir que Nico negociaba con el Servicio aún para someter a “algún preso que el SPF se quiere sacar de encima y le conviene que lo

⁷³Son elementos artesanales que se utilizan dentro de la cárcel como armas para las peleas. Hay de diferentes tipos y se confeccionan con objetos permitidos, alimentos etc.

haga otro”⁷⁴. En su breve estadía dentro del pabellón psiquiátrico llegó a hacerse de muchos enemigos, personas que se resistieron a realizarle pagos o tareas domésticas, pacientes que compartían su equipo tratante y fueron agredidos por celos, o aquellos con vocación de disputar un espacio de poder dentro de la sala.

“Si alguien iba a cobrar feo, ese tenía que ser Nico”, decían algunos enfermeros en los pasillos. Paula estaba bastante preocupada ese día, sentía mucha desconfianza con el Servicio Penitenciario y eso le generaba bastante miedo e inseguridad.

Fue una gran falla de seguridad, o apropósito. Todavía no sabemos. El problema es que acá no hay sanciones, de ningún tipo. Nosotros siempre apelamos a la palabra pero lo cierto es que no alcanza. Las personas no reaccionan de la misma manera, no son todos igualmente permeables. Es un tema porque nosotros estamos mucho con ellos, pensamos en actividades todo el tiempo y tratamos de tener un vínculo diferente del que se tiene en una cárcel... pero después pasan estas cosas y realmente te preguntás si todo ésto es posible. Lo cierto es que acá no te podés confiar. Aunque tengamos el deseo que esto sea un hospital y no una cárcel, las lógicas carcelarias están por todos lados. Si el Servicio lo permite estamos en el horno, porque están buscando un muerto.

Al terminar el taller me fui a la Sala de Tratamiento, donde se reunían los profesionales del PRISMA. Pensé que allí podría tener más información, pero el escenario fue totalmente confuso, especialmente para los trabajadores. Encontré múltiples interpretaciones respecto a la agresividad de la situación, de la cantidad de pacientes que participaron de la pelea y, fundamentalmente, la magnitud del episodio para los parámetros de conducta ‘razonables’ o ‘legítimos’ dentro del pabellón y del PRISMA. Algunos profesionales minimizaron rápidamente la situación, como Pablo, uno de los psicólogos que coordina el taller de cine pero que estaba en el baño cuando sucedió la pelea:

⁷⁴ Debe consignarse que si bien existen ciertas relaciones de acuerdo entre agentes penitenciarios y pacientes-internos dentro del Servicio Penitenciario Federal, esto difiere considerablemente de la forma de regulación y administración de la violencia en establecimientos custodiados por otros servicios penitenciarios. El SPF en general, por su propia tradición y conformación como fuerza de seguridad y probablemente también por cuestiones ligadas a una mayor disponibilidad de recursos, es mucho más reticente a la delegación del gobierno de la cárcel y a la tercerización de las tareas ligadas al sostenimiento del orden en los establecimientos su cargo, en relación a lo que ocurre con otras agencias penitenciarias del país (Andersen 2014, Ángel 2015, Ángel *et al.* 2016, Daroqui *et al.* 2009, Manchado 2015, Míguez 2007). Si bien sabemos que ésta no es privativa de ámbitos de encierro penitenciario, la representación que la constituye como tal es relevante en tanto deja entrever que existen postulados de otro orden sobre los que reposan estos límites. Asimismo, permite apreciar que hay formas específicas a través de las cuales los actores situacionalmente clasifican y catalogan distintos tipos de prácticas violentas, otorgando sentido e identidad al espacio que comparten.

La verdad es que duró dos minutos, que se yo, esto es una cárcel, viven encerrados y son cosas que pasan en lugares como éstos. Estos conflictos duran poco tiempo porque si no se matan, es como el boxeo, los tiempos son breves o se rompen todos. Los penas⁷⁵ llegaron más o menos rápido, los separaron y listo.

Otros, como Paula, le adjudicaron mayor importancia y tomaron la situación como un episodio límite que tenían que controlar antes de que se disipe el espíritu del Programa. Los rumores fueron circulando desde el día del taller, y rápidamente fueron generando conflictos entre los profesionales, conflictos que iban dirimiendo en las oficinas, en los pasillos, generalmente elevando la voz. Me fue fácil en ese contexto de descontento participar de las conversaciones y que me contasen su versión de los hechos, escuchar gritos, reclamos y reproches. En el pasillo, Ramiro, el psicólogo que estaba en el momento de la pelea, se cruzó con Ana, coordinadora del SEDE, mientras ella se dirigía hacia la oficina administrativa con los documentos de las nuevas admisiones. La interceptó enseguida y quedaron justo al lado mío:

- ¿Qué andás diciendo que no fue nada, que fue re tranquilo? Yo estuve ahí, ¡SE CAGARON A PALOS. ¡A VER SI DEJAS DE DECIR PELOTUDECES!

-Yo no dije nada, me voy a hacer cargo únicamente de las cosas que YO digo, así que no me vengas con chismes porque no estuve, no sé cómo fue, y no emití opinión
- dice Ana con mucha calma.

-Ah ¿no? Bueno, no sé, están todos hablando boludeces, que no fue nada y la verdad es que se cagaron a palos, tiraron todo a la mierda ¡Así no es! Rompieron la mesa, las sillas, tiraron la pantalla al piso y de pedo no rompieron el proyector.

Ramiro se fue enojado, y por los gritos se fueron acercando algunas personas. Muchos coincidieron en que “claramente quedó mal psíquicamente después de lo que pasó”, utilizando entre profesionales las mismas categorías que suelen aplicar a sus pacientes. En ese momento pasó Ricardo: “no hagan tanto lío que fue una cosita de nada, con unas facas y palos de verdad se hace linda jodita”. Ricardo era uno de los pacientes-internos del Programa y el preso más antiguo del Servicio Penitenciario Federal. Tenía más de sesenta años y fue declarado inimputable a los dieciocho luego del homicidio de cuatro personas. Desde entonces está detenido y, actualmente, es el cocinero del personal penitenciario y el único que circula libremente por el pabellón. El

⁷⁵ “Penis” es la forma en la que, por lo general, los profesionales del PRISMA se refieren a los guardias del Servicio Penitenciario. Aunque por momentos parece ya instaurada en el lenguaje informal, su connotación suele ser bastante negativa.

tiempo, la reputación, y su permanencia durante tantos años fueron flexibilizando las medidas de seguridad que se le aplicaban. Mientras paseaba por los pasillos, sin tener muy claro qué hacer, vi que en el sector de Monitoreo del Servicio, entre el SEDE y los consultorios de la planta baja⁷⁶, estaban viendo la grabación del taller de cine. Estaban presentes tres guardias, González, Méndez y Morel; luego se sumaron el profesor de educación física Guillermo y dos psicólogas, Paula y Natalia. El video tenía una duración de tres minutos y su interpretación era bastante caótica. En la grabación de seguridad se veían veinticinco personas sentadas esperando el comienzo de una película. En una mesa pequeña se podía ver a Ramiro conectando la computadora al proyector, y a Pablo yéndose al baño. Segundos más tarde apareció el ingreso de cuatro personas con palos en las manos, se los vio entrar caminando muy despacio y a medida que se acercaron al centro del salón, agilizaron el paso y se dirigieron directamente hacia Nico, quien recibió un rodillazo y un golpe fuerte en la cara, pero alcanzó a levantarse y protegerse detrás de una columna. Lo que apareció a continuación ocurrió con una velocidad demasiado rápida para mi capacidad de registro. En el momento que Nico fue atacado se levantaron todos y comenzaron a pelearse. La pantalla gigante, el proyector, las mesas, las sillas, “volaron por el aire”.

En el video se vio también a Ramiro salir corriendo a pedir ayuda y minutos más tarde a cuatro guardias entrar y reducir el conflicto. “¿Qué me decís del operador de cine? Mirá la cara que tiene ¡Cómo arrugó!”, comentó uno de los penitenciarios entre risas, mostrando con mucho disfrute repetidas veces como el psicólogo salía corriendo, asustado y a los gritos por los pasillos.

Pude ver este material una sola vez, siendo muy difícil en tan poco tiempo visualizar a todas las personas y movimientos que tuvieron lugar. Paula y Guillermo trataron de identificar a los pacientes que participaron de la pelea, pero no pudieron. El único que distinguió rápidamente a todos fue Morel, pausó la reproducción y fue señalando con el dedo a cada uno de los internos con sus respectivos apellidos. Las imágenes mostraban muchísima agresividad, golpes alevosos y contundentes; en poco tiempo se lastimaron bastante. Los agentes estaban familiarizados con ese tipo de manifestaciones, aunque no se privaban de manifestar su opinión, acompañada de una imputación moral: “estas cosas pasan por hacerles creer que acá pueden hacer lo que quieren, el PRISMA tiene

⁷⁶ Ver croquis planta baja, página 47

poca autoridad”. Las caras de Guillermo, Paula y Natalia iban denotando efectivamente, para ellos, que el episodio había sido serio.

-Tengamos en cuenta que ese tipo de golpes para alguien como Nico que viene del módulo III son casi una caricia, pero la verdad es que se re cagaron todos a palos, vamos a tener que ver de qué forma trabajamos con esta situación. Si no hacemos nada corremos el riesgo de que la próxima vez alguien salga muy lastimado- dijo Guillermo.

-Sí, otro tema preocupante es nuestra seguridad personal, en un episodio como éste también nos pueden agredir. Y uno no puede trabajar con miedo- agregó una de las psicólogas.

Cómo hicieron para bajar cuatro personas *armadas*, sin que fuesen percibidas en los controles de ambas plantas es una pregunta que estuvo latente entre los profesionales durante mucho tiempo. Supe que Irina, la coordinadora del PRISMA y el Jefe de Seguridad Interna, Gerardo, habían dispuesto un punitivo al encargado de la planta alta, pero no hicieron manifestaciones públicas sobre el tema. Dos agentes fueron sancionados con una suspensión de 48 horas. Después de este episodio, y durante bastante tiempo, muchos de los profesionales sintieron que el Servicio había ganado la disputa que mantienen de manera permanente; comencé entonces a ver a algunos con miedo y desconfianza. Por esa razón, determinaron entre los profesionales del Programa y sin consultar con autoridades penitenciarias, que se realizarían dos asambleas, una por cada planta, para dejar clara la postura del área sociocultural respecto del episodio y de la continuidad de los talleres.

2. Las interpretaciones

2.1 Asambleas, suspensión de talleres y “castigo” a los responsables

Las asambleas tuvieron lugar aquel jueves después del almuerzo y pude asistir únicamente a la de planta baja. Había diferencias entre los miembros del PRISMA acerca del grado de privacidad del evento, algunos consideraban que no era un buen momento para que participe porque “los pacientes estaban muy enojados y agresivos”, otros opinaban que era una excelente oportunidad para ver cómo se resolvían los conflictos dentro del Programa, a qué estrategias se recurría. Pude ir a la primera en planta baja, la segunda fue más tarde en un horario donde hay menos personal trabajando y no me enteré, o no me avisaron.

Entramos a la sala acompañados de dos guardias que, comenzada la reunión, se retiraron. Estuvieron presentes todos los profesionales del área sociocultural y asistieron solamente doce pacientes-internos, de los veinte alojados en dicha sala en ese momento. En el centro de la sala se dispusieron Facundo, Rodrigo y Nico, quien permanecía con la mirada perdida y no tomó la palabra en ningún momento de la reunión. En los dos costados se distribuyeron los otros pacientes-internos, a considerable distancia de ellos tres. Todos estaban muy serios, algunos todavía somnolientos y con poco control sobre su cuerpo por la medicación psiquiátrica que habían recibido luego del almuerzo. Frente a ellos, estábamos nosotros. A los costados se veían las caras de aquellos detenidos con resguardo⁷⁷ o engomados⁷⁸ pegadas a los vidrios, tratando de escuchar lo que estaba pasando, ya que por motivos de seguridad no tenían permitido acceder a los espacios comunes, ni tener interacción con el resto de la población detenida.

El encuentro fue breve, con una duración aproximada de quince minutos. Tomaron la palabra Pablo y Natalia (una de las psiquiatras), quienes comunicaron que estaban evaluando medidas específicas para los responsables del “hecho de violencia”. Mientras tanto, todos los talleres y actividades del Programa quedaban suspendidos. El clima de la reunión estuvo tensionado entre el respeto y la vehemencia: para los pacientes-internos de la planta baja era una provocación, teniendo en cuenta que habían sido “víctimas” de un episodio generado por “los presos de arriba”; para los profesionales, la intromisión de esa modalidad de violencia en sus espacios y con la complicidad del Servicio ponía en jaque su autoridad y control (siempre lábil) de la población a su cargo.

Durante la breve asamblea, el equipo del PRISMA trató de apelar a un discurso claro y despojado de posibles expectativas de negociación. Hablaron muchos de ellos, pero las cuestiones nodales del mensaje eran siempre las mismas, atomizadas en los discursos de Pablo y Mariana, una de las trabajadoras sociales del área sociocultural:

Piensen en lo que hicieron, qué hacen en el PRISMA, y qué hacen en los talleres; éste (en referencia al episodio del taller de cine) no es un lugar común para nosotros, en *nuestros* espacios la violencia no es tolerada; así como ustedes tienen sus códigos y muchos de ellos (como el rancho, la

⁷⁷ Los detenidos con resguardo permanecen aislados en sus celdas individuales con el propósito de protegerlos del resto de la población. Por lo general, se trata de personas con causas de violación, femicidio y otras de mucho impacto mediático que puedan resultar problemáticas para las jerarquías y los valores específicos de la cárcel.

⁷⁸ Término nativo con el que se designa en la jerga carcelaria al alojamiento ‘de castigo’ en celdas individuales cerradas durante toda la jornada. Estas personas no tienen la posibilidad de circular ni siquiera por los espacios compartidos de la sala.

visita etc.) son respetados por todo el equipo, nosotros tenemos los nuestros, y este tipo de actitudes no tienen lugar dentro de los talleres y espacios terapéuticos que proponemos.

El gran objetivo del encuentro tenía que ver con reforzar el valor por el espacio en el que estaban y el esfuerzo con el que, diariamente, los profesionales encaraban el tratamiento dentro del establecimiento. La apelación permanente a esos esfuerzos que “deberían ser correspondidos con mucho agradecimiento”, aparecía como una estrategia en la que la institucionalización de un poder, en este caso el discurso “psi” dentro de la institución de encierro, es reconvertida y disimulada bajo el velo de la moralidad, el compromiso y el esfuerzo con el tratamiento terapéutico de los pacientes. Un poder que es ejercido y percibido entre el don y la deuda, la dominación y la dependencia (Bourdieu, 1991: 202). El PRISMA interpelaba a las personas que se encontraban en la órbita de su dispositivo, para que tuviesen buena predisposición para trabajar en su patología, fuesen conscientes de su enfermedad y adhiriesen al tratamiento con compromiso y gratitud, despojándose poco a poco de las prácticas previas al mismo.

La mayoría de los pacientes-internos se mantuvo en silencio durante la reunión, mirando con preocupación y disconformidad. Finalmente, Facundo tomó la palabra y apuntó directamente contra las personas que coordinaban el área sociocultural:

Lo que yo no entiendo es porqué estamos siendo todos castigados por algo que iniciaron unos pocos, y que no son de esta planta. Yo alguna vez robé una tijera de un taller para cortarme el pelo y no recuerdo que alguien más haya pagado por eso. Acá hay que ver qué hizo cada uno. Este fue un episodio de planta alta, no nuestro. Nosotros nunca hicimos estas cosas, ni en talleres ni en tratamientos individuales, acá hay códigos en serio y siempre fuimos respetuosos porque entendemos que esto es principalmente un hospital. Ellos (en referencia a los cuatro de la planta alta) nos agredieron y nosotros nos defendimos, como es lógico. Es insólito que se nos castigue por eso. Lo único que están haciendo es apañando a los que verdaderamente le faltan el respeto a este lugar, y ustedes saben muy bien a quiénes me refiero.

Al escuchar esto comenzaron las discusiones. Muchos profesionales se mostraron particularmente irritados; comenzó a debatirse cuál era la forma más legítima de responder al conflicto, de “castigar” a los responsables, de evitar futuros desbordes. A simple vista se evidenciaba la heterogeneidad en las representaciones sobre el episodio, entre los pacientes-internos y también entre los profesionales del PRISMA. Los miembros del programa que consideraban “normal” la situación (o de baja gravedad) estuvieron en silencio, abandonando la reunión antes de tiempo; en tanto los

pacientes-internos guardaron silencio, mirándose con seriedad. Y algunos mostraron estar de acuerdo con Facundo, asintiendo con la cabeza. Otros dirigieron sus miradas dubitativas al personal del PRISMA. Nico estuvo callado, con la vista fija en el suelo, los brazos cortados al descubierto y sin capacidad de reacción, aun cuando su nombre fue pronunciado en reiteradas oportunidades.

No todos los presentes estaban comprometidos con la situación del taller de cine, con el conflicto que la originó, con el destino del ataque de la planta alta. Muchos estaban en la reunión porque “tenían que estar presentes, responder por la planta, defender a los compañeros”, aún sin tener una firme convicción al respecto. Tal vez los silencios y la ausencia de tantos pacientes en la asamblea tengan que ver con estos clivajes. Los únicos que tomaron la palabra fueron Facundo y en menor medida su compañero de rancho Rodrigo. Nadie más habló, generando una profunda irritación en Pablo:

El problema es que la palabra no circula (...) Nadie habla porque hay miedo a las represalias. Mucho miedo. Desde que empezó la reunión estás hablando vos (dirigiéndose a Facundo), y recién habló él (señalando a Rodrigo), no podemos hacer asambleas por estas cosas, nadie se anima y ustedes se ponen a tumbar apenas nos vamos nosotros.

La reunión finalizó en ese instante. Los pacientes se quedaron en silencio y los profesionales se retiraron de la sala de alojamiento. La asamblea, como estrategia de resolución de conflictos, mostraba ser inadecuada y quedar al servicio de las relaciones de coacción y reciprocidad entre ellos. Nadie se animaba a participar o a plantear puntos disonantes ante quienes lideraban la sala.

De acuerdo a algunos relatos recogidos, la asamblea de la planta alta apeló explícitamente a las empatías y a las emociones. Estuvo a cargo principalmente de Ramiro, el psicólogo que presencié la pelea. Según contaron, se mencionó todo el esfuerzo que realiza cotidianamente el Programa, la buena voluntad de los profesionales, su entrega y predisposición para compartir sus cosas con ellos y el modo en el que la violencia termina irrumpiendo, con los acuerdos de tratamiento que construyeron en este tiempo. Las citas a continuación son ilustrativas de esta dinámica y ambas forman parte de entrevistas en profundidad llevadas a cabo una semana después del hecho.

Cuando pasó el episodio de las plantas me quedé pensando en lo que dijo Ramiro en la asamblea y la verdad es que me dio cosa, entendí lo que le

pasó, esa amargura de no poder controlar la situación, siendo profesional. De repente todos a las piñas, tirando sus cosas, su computadora, su proyector, su pantalla; todas esas cosas que trae para nosotros, para compartir con nosotros y darnos un buen momento, un momento en el que no nos sentimos presos. Pobre. (Mariano, 38 años, planta alta, primera vez en PRISMA).

Hay gente que no valora y tumba, pero esto es un hospital y hay que hacer las cosas bien y respetar... y el que no pueda o no quiera tendría que ser mandado al módulo (cárcel común). Acá hay muchos que vienen a hacerse los vivos, a hacer acá lo que no les da para hacer en la cárcel. Hay gente que roba en los talleres, que no valora el esfuerzo de los profesionales. La semana pasada Nico le robó herramientas a Irma, ya sé que está mal, pero yo le fui a contar, esto es un privilegio, hay que valorarlo (Ezequiel, 40 años, planta alta, un año en el PRISMA, cuarta vez detenido).

El carácter asambleario de dichos encuentros es relativo, puesto que no supusieron instancias de debate sobre el episodio, tampoco se conformó como un ámbito de decisión colectiva. Por el contrario, estas “asambleas” consistieron en la comunicación de las medidas a tomar, la suspensión por tiempo indeterminado de todos los talleres y la lectura oficial del PRISMA sobre lo acontecido. Lectura que puede traducirse como la ruptura de un contrato. Es habitual que las nociones de “transferencia” y “contrato” conformen una lógica habitual y constitutiva de los discursos “psi” en intervenciones asilares (Mantilla, 2008). La tónica de estas instancias estuvo completamente vinculado a estas nociones, en tanto principal recurso al que apeló el Programa después de la pelea: interpelar las emociones, poner de relieve los esfuerzos y la entrega de los profesionales, evidenciar lo que los pacientes internos les “deben” para honrar dicho pacto.

2.2 Narrativas de un conflicto anunciado

Con el paso de los días fue quedando claro que el conflicto del taller de cine era algo “que se veía venir”, pero las explicaciones que los actores le adjudicaron seguían siendo objeto de disputas y estaban vinculadas con los criterios y repertorios morales en los que los principales referentes de cada una de las plantas se presentan y se ubican dentro del dispositivo PRISMA. Como vimos anteriormente, ambas plantas están conformadas por “ranchos” y solamente uno de ellos ejerce un poder de dominación frente al resto de la sala. Estos “capos del pabellón” tienen la capacidad y legitimidad (siempre dinámica y permanentemente negociada) para imponer las normas y valores a sus compañeros. Por lo general es una cualidad que no solamente está asociada a sus capacidades de

coerción física o simbólica, sino que también se encuentra asociada con el cartel que posean (su reputación dentro del ámbito penitenciario), el delito por el que entraron en conflicto con la ley, y su capacidad para negociar rápidamente con el Servicio y obtener beneficios para todos.

Nosotros en general dejamos que las cosas entre ellos vayan decantando. Así como cada uno tiene su buche, también tenemos una sola persona por sala con la que negociamos las cosas y eso ayuda bastante. Para ser capo en un pabellón no alcanza con ser agresivo, tenés que poder resolver problemas, eso garantiza el respeto. Esa dinámica es buena para mantener el orden, mientras que nadie salga herido dejamos que esas cosas las resuelvan ellos, y después nos manejamos directamente con el que manda. Si te fijás eso ayuda a que no haya grandes motines o problemas. Todo lo tenemos controlado. (Gerardo, Jefe de Seguridad Interna, máxima autoridad del Servicio dentro del módulo del PRISMA)

Los códigos de lealtad con el rancho son muy claros. Uno de ellos me dijo: “cuando se arma quilombo vos tenés que saltar y responder por tu gente y tu rancho, sino te lo van a cobrar”. El conflicto no implicaba a todas las personas de las plantas, ni siquiera en la representación de los que desencadenaron la situación, no era una maniobra dirigida a toda la planta baja, sino a Nico específicamente. En las plantas no había un sentimiento de unidad, por el contrario era fácil encontrar clivajes y fisuras, no siempre actuaban como conjunto, y no ante cualquier situación. La planta como unidad era completamente circunstancial, y en general solía estar dirigida a la correspondencia con una autoridad, que también estaba detenida, pero que había aprendido a utilizar técnicas de dominación disciplinaria para producir presos-clientes-proveedores-dóciles, como afirman Valentine y Longstaff (1998) en su estudio de establecimientos penitenciarios británicos.

La importancia del conflicto dentro de la población detenida tuvo que ver con el lugar que cada uno de ellos ocupaba dentro del PRISMA. Para Nico y Facundo fue una situación que configuraba todas sus acciones, desde hacía mucho tiempo se hablaba de la competencia entre “los capos” de cada una de las plantas. Luego del episodio, había en ellos una gran preocupación por las medidas que tomaría el equipo de profesionales, por las acciones que tendrían que llevar a cabo para “descomprimir la situación y evitar mayores restricciones en el futuro”, pero principalmente, para que su reputación no se viese reducida después de la pelea.

Otros consideraban irrelevante la situación entre los protagonistas de la pelea y solamente estaban preocupados por evitar represalias y por recuperar los talleres.

Yo zafé porque estaba en educación, la verdad es que no me importa nada. Yo no formo parte de ninguno de los dos bandos, ni me interesa. Agradezco a la suerte no haber tenido que cagarme a trompadas por esos tipos. (Sergio, 43 años, planta baja, primera vez en el PRISMA).

Muchos de los pacientes-internos de la planta alta con los que hablé compartían esta perspectiva, la negativa a participar, la resistencia a formar parte de un conflicto que no los involucraba. De hecho, ocasionalmente, solían disfrutar o considerar justas las agresiones que sufrían estos “capos de su pabellón”. Había una relación en la cual estas personas iban asumiendo diferentes roles y estrategias de acuerdo al contexto y a los códigos carcelarios asociados a esos contextos; la unidad era entonces un momento dentro del *continuum* de conflicto y violencia de sus vidas cotidianas. De acuerdo a sus trayectorias, experiencias y capitales, pudieron tomar decisiones acerca de convalidar o no la pelea.

Considero que este episodio permite observar y magnificar las relaciones de poder que se configuran dentro del módulo entre personas detenidas, el modo en el que despliegan estrategias de supervivencia y dominación. La particularidad de esta población tiene que ver con la impronta y el impacto del tratamiento terapéutico que reciben para configurar y reconfigurar estas relaciones.

Cuando pasó lo de las plantas yo no quise bajar ni meterme en quilombos. Si hubiese sido el de antes me habría mandado, siempre resolví mis problemas a los golpes, ahora con el tratamiento veo las cosas de otra manera y eso es muy sano (...) De todos modos después me vinieron a reclamar, porque en la cárcel no te podés hacer el boludo, pero dije que no había entendido bien la situación y zafé. El pobre de Ezequiel, que tampoco bajó porque no quiso pelearse de nuevo con los de abajo, tuvo que cocinar para ese rancho por un montón de tiempo (Mariano, 38 años, Planta Alta, primera vez en PRISMA).

Yo realmente no quise bajar. Julio y Leguizamón (los referentes de planta alta que lideraron la pelea) me tienen podrido, son unos forros. Yo decidí no bajar cuando me llamaron porque no me interesa el cartel y no peleo si no me agreden directamente a mí (...) Me dijeron de todo porque sabían que yo vine a la planta alta después de pelearme con Nico... pero eso fue diferente, me estaba faltando el respeto a mí. Estoy orgulloso de mi comportamiento ahora, pero la pagué, tuve que cocinar, lavar ropa y cebar mate para esos forros durante un montón de tiempo. Para mí no es una humillación, el tratamiento me está haciendo bien, estoy contenido y tratando de no dar cabida a la tumbada. (Ezequiel, 31 años, planta alta, cuarta vez detenido, segunda vez en PRISMA)

Una que hicieron arriba fue bajar con Brian, cualquiera que lo ve se da cuenta que de las situaciones entiende muy poco, es bastante lento y está re

loco. Pega bien, creo que con unos cigarrillos bastó para que baje a romper todo. Para mí, no sabía ni con quién se estaba peleando. (Tomás, 32 años, planta alta, primera vez en PRISMA)

Las narrativas asociadas a los motivos que generaron el conflicto son bastante disímiles y están relacionadas con los esquemas morales que elegían los actores para definir a cada una de las plantas. Como se introdujo anteriormente, la planta alta era un alojamiento “más tranquilo”, habitado principalmente por personas mayores con causas prolongadas, inimputables y aquellos que por motivos de convivencia debían estar separados de sus vecinos de la otra planta. Es un espacio que se percibe como “pacífico”, de “gente trabajadora”, donde “cada quien puede hacer lo que quiere”, siempre que respete algunas normas vinculadas a la higiene de los espacios comunes y el respeto por el descanso. Los referentes de esta planta, Ruffo y Leguizamón, fueron los que idearon la bajada clandestina al taller de cine, quienes increparon a participar a sus compañeros de rancho. Ambos jóvenes con trayectorias institucionales principalmente en instituciones penitenciarias e internaciones breves. Ellos solían recibir en su mesa a todos los detractores de la planta baja que eran llevados arriba por peleas con Nico. Su rivalidad tenía historia y se reforzaba con cada desplazamiento.

Estos valores destacados por todos los pacientes del primer piso eran relativizados por sus vecinos. Según éstos, en la planta alta “estaba todo pago”, tenían pocos criterios de convivencia comunes y eran permisivos con los “requisitos de conducta que debía tener cada uno”. Eso es señalado como un problema, en la medida que aceptaban todo tipo de abusos, especialmente aquellos que recaían sobre los “más débiles”, diagnósticos severos en discapacidad y salud mental. En una de las primeras charlas que tuve con Facundo me contó que se hicieron durante el año varios programas de radio para hablar sobre las representaciones que se tienen de las plantas.

Hace pocos hicimos varios programas para hablar del “del cuco de la planta baja”, un mito que parece que anda circulando mucho por acá. Se dice que abajo se tumba mucho, se impone el miedo y la amenaza. Eso no es exactamente así, lo que pasa es que arriba hacen lo que quieren...después hay mucho que lamentar. No estoy de acuerdo con eso, sí reconozco que a veces uno tiene que combatir la tumbeada, tumbeando. Como te dije antes, eso no estuvo bien, tenemos la cárcel demasiado enraizada. Lo reconozco, pero al menos acá respetamos a la gente y a sus tratamientos, no violamos y no robamos a los débiles.

La planta baja tiene, entonces, directivas de conducta mucho más claras. Las personas alojadas suelen ser jóvenes y reincidentes, pero también hay un pequeño

número con resguardo por femicidio. Los perfiles dominantes de esta planta son muy visibles y suelen ser referenciados por el resto como personas que están permanentemente controlando y vigilando a los demás.

Acá hay mucha gente que se abusa y hay que poner orden. A Sebastián lo violaron arriba dos o tres veces, y el violador sigue ahí, no lo pasaron a cárcel común. Eso da mucha bronca, se nota que Sebastián tiene un retraso, y en el piso de arriba se puede hacer cualquier cosa, está todo pago. Por eso nosotros abajo nos tomamos en serio los límites que hay que poner. Cuando alguien se zarpa nos ocupamos nosotros.

(...)

Acá hay gente enferma, esto es un hospital. Por eso nosotros, que somos el rancho alfa, que estamos porque algunos problemas tenemos pero no estamos locos locos, nos ocupamos de que se respete, en esta planta no puedes hacer cualquier cosa, hay que respetar el tratamiento de los demás y, aunque joda, bancarse los gritos y las cosas que pasan en un hospital psiquiátrico. Si alguien se queja o arremete contra una persona que está teniendo una crisis nosotros ponemos orden. Acá hay límites. Suena mal pero es así. (Facundo, 32 años, 9 meses dentro en el PRISMA, segunda vez detenido).

A pesar del discurso de quienes lo dominan, aquel que intenta “reforzar los criterios del Programa”, esta planta es el espacio donde tienen lugar con mayor frecuencia los “clásicos rituales carcelarios”, como la “bienvenida a los nuevitos para que sepan quién manda”, o “el chanchito”, cuando se ata de pies y manos a uno de ellos y se lo lleva a la puerta para que los guardias lo saquen del pabellón. Por lo general, esto último ocurría después de episodios liminares de violencia interna y la expulsión era para ellos el castigo más grave. Los motivos eran variables, podía ser por agredir físicamente a un paciente-interno con retraso mental profundo (considerado por el resto como “los que verdaderamente tienen problemas”) o desafiar la autoridad del rancho alfa de manera sostenida. Era el último escalón del ajuste de cuentas en dicha planta. Lo que quedaba evidenciado con esta dinámica era el poder que algunos detenidos tenían sobre los criterios de alojamiento, haciendo que el personal penitenciario y el equipo PRISMA “deban” convalidar dichas prácticas, para evitar futuras agresiones. La violencia en estos casos, ejercida al interior de la población alojada, regulaba la circulación de pacientes internos dentro del pabellón, también permite reforzar o disputar liderazgos. Ocasionalmente, estos movimientos generaban problemas con los cupos de alojamiento y debían trasladar a pacientes sin un criterio específico. Eso le ocurrió a Sebastián, de treinta años de edad y con un diagnóstico de retraso mental

moderado, cuando fue llevado a la planta alta para evitar que otros permanecieran en la misma sala. Fue un caso problemático y está íntimamente ligado al conflicto que tuvo lugar en el taller de cine, ya que fue violado tres veces por Julio. Muchos coinciden en que ese fue el mayor detonante. Cuando los antiguos compañeros de planta de Sebastián tuvieron conocimiento del abuso sexual, hubo muchos replanteos y críticas a los profesionales del PRISMA por haber “subido a alguien vulnerable a un piso lleno de violines donde todo se permite”.

Así pues, hemos visto cómo ambas plantas se adjudicaban categorías clasificatorias que las separaban moralmente. Independientemente de la veracidad de sus enunciados, los criterios que realzaban hablan de ese mundo social, de los valores y de las afinidades construidas. En ellos, encontramos presente la disputa institucional. Se movilizan permanentemente categorías carcelarias y psiquiátricas que justifican, validan y legitiman sus prácticas violentas. La violencia, así expresada, *siempre pertenece a otros*.

Para muchos entrevistados el problema entre las plantas es inherente al medio social en el que habitan, completamente relacionado con la necesidad de determinados pacientes-internos de “hacerse ver, de ser novedad, figurar como el que manda” dentro del espacio carcelario. Otros pacientes-internos consideraban que el problema “venía de antes” y estaba vinculado con la reputación de los participantes, con su “cartel”. Daniel Míguez (2008) ha señalado que dentro de la cultura ligada al delito existen disposiciones y taxonomías que conforman una estructura jerárquica y un sistema de clasificación, con valores y criterios morales específicos. El acceso a los lugares más elevados está en correspondencia con la adquisición de capitales políticos y simbólicos específicos ligados al uso de la violencia y coacción física. La capacidad para bloquear el sistema de seguridad entre plantas, la irrupción en un taller y la agresión física a uno de los ‘capos’ de la planta baja elevaría el cartel de quienes llevaran a cabo dicha acción. Ruffo y Leguizamón, los referentes de la planta alta, serían luego recordados en función de esta demostración de poder, capacidad y valor.

El lugar que ocupa Irina dentro de la pelea de las plantas también es un factor de relevancia. Los profesionales, los pacientes-internos y el personal penitenciario consideran que parte de los conflictos del pabellón tienen que ver con su relación con Nico, y con los celos y resentimientos que eso genera en la población. Ella es su psicóloga tratante, lo conoció en el módulo III, lo llevó al PRISMA para que se integre al programa, se ocupó activamente de que fuese bien recibido en la planta baja,

acostumbrando estar siempre con él dentro de los consultorios. Nico, por su parte, demandaba atención constantemente; una vez me dijo: “Yo gil no soy, me di cuenta que cuando te ven bien no te dan pelota. En cambio cuando me corto, cuando me trato de ahorcar, o cuando estoy en una pelea Irina se queda conmigo toda la tarde, o hasta la noche.” La demanda permanente de Nico hacia Irina y Mariana, su trabajadora social, era objeto de celos y quejas por parte del resto de los pacientes internos. Él intentaba estar siempre acompañado por ellas y tenía la costumbre de generar conmoción cuando sabía que estaban atendiendo a otros. Autolesiones, intentos de ahorcamiento, gritos; eran los recursos más comunes a los que recurría. Por lo general, tenía una inmediata respuesta del equipo de profesionales, lo que generaba críticas en los agentes penitenciarios y en el resto de los pacientes internos, como me comentó un día Ezequiel:

Acá somos todos iguales pero a la planta baja le dan más cabida. Si te fijás Nico está siempre con Irina, todo el día...después viene acá y a nosotros nos atiende en dos minutos. Así no es, eso genera mucho descontento y después hay problemas. La vez pasada yo vi que Nico se había robado una foto de Mariana, la trabajadora social, y me la quería vender porque sabe que me gusta. Yo le conté a mi psicóloga y Nico me quiere matar o no sé. Yo estoy por salir en libertad, no puedo correr ese riesgo así que me quedé sin talleres para no cruzármelo. El hace cualquier cosa y el que se queda sin taller soy yo ¿A vos te parece?

3. La tregua

Los talleres fueron suspendidos por dos semanas. La dinámica dentro del PRISMA fue extraña durante esos días. Había una noción compartida acerca del rol terapéutico de los talleres y los enormes beneficios para la tolerancia del encierro, el aprendizaje y “para olvidarse que están presos”. También se percibía un cariño general hacia sus equipos tratantes. Para los pacientes-internos son ellos quienes “los ayudan, los bancan” en los momentos difíciles. En algunos casos, se trataba de los únicos vínculos afectivos con los que contaban, razón por la que percibían con “mucho tristeza” la distancia y enojo de los profesionales civiles en los días posteriores a la pelea.

Luego de las asambleas y espacios focalizados con los principales protagonistas de la pelea, desde el PRISMA se decidió “hacer una apuesta por la convivencia, una tregua entre las plantas”, con el compromiso de nunca más poner en riesgo los espacios del Programa. Es decir, los talleres socioculturales, momentos terapéuticos y todas las

instancias que estén por fuera de sus áreas de alojamiento⁷⁹. El anuncio tuvo lugar en el taller de radio.

El programa versó sobre algunos temas de interés general: deportes, política, música, con un bloque espacial dedicado a la “tregua entre las plantas”. La coordinadora del programa, Irina, se acercó especialmente para hablar de la pelea; ella tuvo la intención de dar el último mensaje claro a todos los pacientes del PRISMA sobre la situación y las posibles consecuencias, si llegaba a repetirse un episodio de esas características. Para ella, al igual que muchos de los profesionales de su programa, “se había tocado fondo”, se había llegado a un límite que comprometía la dinámica de trabajo que venían construyendo y también el respeto que inspiran en los pacientes. Ella era psicoanalista y estaba trabajando en cárceles desde hacía ocho años. Fue convocada apenas se creó el programa por la Secretaría de Justicia del Ministerio y, desde entonces, estuvo a cargo de la coordinación. Conocía a toda la población alojada en el pabellón y, por lo general, se paseaba por todos los talleres para “ver que todo ande bien”. Los pacientes-internos solían referirse a ella con expresiones de cariño, pero entre los profesionales había más matices en sus relaciones con ella. En las reuniones de equipo que pude presenciar siempre tuvo un discurso fuerte, así como poca receptividad a las opiniones contrarias. Los, empleados se quedaban serios mirando sus celulares mientras ella hablaba y algunos, directamente, no iban a las reuniones.

Llegó a las corridas esa mañana, tomó el asiento que le cedió Sebastián, y habló con rapidez y vehemencia:

El PRISMA no funciona de esta manera porque somos muchos los que trabajamos acá, sino por la postura ético-política que asumimos como profesionales de la salud mental y nuestro incuestionable compromiso con los derechos humanos.

(...)

El límite al que llegamos es una bisagra. El que no colabore se va a tener que ir. Esa es una decisión que ya hemos tomado como equipo. El PRISMA es una **oportunidad** y el que no la valore se tiene que ir. No es mala voluntad, trataremos en lo posible de encontrar para ustedes el mejor alojamiento dentro del Servicio... pero no podemos tolerar más este tipo de prácticas porque esto es, ante todo, un hospital psiquiátrico y no vamos a permitir que nadie lo ponga en riesgo.

⁷⁹La territorialidad en el espacio carcelario es sumamente interesante. Los “códigos tumberos” y las prácticas violentas dentro de las salas de alojamiento no son específicamente cuestionados por el personal del PRISMA. Quedan fuera de su área de control y responsabilidad.

(...)

Nosotros nos pasamos el día pensando qué hacer con el Programa, como generar nuevas instancias de recreación, y por situaciones como las del otro día terminamos suspendiendo todas las actividades. Es una realidad que ya no tenemos ganas de exponernos así, de trabajar con miedo.

Se apeló a recurrir a “mecanismos internos de control” entre ellos, para atomizar los intentos de violencia que puedan suceder en el futuro: “parar la moto, hablar para tranquilizar los ánimos”. El trasfondo de este pedido terminó involucrando los vínculos institucionales con las relaciones de poder al interior de la población carcelaria, las relaciones de reciprocidad mediante las cuales se permiten niveles de presión y violencia mientras estén en consonancia con los requisitos institucionales.

4. ¿Qué es ser violento en el pabellón psiquiátrico del PRISMA?

Como hemos visto en la situación etnográfica analizada y en los discursos de los actores a través de esta tesis, cuando se habla de violencia como categoría clasificatoria de ámbitos de intervención diferenciados, siempre se destacan atributos que introducen un sentido moral alrededor de prácticas y personas específicas. Estas violencias, cuando se describen en estos términos, son construidas como acciones intolerables y objeto de censura (Riches 1988).

El pabellón psiquiátrico de Ezeiza, en su peculiaridad, constituye su identidad institucional en torno a una disputa disciplinaria, donde la cárcel y el hospital psiquiátrico se han erigido como ámbitos puros y diferenciados. El límite entre ellos era asignado por la manifestación de violencia física. Ahora bien, lo que hemos visto en el conflicto del taller de cine es que las representaciones del personal penitenciario, los profesionales y los pacientes-internos sobre lo que debe ser rotulado como “violento” no está vinculado a prácticas específicas, sino a las formas en las que las mismas son aprehensibles y significadas para los actores.

Sostiene Ojeda (2017) que en Argentina las investigaciones que abrieron el campo a los estudios penitenciarios han provenido principalmente del ámbito del derecho penal. Este tipo de trabajos ha constituido un esfuerzo por refinar paradigmas doctrinales con miras a la modificación de situaciones consideradas injustas, a las que se ven expuestos aquellos sujetos en conflicto con la ley (Míguez, 2007). Las investigaciones sociales, influenciadas fuertemente por esta tradición y enfrentadas a la imperiosa necesidad de denunciar las violaciones a los derechos humanos, el uso de la

violencia, la tortura y la selectividad del poder punitivo, se han centrado en mostrar evidencias de las acciones negativas que el sistema penal ejerce contra los sujetos a su cargo, develando la voluntad disciplinadora del Estado. Así, la violencia institucional en cárceles - definida ésta como todo uso arbitrario o ilegítimo de la fuerza física, psicológica, política o económica ejercida o permitida por la agencia pública (Dobry 2004) - ha sido extensamente analizada a nivel local y ha delineado la conceptualización de la prisión como el exclusivo y el excluyente lugar del castigo, el aislamiento y la consecuente generación de códigos internos (Ojeda 2015), donde se llevan a cabo prácticas de “secuestro institucional” (Daroqui, 2002).

Por su parte, los principales análisis sobre la institución psiquiátrica se han centrado en la lógica de poder que opera a través de la psiquiatría como subsidiaria del ejercicio de control social, proveyendo de clasificaciones, prácticas y discursos que sostienen una intervención estatal normalizadora de la conducta humana. Dentro de este proceso se recurre a la noción de ‘peligrosidad’⁸⁰, entendida como categoría clasificatoria para ‘seleccionar’ la desviación en función de múltiples respuestas disciplinarias (Foucault, 2010; Vezzetti, 1985; De Leonardis, 1985; Pavarini y Betti, 1984; Pitch, 1999; Sozzo, 1999). Una segunda línea de estudios ha profundizado en el funcionamiento del hospital psiquiátrico como una institución total, cuyo poder transforma completamente la vida cotidiana del individuo (Goffman, 1984), constituyendo en los pacientes una nueva identidad, que incorpora la imagen de sí mismos que la institución les impone (Basaglia 1972). La violencia imbricada entre los aspectos coercitivos y terapéuticos del régimen asilar ha sido extensamente desarrollada en estos estudios (Basaglia, 1972; Goffman, 1984, Foucault 2002), donde se muestra a estas instituciones como maquinarias de desubjetivación⁸¹. Dentro de la academia argentina, encontramos estudios abocados a documentar las prácticas violentas cotidianas en instituciones manicomiales, especialmente las contenciones forzosas, la administración excesiva de psicofármacos y las agresiones físicas (Bialakoswky et al, 2000; Tamburrino, 2009; Mantilla, 2010). Estos corpus teóricos sirven de base para

⁸⁰ La peligrosidad de la persona es evaluada en función no de criterios individuales ni de procesos interactivos, sino en función de su categoría social dentro de un discurso capaz de determinar la libertad o detención de una persona mediante un poder provisto por una institución judicial y otra científica.

⁸¹ Por desubjetivación podría definirse la expulsión de la humanidad que implica cuerpos biológicamente homo sapiens pero sin inclusión en el imaginario que dona inscripción subjetiva en la condición humana (Lewkowicz, 2004:33-34).

relativizar, en primer lugar, aquellas clasificaciones nativas que depositan a la manifestación de violencia física⁸² exclusivamente en la órbita penitenciaria.

Consideramos que estas perspectivas, si bien necesarias, dejan fuera del análisis otros aspectos del problema que tienen mucho que aportar a la reflexión sobre la violencia y el encierro. Nos referimos específicamente a los componentes de significación implicados en la determinación de una acción como “violenta”, en la medida que son los sentidos que definen la violencia aquellos que informan sobre la peculiaridad del caso de investigación bajo estudio. Cuando los actores hacen referencia a “acciones violentas” se refieren a un conjunto heterogéneo de prácticas que son definidas de ese modo y en este contexto. Estas definiciones tienen que ver con el status de *víctima*, el *espacio* donde tiene lugar la acción ilegítima y la *forma* que adquiere la agresión.

En la pelea del taller de cine hemos visto cómo una situación etnográfica hace aprehensibles un abanico de puntos de vista, nociones nativas acerca de las definiciones sobre lo que la violencia *es*. En el cuerpo de profesionales y en las salas de alojamiento hemos visto como éstas son disputadas, dinámicas y situacionales. No se han registrado prácticas que por sí mismas sean ilegítimas, a pesar de involucrar agresiones físicas hacia otras personas: Rodrigo y Nico (al igual que muchos otros pacientes internos del pabellón) son compañeros de rancho y habitualmente resuelven algunas diferencias a los golpes, como el ejemplo de la yerba citado en este trabajo. Ellos no tipifican esta situación como “violenta”, por el contrario, la conciben como un código común de resolución de conflictos entre amigos. No hay represalias.

Cuando se involucran las categorías “psi” vemos que hay un viraje en las representaciones de los pacientes-internos. En tanto se encuentran bajo un régimen hospitalario, deben “respetar el tratamiento de los demás”, tener en cuenta “la vulnerabilidad” de algunos pacientes, especialmente aquellos que presentan retrasos madurativos evidentes. Las categorías psiquiátricas y terapéuticas se insertan en las disputas por las definiciones sobre la violencia, pero no de manera lineal. Hemos visto como la planta baja se sirve de nociones que transmite el Programa para imponer orden y control en la sala de alojamiento.

En la asamblea de planta baja quedó clara la postura de los profesionales al

⁸² A fines expositivos utilizaremos el término violencia para referirnos específicamente a prácticas físicas y observables: uso del término “el empleo de fuerza física directa y vigorosa con la intención de causar daño (...) la violencia en cuestión puede ser (...) personal o puede estar institucionalizada (Ferrater Mora y Cohan 1981: 193-194).

impugnar prácticas violentas en sus ámbitos de tratamiento, *en sus espacios*. El uso que los pacientes-internos hicieron del ámbito terapéutico fue interpretado por el equipo civil como una transgresión y una amenaza: la invasión de lo carcelario en la lógica hospitalaria.

La violencia entre pacientes-internos ocupa un lugar dinámico y contradictorio en las representaciones del equipo profesional. Mientras algunos sostienen la importancia de reforzar el discurso terapéutico en detrimento de cualquier práctica o acción que pueda definirse como violenta, otros apelan a “mecanismos de control internos” para evitar que se repita un episodio como el del taller de cine, convalidando relaciones de coacción, poder y sometimiento al interior de la población alojada.

Existe, sin embargo, un acuerdo tácito entre los actores institucionales acerca del uso de determinadas prácticas coercitivas informales para mantener el orden dentro del pabellón son significadas por todos ellos como necesarias para garantizar el orden y el bienestar de los alojados. En esos casos, no se refieren a ellas como “violentas” y tampoco las condenan ética o moralmente de manera taxativa. Los métodos que utilizan los agentes penitenciarios en estos casos remiten a conceptualizaciones sobre la violencia, las cuales destacan su cualidad de herramienta racional y razonable para obtener un determinado bien preciado (Schroder y Schmidt, 2001; Riches, 1988). Por su parte, los miembros civiles del programa cuyo discurso institucional y político suele apoyarse en la desarticulación de la *lógica tumbera*⁸³ y el respeto por los derechos humanos de sus pacientes, pueden verse interpelados a movilizar de modo estratégico episodios de violencia entre internos dentro de sus disputas con el personal penitenciario⁸⁴; haciendo uso, incluso, de argumentos ligados a la lógica carcelaria y ampliando sus márgenes de tolerancia hacia algunas formas de coerción física. Con el régimen de sanciones suspendido y el control que ejerce el equipo civil de tratamiento, los agentes penitenciarios encuentran en las relaciones de intercambio con los pacientes-internos y la regulación de sus violencias, los canales más adecuados para garantizar niveles básicos de orden dentro del pabellón. Asimismo, los profesionales civiles entienden que en situaciones muy específicas deben modular sus expectativas y prácticas en función de las “formas establecidas por la dinámica carcelaria” para

⁸³ Para los profesionales del PRISMA, la *lógica tumbera* alude a las formas de codificación, un lenguaje específico y prácticas asociadas a la organización social dentro de las cárceles, donde el uso de la violencia física junto con otras prácticas coercitivas adquiere especial importancia.

⁸⁴ El PRISMA y el SPF mantienen una relación tensa producto de sus permanentes competencias por el poder y jerarquización a la hora de tomar decisiones dentro del pabellón, y por la adecuación de sus conocimientos profesionales para la gestión de la población alojada.

resolver los conflictos, muchas veces involucrando acciones capaces de ser clasificadas como violentas, aún por ellos mismos.

En el flujo cotidiano de la disputa entre el PRISMA y el SPF por el control del pabellón psiquiátrico puede suceder que miembros civiles del programa cuyo discurso institucional y político suele apoyarse en la desarticulación de la lógica tumbera y el respeto por los derechos humanos de sus pacientes, se vean interpelados a movilizar de modo estratégico episodios de violencia entre internos dentro de sus disputas con el personal penitenciario; haciendo uso, incluso, de argumentos ligados a la lógica carcelaria y ampliando sus márgenes de tolerancia hacia algunas formas de coerción física. En una oportunidad, por ejemplo, el equipo estaba solicitando al Servicio la reparación de una de las cámaras de control de una celda individual, el pedido fue postergado entre las distintas prioridades de la institución con el argumento de que el SEDE (Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización) tenía espacio disponible para que ese paciente-interno permaneciera monitoreado hasta que se contara con los medios para financiar la reparación. Este detenido compartió alojamiento con un ingresante que debía ser evaluado. A la brevedad comenzaron los problemas de convivencia, los gritos solían escucharse en forma permanente en los pasillos. El personal del PRISMA debió elegir entre “compensar” a los pacientes por medio de tratamiento y medicación, o dejar que la violencia se desarrollara con intensidad para que el SPF comprendiera la seriedad, urgencia y relevancia de su pedido. La elección de esta última opción generó una rápida respuesta por parte de las autoridades del penal y la cámara fue reparada esa misma semana. Esta medida fue muy criticada por algunos de los profesionales que consideraron que se habían vulnerado los derechos y seguridad de los pacientes. Por su parte, los pacientes-internos que escucharon hablar de esta situación no tuvieron impugnación crítica de ningún tipo hacia los profesionales civiles, entendiendo que su accionar estaba orientado a mejorar sus condiciones de alojamiento. Interesa especialmente que el “conflicto de las plantas”, como solían llamarlo los diferentes actores en el campo, estaba lejos de ser una situación particular o excepcional. El análisis del conflicto como parte constitutiva y central de las relaciones y universos sociales estables, es central para pensar la estructura de este mundo social y la forma que adquiere su cohesión social⁸⁵. Siguiendo a Gluckman (1995), los conflictos

⁸⁵ El punto de partida de Gluckman es que “el conflicto y la superación del conflicto son dos aspectos del mismo proceso social que están presentes en todas las relaciones sociales. Éstos procesos no sólo están presentes en la historia de grupos singulares y sus relaciones, sino que son inherentes a la naturaleza de

son parte de la vida social, y las costumbres propias de este mundo parecen exacerbar estos conflictos, pero al hacerlo, estas costumbres también impiden que se destruya el orden en su conjunto, los códigos y prácticas acaban por reafirmarse y otras veces por producirse, reagruparse. En ese sentido, la tregua entre las plantas es como la “paz” está contenida dentro de la disputa y el conflicto.

Los meses de trabajo de campo etnográfico me permitieron acceder a las complejidad de un espacio donde los actores (pacientes-internos, profesionales del PRISMA y personal penitenciario) no presentan características homogéneas ni unívocas. Por el contrario, hay clivajes, grietas, estrategias transversales que podrían vincularse con el concepto de fisión-fusión esbozado por Evans-Pritchard (1977), en la que los miembros de cada uno de estos grupos son amigos en un terreno y enemigos en otro (como por ejemplo el caso de los detenidos que frente al episodio actuaron como unidad a pesar de que su cotidianidad está marcada por la fractura y el enfrentamiento; o los profesionales que mantuvieron un único discurso en las asambleas a pesar de sus diferencias; o los penitenciarios que pueden actuar como grupo y luego establecer relaciones de reciprocidad con detenidos aún en perjuicio de sus compañeros); contextos y estrategias en las que se observa un pasaje de una situación de gran competencia y hostilidad a la unión frente a un otro, que pueda percibirse como enemigo. Sobre esta base descansa la cohesión social del PRISMA como mundo social, enraizada en los conflictos entre las diferentes lealtades se han construido y que están en permanente reconstrucción. La norma y la moralidad ocupan un lugar central en este proceso.

Durante aquellos días tuvieron lugar todo tipo de discusiones, algunas con mucha vehemencia sobre los pasos a seguir después de la pelea, y fundamentalmente, el lugar que *puede ocupar la violencia* dentro del pabellón, aun estando en la órbita de una cárcel de máxima seguridad.

Para los pacientes-internos el eje de la cuestión involucraba un conjunto de precauciones para evitar futuros enfrentamientos, no querían quedarse sin talleres nuevamente y tampoco *traicionar la confianza de los profesionales*. Ciertamente es que, para ellos, la situación no fue liminar, ni extrema. La violencia es considerada por estas personas como una forma legítima de resolver conflictos, diferencias y problemas, es inherente a la vida cotidiana dentro de una cárcel, está enraizado en sus

“toda estructura social” (1968: 47). Por lo tanto sostiene que el conflicto no es ni una anomía ni se debe a factores exógenos, es parte del proceso de la vida social.

representaciones. Desde la óptica de todas las personas detenidas con las que hablé, el episodio fue normal, “propio de una cárcel, donde hay rivalidades que tienen que ir decantando. Los presos arreglamos nuestras cosas así y después está todo bien”, dijo una vez Rodrigo.

A pesar de los esfuerzos de muchos profesionales para desarticular las lógicas carcelarias (la apelación constante a la palabra, las actividades socioculturales, la intromisión en el trato con el personal penitenciario para evitar abusos y violencia sobre los detenidos, la mediación en problemas de convivencia entre los pacientes-internos etc.), el PRISMA está inmerso en la forma y expresión de lo que Nancy Scheper-Hughes (1992) denomina “violencia cotidiana. Se trata de narrativas y prácticas de violencia en el nivel micro-interaccional introyectadas por los individuos donde aparece un *ethos de violencia* que normaliza pequeños brutalidades, terror y abusos. Como ya fue expresado, para los pacientes-internos el recurso a la violencia es legítimo y muchas veces está desprovisto de sentimientos o enemistades profundas.

Los guardias, acostumbrados a la cárcel común, consideran que el pabellón es un ámbito de violencia de poca intensidad, pero que radica en la falta de autoridad del PRISMA y “la enorme bola que se le da al currito de los Derechos Humanos”. Según los trabajadores del Servicio, en la vieja Unidad N° 20 del Hospital José T. Borda, los detenidos tenían mejor conducta porque sabían que “no podían hacer lo que querían. Ahora, que por cualquier pavada te sacan un Habeas Corpus, los presos están todos agrandados”.

En estas representaciones sobre la violencia podemos identificar distintos repertorios morales (Howell, 1997), entendidos como la coexistencia de prácticas y discursos entre y al interior de estos actores donde resultan operativas categorías éticas disímiles que coexisten sin anularse entre sí. Estos valores morales son contingentes, polisémicos y situacionales, y guardan un vínculo dinámico con las prácticas, ya que las mismas pueden redefinir a los valores o éstas pueden adecuarse a los últimos. Debido a dicha cualidad los valores deben ser abordados en relación a los contextos sociales e institucionales en los que están insertos (Balbi, 2007; Howell, 1997). En este caso, con la forma en la que estas personas se relacionan con este *ethos de violencia* del mundo social que constituyen, la cárcel y el hospital psiquiátrico, la salud y la delincuencia.

Tres meses después del incidente, la rivalidad entre las plantas continuó estructurando las dinámicas y actividades del penal. Los motivos que le fueron asignando los actores fueron poco claros, por momentos algo contradictorios (los celos,

la búsqueda de un mejor cartel, el abuso sexual a Sebastián etc.). La violencia física no se redujo, pero sí dejó de estar presente en las actividades y ámbitos del PRISMA. El insistente trabajo realizado por el personal del Programa para movilizar determinados criterios morales en detrimento de otros, fue efectivo para resguardar sus espacios, aun generando episodios de violencia entre la población alojada, pero dentro de sus ámbitos. Los “mecanismos internos de control” ya mencionados generaron grandes confrontaciones al interior de cada planta.

En función de las lógicas propias del ámbito carcelario y reconvirtiendo los discursos “psi” de sus tratamientos, los pacientes-internos fueron resolviendo sus diferencias, generando nuevas alianzas y ascendiendo a lugares de mayor o menor poder. Valoraciones morales se inmiscuyen dentro estos procesos, generando escenarios siempre cambiantes y sujetos a permanentes reacomodamientos, en los que también intervienen egresos, ingresos, rotaciones de pacientes entre las plantas, y otros conflictos inherentes a sus prácticas cotidianas. El poder de los actores, en este sentido, no solamente depende del lugar que ocupa en el espacio social (en tanto profesional, penitenciario o paciente-interno), sino en el capital moral acumulado, que lo posiciona estratégicamente en condiciones de presión y negociación dentro y fuera de sus grupos de pertenencia. Por capital moral se entiende el efecto de la transfiguración de una relación de fuerzas en relaciones de valor, en las que los actos sociales son valuados de acuerdo con los estándares de lo que debe ser obligatorio (Wilkis, 2014), remite a los esquemas de percepción y apreciación que reconocen propiedades pertinentes como virtudes en el marco de relaciones específicas. En este caso aquellas que remiten al ámbito carcelario, a la cultura de la cárcel (Míguez, 2008).

Lo importante para comprender este aspecto dentro de las relaciones sociales del pabellón psiquiátrico de Ezeiza, es que el valor de esta categoría permite un ordenamiento topográfico, en la medida en que permiten distribuir a quienes gozan de reconocimiento dentro de un espacio social distintivo. Las personas son medidas –jerarquizadas– en función del cumplimiento de obligaciones. Acumular capital moral es acumular legitimidad en una posición dentro de esta jerarquía social. Interrogarse sobre las obligaciones que vinculan a las personas es interrogarse sobre las creencias profundas que ellas tienen sobre las posiciones de los agentes en la jerarquía social. Lo que está de fondo en el ‘conflicto de las plantas’ es también la pugna por el patrimonio de ese capital, que permite ordenar la realidad social con criterios de legitimidad.

6. Recapitulación

En estas páginas nos hemos propuesto mostrar de qué forma se inscribe la contienda por la clasificación de aquello que es violento dentro del pabellón psiquiátrico de Ezeiza. Esta discusión, y las formas en las que se despliega, está íntimamente vinculada tanto al carácter híbrido y ambiguo de la institución, como a las disputas entre saberes y competencias de los actores institucionales.

En primer lugar realicé una reconstrucción de una pelea entre pacientes-internos que generó controversia acerca de su cualidad como “violenta” y liminal, recurriendo al análisis de sus discursos. Luego, analicé las instancias posteriores donde los sujetos intentan colocar una interpretación hegemónica acerca de lo acontecido, poniendo de relieve el carácter contextual de lo que se clasifica como violento, en independencia de acciones concretas. Asimismo, en este apartado expuse los clivajes entre los actores, mostrando las formas diversas en las que se vive, experimenta y narra, la tensión entre lo penitenciario y lo psiquiátrico-terapéutico en las personas. Finalmente, me propuse analizar y describir los atributos que constituyen *lo violento*, entendiendo que se trata de un terreno de disputa que moviliza nociones morales y éticas, imputaciones psicopatológicas y definiciones espaciales que habilitan (o no) prácticas que puedan ser definidas en esos términos.

La violencia está inserta en la configuración espacial y simbólica de la institución, define sus límites y participa en la reorganización de los vínculos sociales.

La pelea del taller de cine, la forma en la que el Programa convalida algunas relaciones coercitivas entre pacientes internos, la relación de reciprocidad que tiene el Servicio Penitenciario con algunos pacientes-internos para controlar las salas de alojamiento; exponen con claridad que la violencia es un operador más moral que descriptivo (Garriga y Noel, 2010), cuyo sentido y aprehensión por parte de los actores debe rastrearse en relaciones concretas y situacionales. Indagar las construcciones valorativas que construyen la categoría de violencia da cuenta de los valores morales que rigen en un mundo social y permiten hacer inteligible aquello impensable en otros contextos.

Conclusiones

A lo largo de estas páginas me propuse interrogar las tensiones que surgen en la articulación entre el dispositivo penitenciario y el psiquiátrico-terapéutico dentro de un contexto institucional específico. La perspectiva etnográfica supone crear y sostener en el tiempo un vínculo con personas concretas, con tiempos que varían, con contingencias y contradicciones. Así pues, colocar la mirada en las interacciones cotidianas implicó tener presente que los mundos sociales que transitamos están profundamente atravesados por las formas en las que los individuos ponen en funcionamiento interpretaciones sobre lo que deben hacer, modos diversos y situacionales de otorgarle sentido, en las que se juegan compromisos, emociones, obligaciones y transgresiones. Por esa razón y bajo el intento de no sacrificar la diversidad de este universo social, procuré indagar las narrativas y experiencias de profesionales de salud mental, agentes penitenciarios y pacientes-internos, y reconstruir los distintos contextos que dan sentido y hacen inteligible lo que las personas dicen y hacen.

En la introducción describí las características formales del ámbito bajo estudio, su normativa y una breve reseña sobre su historia. En ella, describí las reglas generales del funcionamiento del PRISMA y del SPF. Mencione algunos ejemplos que dan cuenta de las dificultades que surgen entre los agentes institucionales (penitenciarios y civiles) para llevar a cabo sus tareas cotidianas, en tanto la admisión, el tratamiento y la seguridad no conforman entidades que funcionan autónomamente, haciendo de este ámbito de intervención un espacio dilemático. Asimismo, explicité las razones por las que los pacientes-internos del PRISMA difieren, en rigor, tanto de internos penitenciarios como de pacientes internados en hospitales civiles. Introduje luego, mediante la articulación entre perspectivas nativas y categorías académicas, la existencia de dos marcos de significación que disputan su lugar hegemónico en la comprensión y definición de las relaciones dentro del pabellón: *discursos psi* y la *subcultura del delito*. Finalmente, frente las tensiones que se generan alrededor de estos sujetos, espacios y criterios ambiguos, describí y expliqué la pertinencia de las situaciones problemáticas sobre las que se edifica el argumento de esta investigación. Éstas están constituidas por tres disputas que interpelan a todos los actores: la construcción social del espacio, la construcción social de los sujetos de intervención, y la construcción social de las definiciones sobre “lo violento” dentro del pabellón. Estas

situaciones problemáticas son las que resultan en las dimensiones analíticas sobre las que se erige cada uno de los capítulos.

En el primer capítulo interrogué la tensión entre los abordajes psiquiátrico-terapéuticos y penitenciarios desde un estudio de la configuración espacial del pabellón psiquiátrico de Ezeiza, entendiendo que ésta ordena, circunscribe y jerarquiza a los actores, a sus prácticas y representaciones. Sostuve que existe una concepción fragmentaria sobre el ambiente que comparten, que entiende a la cárcel y al hospital psiquiátrico como ámbitos antagónicos. Esta noción se sustenta sobre prácticas técnicas y profesionales divergentes encarnadas en espacios específicos, bajo la gestión de cada uno de los agentes estatales, el PRISMA o del SPF. Exhibí cómo estas nociones acerca del lugar que habitan se encuentran en la organización material de los edificios, en la disposición de los cuerpos y los objetos, y en su respectiva circulación.

A través de un recorrido por el pabellón, de la descripción de los distintos espacios, de las reglas de circulación, y las formas de uso, consigné los conflictos e intercambios que se generan en la imagen dicotómica que sostienen los actores y que lo convierten en un territorio en disputa: organización de identidades profesionales y morales, distribución punitivo-segregatoria de pacientes-internos, ámbitos terapéuticos utilizados como escenarios de lucha entre pacientes-internos, saberes asociados al tiempo de permanencia en espacios determinados, estigmas referidos a la ocupación de determinados ámbitos (SEDE, celdas de resguardo), usos espaciales que expresan relaciones de poder, entre las más importantes desarrolladas en estas páginas.

A su vez, procuré mostrar que pese a existir en los actores un relato que separa y contrapone abordajes disciplinarios, en el flujo de la cotidianeidad éstos se solapan, generando contextos de disputa y de reciprocidad entre agentes del SPF y profesionales del PRISMA, oscilando entre la *marginalidad* y la *integración*. En otras palabras, las representaciones diferenciales que expresan suponen una relación contradictoria entre las lógicas penitenciarias y las psiquiátrico-terapéuticas que, con en la observación de su funcionamiento, también se reconvierten en prácticas de integración y reciprocidad, mostrando una relación de continuidad entre sus prácticas. La imagen espacial del pabellón traduce instancias conflictivas, como consensos y ayudas mutuas.

Entendiendo que existen tácticas capaces de ser ejecutadas por los individuos, para apropiarse de ámbitos que no les pertenecen, analicé y describí cómo en sus formas de usar determinados espacios se producen transformaciones en las experiencias de institucionalización de pacientes-internos, repercutiendo en la concepción de sí mismos

y la construcción de percepciones temporales diferenciadas.

En el segundo capítulo abordé la tensión disciplinaria a partir de los procesos de producción del paciente-interno, donde tiene lugar una disputa por la definición de aquellos que “deben” y “merecen” ser admitidos dentro del PRISMA. Consigné que los pacientes-internos están definidos por medio de saberes expertos que se presentan a sí mismos como “objetivos”, pero que en el flujo cotidiano son afectados por requerimientos propios de la institución penitenciaria. La demanda del SPF ante la dificultad de alojar algunos perfiles de detenidos, la escasez de dispositivos penitenciarios para asistir demandas generales de salud mental, la relación específica que genera el cuerpo profesional con el paciente a evaluar en términos de empatía o rechazo en función de sus causas penales; también constituyen el escenario cotidiano donde se determina la decisión de admisión. Procuré dar cuenta de la intromisión de valores y moralidades que operan como organizadores de criterios “psi” haciendo del pabellón psiquiátrico un lugar que no solamente está vinculado con criterios psicopatológicos adjudicados a las personas, sino también con otras cualidades que definen al “merecimiento”, o “el derecho de estar ahí”. Los *discursos psi* suelen ser sobrepasados por nociones ligadas a los códigos carcelarios, jerarquías, formas de socialización que los actores reconocen dentro de una “cultura asociada al delito”.

A través del relato de observaciones dentro del SEDE, quise exhibir cómo el sufrimiento del “paciente” se inscribe dentro de una política en la cual el derecho es garantizado por la espectacularización de su padecimiento, a título de la enfermedad (justificación del tratamiento) o del dolor (apelando a la compasión) o de la exposición al peligro (apelando a la legitimación de algunas prácticas de autopreservación por parte de los profesionales o al pedido de intervención del SPF). La figura del refugiado aparece en estas viñetas, se inmiscuye en las argumentaciones de los actores institucionales, como evidencia del funcionamiento institucional.

A través del análisis etnográfico analicé y describí las instancias de producción del paciente-interno por los actores institucionales, mediante un conjunto heterogéneo de prácticas y discursos que empiezan en el SEDE y en las áreas administrativas del Servicio Penitenciario Federal, para finalizar en la sala de alojamiento, donde la población alojada define, también, colectivamente la pertinencia de su membresía. Me serví para este apartado de las narraciones y experiencias de los pacientes-internos, para reconstruir cómo se incorporan y redefinen las categorías psiquiátricas y delictivas una vez que estas personas evaluadas son admitidas y trasladadas a las salas. Dentro de ese

proceso que empieza con “el bautismo” y que continúa en sus dinámicas, mostré los desplazamientos en sus identidades, reconversiones que hacen visibles los códigos de este pabellón psiquiátrico, entre los que se destaca el respeto por los profesionales civiles y el tratamiento que proveen. Es decir, que a diferencia de los ámbitos donde priman los saberes expertos o profesionales del PRISMA y el SPF, entre pacientes-internos el “refugiado” está inmerso en una cuestión donde códigos, discursos y moralidades carcelarias, demostraciones de fuerza y masculinidad; o debilidad e incompreensión. Acostumbrados por su trayectoria institucional dentro de establecimientos penitenciarios, la mayoría de pacientes-internos reconocen la importancia de los códigos ligados la vida en la cárcel; pero siempre los límites que supone habituarse a las expresiones de que se “viven un hospital psiquiátrico”.

En el último capítulo me propuse interrogar el criterio que los actores colocan, de forma nativa, en el límite entre los espacios terapéuticos y penitenciario: las definiciones aquello que se rotula como “violento”. Para dar cuenta de esta situación como dimensión analítica reconstruí y analicé un episodio sucedido durante mi experiencia de trabajo de campo especialmente significativo por la controversia que generó en relación a las concepciones sobre la violencia *en el PRISMA*. Se trató de una pelea entre pacientes-internos dentro del taller de cine, espacio de atención terapéutica organizado por el área sociocultural del Programa. Este enfrentamiento que hizo visibles los desplazamientos en las definiciones despliegan los actores de acuerdo a situaciones específicas. Luego analicé las instancias posteriores al hecho, las asambleas, las reuniones de profesiones y entrevistas individuales, para dar cuenta de las distintas interpretaciones y narrativas acerca de dicho evento. El propósito fue evidenciar que los atributos que constituyen a la violencia como entidad no están definidos por prácticas sociales perpetuas, sino por clasificaciones contextuales, polisémicas y en permanente movimiento. En estos procesos que disputan y construyen imágenes acerca de aquello que es violento en este mundo social, circulan nociones valorativas, éticas y morales dinámicas, polisémicas y contradictorias asociadas a distintas formas de concebir el lugar que habitan y la población que debe y merece ser parte *del PRISMA*. A su vez, el análisis permitió profundizar el conocimiento sobre este mundo social, sus normas y valores, y los dilemas que actúan mecanismos de cohesión y/o disgregación social.

Desde esta perspectiva considero a la pelea del taller de cine, con sus posteriores interpretaciones, en los términos que Zigón (2007) define como intersticios entre el conjunto de disposiciones irreflexivas que orientan las acciones cotidianas y los

momentos de fractura y reflexión sobre dicha acción. Es decir, concebir dicho evento como una fisura cuyo análisis es un terreno fértil para aportar conocimiento sobre los valores y moralidades de este universo social: la relación entre la población alojada, con sus códigos, valores y jerarquías; la relación que cada paciente-interno mantiene con el cuerpo de profesionales civiles; el lugar que ocupa el diagnóstico psiquiátrico en las relaciones entre los pacientes-internos; la relación entre los profesionales civiles; la relación entre los profesionales civiles y agentes penitenciarios; los espacios en los que se habilitan expresiones de agresividad física; los espacios donde estas mismas expresiones son rotuladas como transgresoras y violentas; la relación entre pacientes-internos con agentes penitenciarios en dichas situaciones, entre las principales.

Con el propósito de comprender el funcionamiento de la institución, sus tensiones y las formas en las que éstas son experimentadas y narradas por los objetos, ocupé los primeros capítulos de esta tesis en las construcciones nativas que sostienen imágenes antagónicas y diferenciadas acerca de la “cárcel” y “el hospital psiquiátrico”, “el loco”, “el preso” y “el refugiado”. En el último capítulo consideré fundamental deconstruir los discursos sobre la violencia, en los cuáles descansan dichas distinciones, dando cuenta de las rupturas y las continuidades entre los abordajes penitenciarios y terapéuticos. Por otro lado, el despliegue de acciones que comienza con la pelea del taller de cine y continúa con las interpretaciones y los reacomodamientos de posiciones de poder que tuvieron lugar después del hecho, pone de relieve que las dinámicas y contingencias en las relaciones entre las entre los actores y al interior de los mismos. Aquello que Gluckman (1995) denominó “lealtades entrecruzadas”, es decir, oscilaciones dentro de estructuras organizadas en una serie de grupos y de relaciones, donde los miembros son *amigos* en un terreno y *enemigos* en otro. Nos encontramos frente a un equilibrio siempre en peligro, un “vivir juntos” que pendula entre la paz y la guerra, la solidaridad y la violencia, la hibridación y aquello que se presenta como disperso. Todos ellos como distintos momentos del conflicto enraizado en su ordenamiento, en su estructura.

Para construir el problema de investigación hice eco de una preocupación y consideración nativa ligada a la tensión e incompatibilidad entre dos modos de intervención. Luego, mostré las relaciones de continuidad y negociación entre ambos, y los continuos desplazamientos entre los postulados normativos, profesionales, técnicos y morales de los sujetos. Quien lea estas páginas probablemente habrá notado que transitar el pabellón psiquiátrico de Ezeiza nos enfrenta a la ineludible presencia de

fronteras: espacial, física, simbólica, afectiva y disciplinaria. Esta investigación interroga la ambigüedad del contexto liminar que se edifica entre “la cárcel” y “el hospital psiquiátrico”, “el loco” y “el refugiado”, “el tratamiento” y “la seguridad”, “el cuidado” y “el castigo”. La contienda entre los actores no presenta *vencedores ni vencidos*, ni siquiera en términos simbólicos. En las interacciones cotidianas entre los actores, y en sus experiencias y narrativas; podemos observar que ningún marco de sentido fue capaz de predominar en el espacio, ni los *discursos psi*, ni la *cultura del delito*. Estamos frente a una convivencia dilemática entre sujetos, espacios, tiempos y formas de interpretación y, en esta liminalidad, me propuse mostrar cómo estas nociones se diferencian, distancian, asemejan y aproximan en el devenir cotidiano. Aparecen las contingencias y, sobre ellas, los distintos actores tejen tácticas y estrategias que definen, siempre circunstancialmente, el ámbito de intervención del que forman parte.

En este trabajo interrogué y traté de hacer comprensible una intervención estatal específica: el pabellón psiquiátrico de Ezeiza donde el SPF y el PRISMA tienen a su cargo la gestión, custodia y tratamiento de personas detenidas, tipificadas con padecimientos psiquiátricos en la órbita federal. En estas páginas he buscado ofrecer una reflexión sobre la forma que adquiere una intervención civil dentro de un ámbito puramente penitenciario, la labor de quienes llevan a cabo día a día tal articulación institucional, la experiencia de sus destinatarios. Al ser ésta una elaboración antropológica, el eje ha sido colocado en la comprensión de las prácticas, discursos y valores sin juzgar a la institución estudiada, ni a aquellas personas que las encarnan en su práctica cotidiana, o las tácticas de las que se sirven los pacientes-internos para hacerse de recursos en una vida en el encierro.

Consideré relevante el aporte de un estudio centrado en la perspectiva de los actores para dar cuenta de concepciones y controversias sobre el funcionamiento de la maquinaria estatal, indagando cómo los viven, padecen, hacen y manipulan en el devenir cotidiano. Las políticas públicas constituyen a sus sujetos de intervención a través de una serie de clasificaciones, luego los agentes estatales que los ponen en práctica actualizan estas nominaciones en función de trayectorias, identidades, postulados éticos, morales e ideológicos y de contextos o situaciones concretas de implementación. En este último punto resulta fundamental indagar

En este sentido considero que comprender la implementación de una política pública desde las relaciones cotidianas de quienes las implementan, y sus destinatarios,

es una vía de acceso al estudio de la organización y funcionamiento del Estado, como éste es definido y cómo se manifiesta en el curso de la vida concreta de las personas. Por esta razón sería sumamente fructífero contar con un número mayor de investigaciones que indaguen la vinculación entre el sistema penal y dispositivos de salud mental desde la antropología de la política pública, a fin de nutrir el debate sobre las distintas formas en las que se ejerce el poder desde el Estado, se “moldea” a los individuos a través de sus políticas, y se encarnan valores, ideologías e intereses de diversa índole (Ramírez, 2010:13-14). Asimismo, y recuperando a Shore (2010), el enfoque etnográfico colabora con la comprensión de ese intersticio entre las teorías generales y casos concretos, entendiendo que el diseño de las políticas públicas suele ser sobrepasado por sus efectos, ayudando a incorporar al análisis las formas en las que los actores hacen inteligible el mundo en el que viven, incluyendo sus experiencias, necesidades, posiciones sociales, modelos de acción, valores, normas, etc.

En relación al cuerpo de estudios clásicos centrados en los dispositivos de poder que institucionalizan, gestionan, controlan y normalizan a quienes se encuentran bajo su órbita, este estudio constituye un aporte complementario que contextualice y profundice el conocimiento sobre estas instituciones. Mediante el análisis de instancias de la vida cotidiana, procuré mostrar que los pacientes-internos, a pesar de ser permanentemente *definidos* en términos institucionales, vigilados, tratados, medicados y disciplinados, son capaces de elaborar tácticas propias y manipular situaciones o contingencias a su favor. Es decir, que estas personas interpretan de modo diverso su paso por la institución, la relación con sus compañeros, el vínculo con los referentes institucionales; para movilizar luego diversos recursos en vistas de “mejorar” sus condiciones. Recursos que, aún en los casos donde interviene el engaño o la violencia, evidencian mayores capacidades mentales y cognitivas de las que se les suelen reconocer a estas personas. En ese sentido, en este trabajo busco intervenir en el debate acerca del binomio locura-sinrazón que domina parte del sentido común y de distintos abordajes disciplinarios, donde se promueven nociones esencialistas y totalizantes sobre las acciones desplegadas por personas tipificadas con trastornos mentales.

En relación a los sujetos de intervención institucional considero importante destacar algunos aspectos. Por un lado, la problemática de la salud mental de aquellas mujeres y hombres alojados en establecimientos del SPF excede superlativamente la capacidad de alojamiento del pabellón psiquiátrico, especialmente teniendo en cuenta a quienes se encuentran alojados en establecimientos del interior del país. Como fue

planteado por el CELS (2013), esto supone la prescindencia de tratamientos integrales acordes con la nueva normativa en salud mental dentro de las unidades que se encuentran fuera del área metropolitana. Razón por la cual puede sospecharse que en términos nacionales esta población continúa sumamente vulnerada y/o invisibilizada.

Por otro lado, es importante destacar la dificultad para incorporar al estudio a las mujeres alojadas bajo la injerencia del PRISMA, dentro del Complejo Penitenciario Federal IV (CPFIV) de Ezeiza. A pesar que encontrarse vinculadas al mismo equipo de profesionales, se encuentran en condiciones sumamente desventajosas: carecen de los espacios de educación y trabajo provistos por el SPF (únicamente cuentan con formación primaria), no disponen de celdas individuales, acrecentando las dificultades de convivencia entre ellas; tampoco reciben las mismas condiciones de atención terapéutica en atención terapéutica, el PRISMA no dispone de recursos humanos de presencia permanente dentro de espacio ni ha podido garantizar la continuidad de los talleres del área sociocultural. Esta situación, advertida por el informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (2013:416) pone nuevamente de manifiesto las prácticas de discriminación, marginalidad y exclusión a las que todavía estamos sujetas las mujeres en nuestro país.

A lo largo de este trabajo utilicé la categoría paciente-interno como recurso provisorio que haga referencia a quienes viven atravesados por estas dos lógicas institucionales, la psiquiátrico-terapéutica y la penitenciaria. Considero que la ausencia de una categoría de enunciación específica de esta población no es meramente un problema de nomenclatura o una muestra de su nivel de marginación, sino un testimonio del carácter fragmentario, ambiguo y dicotómico del abordaje institucional del que son objeto.

En ese sentido, este estudio deja abiertas distintas líneas de análisis que puedan contribuir a nutrir el conocimiento sobre este tipo de intervenciones.

Una de ellas es el desarrollo de investigaciones específicas centradas en el *tratamiento psi* provisto por los profesionales civiles del PRISMA. Considerando los aspectos institucionales que este trabajo ha revisado me pregunto qué podría aportar indagar por el lugar que ocupa el tratamiento psicoterapéutico dentro de esta cárcel de máxima seguridad, cómo es afectado por el carácter liminar del ámbito en el que se encuentran, de qué forma se incorporan las categorías “psi” a los esquemas de interpretación sobre sí mismos que tienen los pacientes-internos, y como se articulan *in situ* prácticas y nociones de “castigo” y “cuidado”. En relación con ello, sería

interesante indagar específicamente qué lugar ocupan las emociones y los afectos en las relaciones entre los pacientes-internos y los miembros del Programa. Por un lado, para aportar a los estudios sobre la relación médico-paciente en instancias de confinamiento estatal, y también para preguntarnos sobre la existencia de otros mecanismos de control social que, en su afán de mantener el orden del espacio institucional, puedan recurrir a mecanismos no represivos, por medio de la apelación al “afecto”, “entrega” y “agradecimiento”.

Adicionalmente, el desarrollo de estudios centrados en un campo heterogéneo de interpretaciones sobre el encierro ligado a abordajes psiquiátrico-penales, desde distintos enfoques dilemáticos y disciplinarios podría generar aportes significativos no sólo para futuras investigaciones, sino incluso para nuevas formas de intervención pública y tratamiento especializado.

A modo de epílogo

Dice Joao Biehl (2015) que, como etnógrafos, “tenemos el desafío de tratar al mismo tiempo la fugacidad política, económica y material de mundos y verdades, y los viajes que las personas realizan a través de los entornos mientras persiguen necesidades, deseos y curiosidades, o simplemente intentan encontrar lugar para respirar bajo restricciones intolerables”. Algunos días antes del 10 de diciembre de 2015 Irina me comunicó el final de mi trabajo de campo dentro del pabellón psiquiátrico, “hasta el miércoles podés venir sin problemas, después del cambio de gestión va a ser imposible recibir personas ajenas a la institución”. La noticia fue de difícil digestión, intensificó algunas inseguridades que acompañaron todo ese proceso, con los ojos vidriosos me senté en un escalón y me pregunté si el tiempo había sido suficiente, si lo había aprovechado. Superado el momento de desolación me di cuenta que yo dejaba de ir pero fundamentalmente, dejaban de ir las personas que *hacían* a la vida cotidiana de este lugar. Dejaban de ir los talleristas externos encargados de actividades socioculturales muy apreciadas por los pacientes-internos, dejaban de ir profesionales de otras instituciones que llevaban a cabo tareas de rotación, dejaban de ir artistas invitados a espacios de intercambio con pacientes-internos, dejaban de ir personas que colaboraban con la identidad que hasta ese momento había tenido *el PRISMA*.

Llegó el 2016 y el Programa sufrió nuevas modificaciones que implicaron una reducción de un tercio del personal. Los despidos fueron acompañados de otras medidas

que afectaban los contratos de trabajo, generando una ostensible precarización de sus contrataciones. Con el tiempo, y pese al intento de mantener las formas habituales de trabajo, comenzaron a evidenciarse los cambios...insuficiencia de psiquiatras en las guardias, precarización de las condiciones laborales de sus trabajadores, cambios permanentes de lógicas de funcionamiento, abandono de espacios de taller, entre otros, acefalía y ausencia de figuras claras de autoridad dentro el Programa. Durante estos dos años los profesionales civiles que aún forman parte del plantel de trabajadores, los agentes penitenciarios y pacientes-internos, transitan una cotidianeidad inestable en la que paulatinamente van perdiendo aquello que los definía: la implementación de un régimen de tratamiento hospitalario dentro de una cárcel de máxima seguridad.

Las vidas de todos los personajes que expuse en estas páginas están sujetas a esta fugacidad, a la incertidumbre, al cambio constante, a decisiones de política nacional que impactan directamente sobre sus biografías. Sin saberlo en aquel momento, este trabajo recupera una parte de su historia, habla de lo que fue, y de lo que está dejando de ser.

Bibliografía

Ablard, J. (2008) *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists and the Argentine State, 1880-1983*. Calgary: University of Calgary Press.

Abrahams, R. (1986) "Ordinary and extraordinary experience" en Turner, V y Bruner, E *The Anthropology of Experience*, Urbana, IL: University of Illinois Press.

ADAJUS (2012) "Los derechos de las personas con discapacidad en situación de encierro, una política de inclusión social intramuros", en *Discapacidad, Justicia y Estado*, N°1, INFOJUS, Argentina

Álvarez, Santiago, (2001) "Enterrando héroes, patriarcas, suicidas e traidores: solidaridad e ostracismo nos Andes colombianos". Publicado en octubre de 2001 en *Mana, Estudos de Antropología Social*, Programa de pósgraduação em Antropología Social-Museu Nacional Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mana 7.

.....(2002) "La distancia en el discurso profesional de la justicia argentina" en Gayol y Kessler *Violencias, delitos y justicias*. Ed. Manantial.

..... (2004) *Leviatán y sus lobos. Violencia y poder en una comunidad de los Andes colombianos*, Antropofagia, Buenos aires.

Álvarez, Santiago y Ocampo Eva (2014) "Violencia, memoria e integración social: civilización y barbarie en América Latina" en XI Congreso Argentino de Antropología Social

Balbi, F. (2008) *De Leales, desleales y Traidores. Valor moral y concepción de política en el Peronismo*, Antropofagia, Buenos aires.

..... (2012), "La integración dinámica de las perspectivas nativas" en la investigación etnográfica", en *Intersecciones en Antropología*, 14.

Balzano, S. (2005) "El modelo de competencia: Identidad y resistencia en la Colonia Montes de Oca". *Diálogo Antropológico*. 3 (11): 27-38.

Baratta, A. (1986) *Criminología crítica y crítica del derecho penal*, Siglo XXI, México.

Basaglia F. (1972) *Locura y sociedad*, Siglo XXI, México.

Becker, H. (2009) *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*, Siglo XXI, Argentina.

Bertolozzi y Vitalich (2013) “Tampoco son tan pobrecitos. Alternativas ético-políticas frente a la hegemonía del modelo asistencialista-peligrosista”, en *Derecho Penal*, Número 5 “Delito, culpabilidad y locura”, INFOJUS, Argentina.

Bertone et al (2012) “Detección de la Simulación de Enfermedad Mental Dentro del Ámbito Penitenciario Mediante el Protocolo de Evaluación de Simulación (PES)” en *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Julio-Diciembre 2012, Vol.12,Nº2, Colombia.

Biehl, J. (2005) *Vita: life in a zone of social abandonment*. (Berkeley: University of California Press).

..... (2016). “La etnografía en el camino de la teoría”, en *Etnografías Contemporáneas*, Nº2 (3), pp. 226-254.

Bistuer, J. (2013) “Algunos desarrollos sobre el psiquismo en un ámbito carcelario”, en *Derecho Penal*, Número 5 “Delito, culpabilidad y locura”, INFOJUS, Argentina.

Bloch, M. (1989) “Ritual, History and Power: Selected Papers” in *Anthropology. London, The Athlone Press*, pp. 19-45 (“Symbols, song, dance and features of articulation: Is religion an extreme form of traditional authority?”).

..... (1992). *Prey into Hunter. The Politics of Religious Experience*. Cambridge. University Press.

Bourdieu, P. (1990) *Sociología y cultura*. Ed. Grijalbo, México D.F.

..... (1991) “8. Los modos de dominación”, en *El sentido práctico*. Taurus, Madrid.

..... (1997) *Razones prácticas en Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona, España.

.....(1999) “El conocimiento por cuerpos”, en *Meditaciones pascalianas*, Barcelona: Anagrama.

..... (2007) *El sentido práctico*. Ed. Siglo XXI, Argentina.

Bourgois, P. (2006) “Pensando la pobreza en el gueto: resistencia y autodestrucción en el apartheid norteamericano”, en *Etnografías Contemporáneas*, Nro. 2, Año 2, Buenos Aires: UNSAM.

.....(2010) *En busca del respeto*, Siglo XXI, Argentina.

Bruner, E. M. (1986). “Experience and its expressions. The anthropology of experience”, en Turner, V y Bruner, E *The Anthropology of Experience*, Urbana, IL: University of Illinois Press

Carman, Da Cunha y Segura Coord. (2013) *Segregación y diferencia en la ciudad*, FLACSO, Sede Ecuador.

Castel, R. (1980) *El orden psiquiátrico. La edad del oro del alienismo*, La Piqueta, Madrid.

.....(1981) *La gestión de los riesgos*, Anagrama, Barcelona

.....(1991). “La dinámica de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”, en Volonovich, J. (comp.) *El espacio institucional*, Buenos Aires.

Caudill, W. (1966), *El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Argentina, Ed Escuela

Centro de Estudios Legales y Sociales (2013) *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2013*, Siglo XXI Editores.

Chies, L. y Barros, A. (2009) “A prisão dentro da prisão: síntesis de uma visão sobre o encarceramento feminino na 5ta. Região penitenciária de Rio Grande do Sul”, en *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, Vol. 17, no 79, pp 01-14.

Cohen, S. (1988) *Visión del control social. Delito, castigo y clasificaciones*. Barcelona: PPU.

Conrad, P. (1982) “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Edit. Crítica. Grupo Edit.

Crawley, E. (2004) "Doing Prison Work: The Public and Private Lives of Prison Officers", en *Cullompton: Willan Publishing*, pp. 471-495

.....(2008) "Understanding prison officers: culture, cohesión and conflicto", en *Understanding Prison Staff. Willan Press*, pp. 134-152.

Crewe, B., Liebling, A. y Hulley, S. (2011) 'Staff culture, use of authority and prisoner quality of life in public and private sector prisons', *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 44, 1: 94-115

Da Cuhna, M (2005) "El tiempo que no cesa. La erosión de la frontera carcelaria" en *Revista Renglones*, México.

Da Matta, Roberto (2002). "Carnavales, desfiles y procesiones". *Revista de Historia Nacional* 2 (9): 30-54.

Daroqui, A., (2002) "La cárcel del presente, su 'sentido' como práctica de secuestro institucional", en Kessler, G. y S. Gayol (comps.) *Violencias, secuestros y justicias en la Argentina*, Buenos Aires: Manantial.

Das, V. y Poole, D. (Eds.). (2004). *Anthropology in the Margins of the State* (pp. 3-33). Santa Fe: SAR Press. Traducción: María Daels y Julia Piñeiro.

De Certeau, M (1994) *La invención de lo cotidiano 1. Artes de Hacer*, Universidad Iberoamericana, México.

Defensoría General de la Nación (DGN), (2017) *Muertes en contexto de encierro bajo la custodia del Servicio Penitenciario Federal: salud, justicia y violencia del sistema penal*, Ministerio Público de la Defensa, Argentina.

Del Carlo (2013) "¿Es posible una cárcel respetuosa de los derechos humanos? Unidad 20: una experiencia de cambio en el seno del Sistema Penitenciario a la luz del concepto de representación social", en *Derecho Penal*, Número 5 "Delito, culpabilidad y locura", INFOJUS, Argentina.

Dorby, E. (2004) “Violencia institucional y violencia social”, en *Curso el poder, la verdad y la cuestión del otro*, Buenos Aires.

Douglas, M (1986), *Como piensan las instituciones*, Syracuse University Press, New York.

..... (2007) *Pureza y Peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Nueva Visión, Argentina.

Durkheim y Mauss (1996). “Sobre algunas formas primitivas de la clasificación”. En *Clasificaciones Primitivas (y otros Ensayos de Antropología Positiva)*, Ariel, Barcelona

Epele, M. (2010) *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*, PAIDOS, Argentina.

.....(2012) “Jóvenes y drogas: Neoliberalismo, exclusión social y olvido” en *Historia, Antropología y Fuentes Orales*, No. 33.

.....(2013) “El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”, en *Cuadernos de Antropología Social* N° 38, pp. 7–31

.....(2015) “Entre la escucha y el escuchar: psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires”, en *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

Estroff, S. (1981) *Making it crazy*. (Londres: University of California Press).

Evans-Pritchard, E. (1977) *Los nuer*, Editorial Anagrama, Barcelona

Faraone, S (2015) “Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe”, en *Delito y Sociedad*, N° 40, año 24, 2° semestre.

Farji Turba, N. (2013) “La naturaleza desmedida de la medida de seguridad. Acerca de la inimputabilidad, la peligrosidad y la vulnerabilidad social”, en *Derecho Penal*, Número 5 “Delito, culpabilidad y locura”, INFOJUS, Argentina.

Fassin, D (2003) “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los

pobres y los inmigrantes en Francia” en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, Buenos Aires, Argentina.

.....(2015) “La economía moral del asilo. Reflexiones críticas sobre la «crisis de los refugiados» de 2015 en Europa” en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* vol. LXX, No 2.

.....(2016) *La razón humanitaria. Una historia en tiempo presente*, Prometeo, Argentina.

Ferrater Mora, J. y Cohn P. (1981). *Ética Aplicada. Del Aborto a la Violencia*, Editorial Alianza, Madrid.

Foucault, M (1969), *La arqueología del saber*, Buenos Aires, Argentina, Ed. Siglo XXI.

..... (1975) *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI.

..... (2002) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*, Siglo XXI, Argentina.

..... (2008) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, Argentina.

.....(2010) *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de la Cultura Económica de Argentina.

Friedson, E. (1978) *La profesión médica*. Barcelona: Península.

Garriga Zucal, J., (2005) “Pibitos chorros, fumancheros y con aguante. El delito, las drogas y la violencia como mecanismos constructores de identidad en una hinchada de fútbol”, en Alabarces, P. y otros, *Hinchadas*, Buenos Aires: Prometeo.

.....(2010)“Se lo merecen”. Definiciones morales del uso de la fuerza física entre los miembros de la policía bonaerense”, en *Cuadernos de Antropología Social* N° 32, pp. 75–94

Garriga Zucal, J. y Noel, G., (2010) “Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso” en *Publicar* Año VIII No IX

Geertz, Clifford (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Gell, A. (1992) *The anthropology of time. Cultural constructions of temporal maps and images*, Oxford.

Girard, R. (1985). *La Violencia y lo Sagrado*. Barcelona. Anagrama.

Glasser, Strauss (1967) *The discover of granted theory*, Ed.: Aldive, Chicago

Gluckman, M (1955), *Costumbre y conflicto en África*, Fondo Editorial UCH, Perú.

..... (1968) “The Utility of the Equilibrium Model in the Study of Social Change”, en *American Anthropologist*, Vol. 70, No. 2: pp.219-227.

..... (1968b) “The Bridge. Analysis of a social situation in modern Zululand”, Manchester University Press, Reino Unido. Traducción de Leif Korsbaek, Karla Vivar Quiroz & María Fernanda Baroco Gálvez.

Godelier. M. 1986. [1982] *La producción de los grandes hombres*. Madrid, Akal. Prologo; Segunda parte: “Visión de conjunto de las jerarquías sociales baruya”; Tercera parte y Conclusión).

Goffman, E (1971) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Argentina.

..... (1984) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grupta y Ferguson (2008) “Más allá de la cultura: espacio, identidad y las políticas de la diferencia” en *Revista Antípoda*, Número 7, Colombia.

Guber, R. (2001) “De las notas de campo a la teoría. Descubrimiento y redefinición de nagual en los registros chiapanecos de Esther Hermitte” en *Alteridades* N°11, Págs. 65-79.

.....(2005), *El salvaje metropolitano*, PAIDOS, Buenos Aires, Argentina.

.....(2011). *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

..... (2013). *La articulación etnográfica*. Buenos Aires: Editorial Biblós.

Guizardi, M., (2012) “Conflicto, equilibrio y cambio social en la obra de Max Gluckman”, en *Papeles del CEIC*, núm. 2, septiembre, pp. 1-47, Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea Vizcaya, España.

Hamui Sutton, L. (2011), *Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social* en Revista, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México

Handelman, D (1997). “Rituales y espectáculos”. *UNESCO, Revista Internacional de Ciencias Sociales* 153.

Hastrup, K., Hervik, P.(2003). *Social experience and anthropological knowledge*. Routledge, London and New York

Howell, 'Signe (1997), *The Ethnography of Moralities*, London:Routledge.

Hyden, L. (1997) *Illness and narrative* en *Sociology of Health & Illness* Vol. 19 No. 1, Department of Social Work, Stockholm University.

Isla, A. y Míguez, D., (2003) “De las violencias y sus modos. Introducción”, en *Heridas Urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*, Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.

Izaguirre, A. y Alcoba M.V., (2013) “Implicancias de la ausencia de sanciones en las unidades psiquiátricas del SPF”, en *Revista Derecho Penal*, Año II, Nro 5, Buenos Aires: Editorial Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Jimeno, M. (2004) *Crimen pasional. Contribución a una antropología de las emociones*,

Karlinsky, B (2007) “El agente penitenciario: la cárcel como ámbito laboral”, en *Revista virtual Runa*, Vol.28, pp. 43-57.

Kessler, G., (2002) “De proveedores, amigos vecinos y ‘barderos’: acerca del trabajo, delito y sociabilidad en jóvenes del gran Buenos Aires”, en BECARIA, L., (Comp.) *Sociedad y sociabilidad en la argentina de los 90*, Buenos Aires: Biblos.

Kleinman. A. (1998), “Experience and Its Moral Modes: Culture, human conditions, and Disorder”, en *The Tanner Lectures on Human Values*, Stanford University.

Lamont y Molnár (2002) “The study of boundaries in the social sciences”, en *The*

Annual Review of Sociology, Department of Sociology, Princeton University, New Jersey

Laurence y Low (1990) "The built environment and spatial form" en *Annual Reviews Anthropology*, Vol 19, Estados Unidos.

Leach, E. R. (1976 [1954]), "Introducción", en *Sistemas políticos de la alta Birmania. Estudio sobre la estructura social kachín*. Anagrama, Barcelona.

.....(1978) *Cultura y comunicación*, Siglo XXI, España

Lewkowicz, I., (2004) *Pensar sin Estado: La subjetividad en la era de la fluidez*, Buenos Aires, Paidós.

Liebling, A. (2000) "Prison officers, policing, and the use of discretion", en *Theoretical Criminology*, 4: 333-57.

Lombraña, A (2013) "Las prácticas jurídicas de perdón: orden social y discursos de la emoción", *Cuadernos de Antropología*, No. 10: 299-314.

.....(2013) "Dispositivos de cuidado y medidas de seguridad en el contexto jurídico-penal argentino", en *Revista de Trabajo Social Portularia*, Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Huelva, vol. XIV, número 1, pp.97-105.

.....(2014) *Dispositivos Penales del Perdón. Modos de decir y hacer en torno a la emoción y el castigo*, Tesis inédita de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.

.....(2016) "Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica", en *Revista de Historia de las Prisiones* n°3, Argentina.

Lombraña, A. y Ojeda, N., (2013) "Los Legajos Personales Únicos como campo de indagación antropológico. Una reflexión metodológica en el marco de las ciencias sociales", en *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, Nro. 4, pp. 1-23, Universidad Miguel Hernández de Elche.

Majastre, J.O. (1973) *La introducción del cambio en un hospital psiquiátrico*. Ed. Granica, Argentina.

Mantilla Jimena (2008), *Prácticas y discursos “psi” en torno a las internaciones. Etnografía de un hospital psiquiátrico de la ciudad de Buenos Aires*. Tesis inédita de Maestría en Investigación Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

.....(2009), “La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social”, en *Intersecciones en Antropología 11*: 145-157. Argentina

.....(2010) *De persona a paciente. Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires*, Tesis inédita doctoral. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

.....(2011), “La construcción del diagnóstico psiquiátrico: Un análisis de los saberes y prácticas en juego en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, en *EA Journal*, Vol 2, N°3.

Mantilla, J. y Alonso, J. (2012), “Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos. Revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana”, en *Culturas Psi*, Volumen 0, Buenos Aires.

Matza, D (1990), *Delincuencia y deriva*, Siglo XXI Editores, Argentina.

Menéndez, E. (1979), *Cura y control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, Editorial Nueva Imagen.

Míguez, D. (2002) “Inscripta en la Piel y en el Alma: Cuerpo e Identidad en Profesionales, Pentecostales y Jóvenes Delincuentes”, en *Religião e Sociedade*, N° 1., Vol 22, Brasil.

..... (2007) “Reciprocidad y poder en el sistema penal argentino. Del ‘pitufeo’ al motín de Sierra Chica”, en Isla, A. y Míguez, D., (Coord.) *Heridas Urbanas*.

Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa, Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.

..... (2008), *Delito y cultura. Los códigos de la ilegalidad en la juventud marginal urbana*. Editorial Biblos. República Argentina.

Mouzo, K. (2010). Servicio Penitenciario Federal. Un estudio sobre los modos de objetivación y de subjetivación de los funcionarios penitenciarios en la Argentina actual. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Noel, G. (2008) “Versiones de la violencia. Las representaciones nativas de la violencia y su reconstrucción analítica en las escuelas de barrios populares urbanos”, en *Propuesta Educativa*, N° 30, pp. 101-108.

Ojeda, N. (2013a) “Cárcel de mujeres. Una mirada etnográfica sobre las relaciones afectivas en un establecimiento carcelario de mediana seguridad en Argentina” en *Revista Sociedad y Economía* N°25.

.....(2013b) *La cárcel y sus paradojas: los sentidos del encierro en una cárcel de mujeres*, Tesis de Doctorado en Antropología Social, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín. Argentina.

.....(2017) “Las implicancias del castigo. Un estudio etnográfico en una cárcel de mujeres argentina”, en *VOX JURIS*, Perú.

Pavarini, M y Betti, M. (1999). “La tutela social de la locura. Notas teóricas sobre las ciencias sociales y la práctica psiquiátrica frente a las nuevas estrategias de control social”. En *Revista Delito y Sociedad*. Nro. 13. UNL/UBA.

Pitch, T. (1989). “Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia”. *Revista Delito y Sociedad* N°13 UNL/UBA

..... (1996): “¿Qué es el control social?”, *Delito y Sociedad*, núm. 8. Buenos Aires, CBC, UBA.

Poblet Machado, M., (2016) *La relación entre la salud mental y justicia penal. El impacto de la incorporación normativa de derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación*”, Tesis

inédita de Maestría en Derechos Humanos, Universidad Nacional de Lanús (UNLA), Argentina.

Poblet Machado, M. y Marín, E., (2016) “Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas”, en *Revista Margen N°82*, Argentina.

Poole, E. y Regoli, R. (1981), ‘Alienation in Prison’, *Criminology*, 19: 251–270.

Pyszezek, O. (2012) “Los espacios subjetivos del miedo: construcción de la estigmatización espacial en relación con la inseguridad delictiva urbana” en *Cuadernos de geografía, Revista Colombiana de Geografía*, Vol. 21, Número 1, Colombia.

Ramirez, M. (2010) “La antropología de la política pública” en *Revista Antípoda*, Número 10, Colombia

Rhodes, L. (1996) “Studying Biomedicine as a Cultural System”, en Sargent, C. y Johnson, T. (eds) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method Revised Edition*. London: Praeger Publishers.

.....(2004) *Total confinement*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, Estados Unidos

..... (2005) “Pathological effects of the supermaximum prison”, en *American Journal of Public Health N°10*, United States.

Riches, D. (1988) *El fenómeno de la violencia*, Madrid: Pirámide.

Rifiotis, T (1998). *Violência e cultura no projecto de René Girard*, en *Antropologia em Primeira Mão*, No 30, pp 2-27.

Rodríguez Santos, J. (2007) *O fenômeno da prisionização em agentes penitenciários do estado do Paraná*. Monografía presentada para la obtención del título de Especialista em Gestão, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Rojas Machado y Soto (2013) “Relevamiento de población con discapacidad privada de libertad dentro del Servicio Penitenciario Federal. Avances de la primera etapa de investigación”, en *Discapacidad, Justicia y Estado*, N°2, INFOJUS, Argentina.

- Rothman (1971): *The Discovery of Asylum*. Boston. Little Brown & Co
- Sahlins, M. 1988. *Islas de historia. La muerte del capitán Cook. Metáfora, antropología e historia*. Gedisa, Barcelona.
- Scheper-Hughes, N. (1979) *Saints, Scholars and Schizophrenics. Mental illness in rural Ireland*. Berkeley, University of California Press.
- (1992) *Death without weeping: the violence of everyday life in Brazil*, Berkeley, University of California Press).
- Schmidt, B. y Schroder, I (2001) "Introduction: Violent Imaginaries and Violent Practices", en Schmidt, B. y Schroder, I. (eds), *Anthropology of Violence and Conflict*. London. Routledge
- Scott, D. (2007) "Creating ghosts in the penal machine: prison officers and the denial and acknowledgement of human Rights", en *Understanding Prison Staff*. Willan Press, pp. 168- 186.
- Segato, R., (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*, Bernal: UNQ- Prometeo.
- Shore, C.,(2010) "La antropología y el estudio de la política pública. Reflexiones sobre la "formulación de las políticas", en *Revista Antípoda*, Número 10, Colombia.
- Sozzo, M. (1999), "Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico" En *Revista Delito y Sociedad* N°13 UNL/UBA
-(2014) "Locos y delincuentes. Una inercia despótica en el presente", en *Revista Voces en el Fénix*, Número 34, Argentina.
- Sparks, R. (2007) "Legitimacy and imprisonment revisited: some notes on the problem of order ten years after", en *The Culture of Prison Violence*, Allyn and Bacon.
- Sykes, G. (1999) *The Society of Captives: A Study of a Maximum Security Prison*. Princeton: Princeton University Press.
- Sykes y Matza (1957) "Técnicas de neutralización: una teoría de la delincuencia", en *American Sociological Review*.

- Szasz, Thomas (1970) *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu
- Tonkonoff, S., (2007) “Acerca del Crimen, el Criminal y las Reacciones que Suscitan”, en *Delito y Sociedad Revista de Ciencias Sociales*, Nro. 23.
-(2009) “El Delincuente como Límite de la Cultura”, en *La Oscuridad y el Espejo. Ensayo sobre la Cuestión Criminal*, La Plata: UNL/Ad-Hoc.
- Turner, V (1980). *La selva de los símbolos*. Madrid, Siglo XXI, pp. 21-52 (“Símbolos en el ritual Ndembu”).
- (1988). *El proceso ritual. Estructura y Anti-estructura*. Madrid: Taurus, pp. 101-136 (“Liminalidad y *communitas*”).
- Valentine Gill y Lonstaff Beth (1998) “Doing Porridge. Food and social relations in a Male Prison”, en *Journal of Material Culture*, SAGE Publications, London.
- Valero, A. y Faraone, S (2011) “Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia de desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe (Argentina)”, en *Delito y Sociedad*, 2011, Año 20, número 31- UBA.
- Vargas Cetina (2007), “Tiempo y poder: la antropología del tiempo” en *Revista Nueva Antropología*, Vol. XX, Número 67, México.
- Vázquez Acuña, M., (2007) “Violencia intramural: su impacto en los derechos humanos de las personas en situación de encierro”, en Isla, A. (comp.) (2007) *En los márgenes de la ley. Inseguridad y violencia en el cono sur*, Buenos Aires: Paidós.
- Vázquez Rossi, J. E., (1997) *Derecho Procesal Penal. El Proceso penal*, Tomo II, Buenos Aires: Editorial Rubinzal-Culzoni.
- Velho, G., (1981) *Individualismo e Cultura. Notas para uma Antropologia da Socie& Urbana Contemporânea*, Zahar, Brasil
- Vera Lugo, J.P. y Jaramillo Marín, J., (2007) “Teoría social, métodos cualitativos y etnografía: el problema de la representación y reflexividad en las ciencias sociales”, en *Universitas Humanistica*, Nro. 64, Bogotá

Viegas Barriga, F. (2009) “La reja en la cabeza. Etnografía, representaciones, experiencias y mediaciones en torno al impacto de la cárcel en personas con libertad ambulatoria”. En *Revista Question, invierno*, N° 23.

Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Argentina.

.....(2008) “Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino”, en *Revista Antípoda*, Número 6, Colombia.

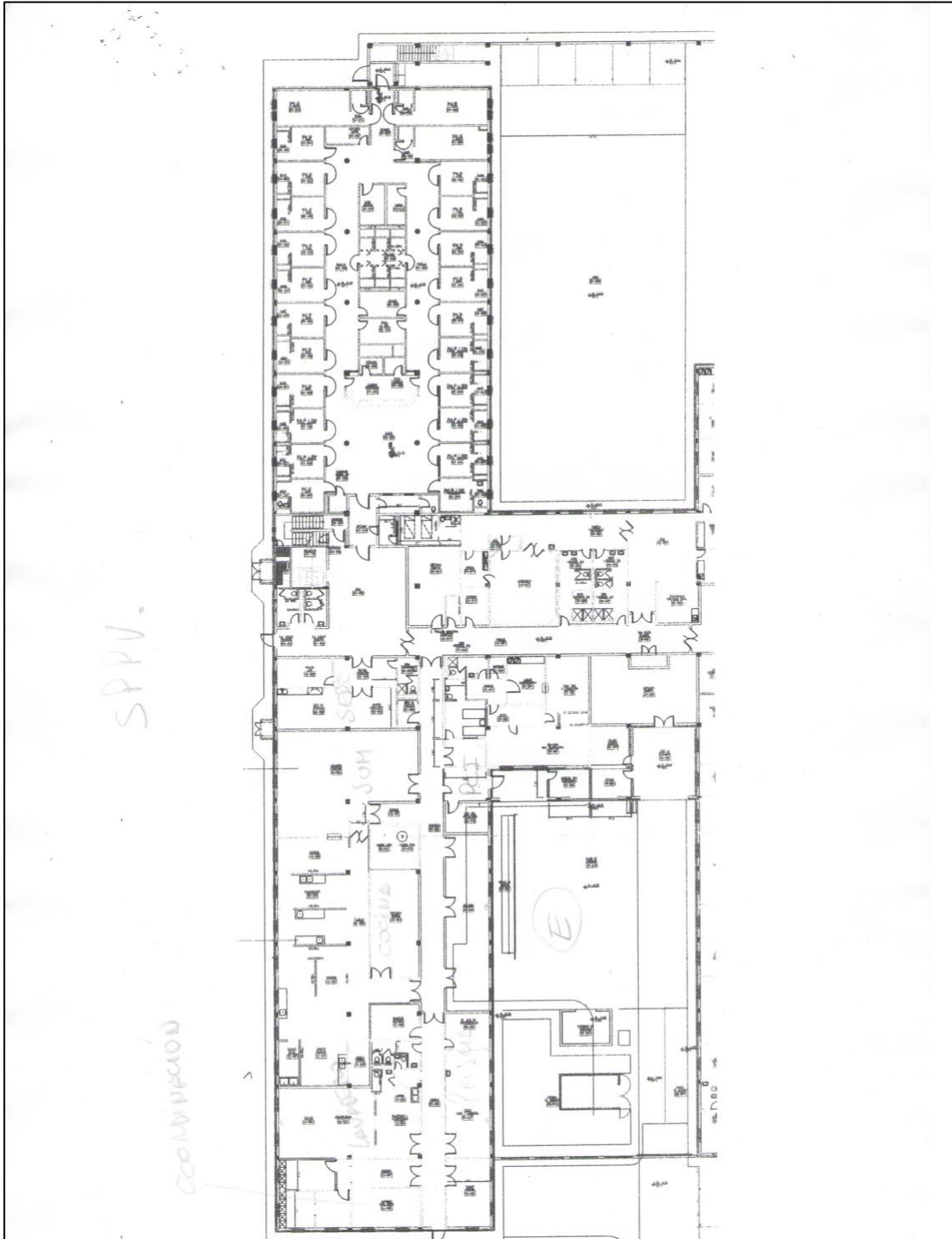
.....(2015) “Lo narrativo y la investigación antropológica sobre la producción de historias” en Jimeno et al, *Etnografías contemporáneas III: las narrativas en la investigación antropológica*, Colección CES, Colombia.

Wilks, Ariel (2014). “Sobre el capital moral”, en *Papeles de Trabajo*, 8 (13), pp. 164-186

Zigon, J., (2007) “Moral Breakdown and the Ethical Demand. A Theoretical Framework for an Anthropology of Moralities”, *Anthropological Theory*, Vol. 7, pp. 131-150.

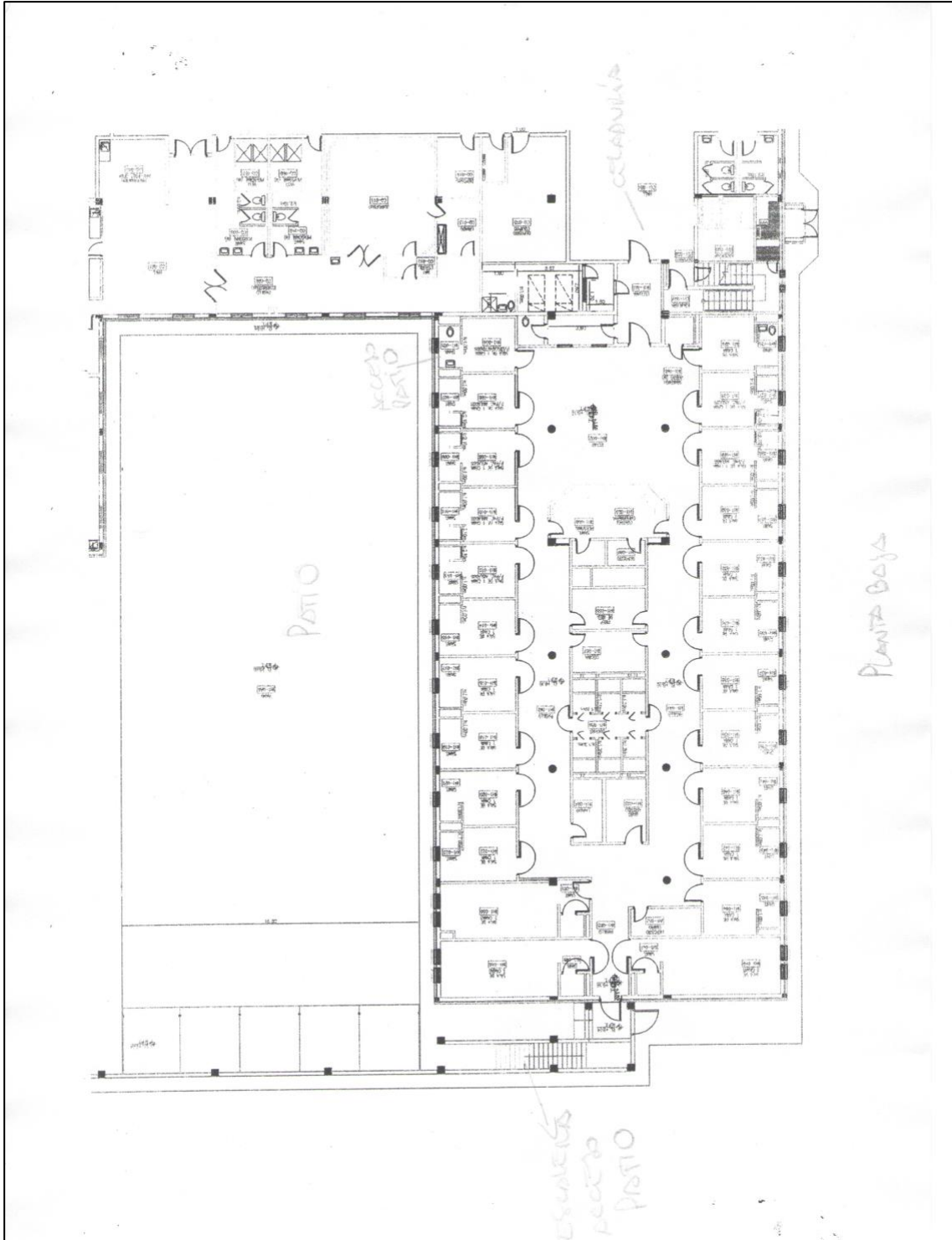
Anexo I: Estructura del pabellón de Ezeiza

Croquis Planta Baja completa, HPC ala norte, sector utilizado por PRISMA.



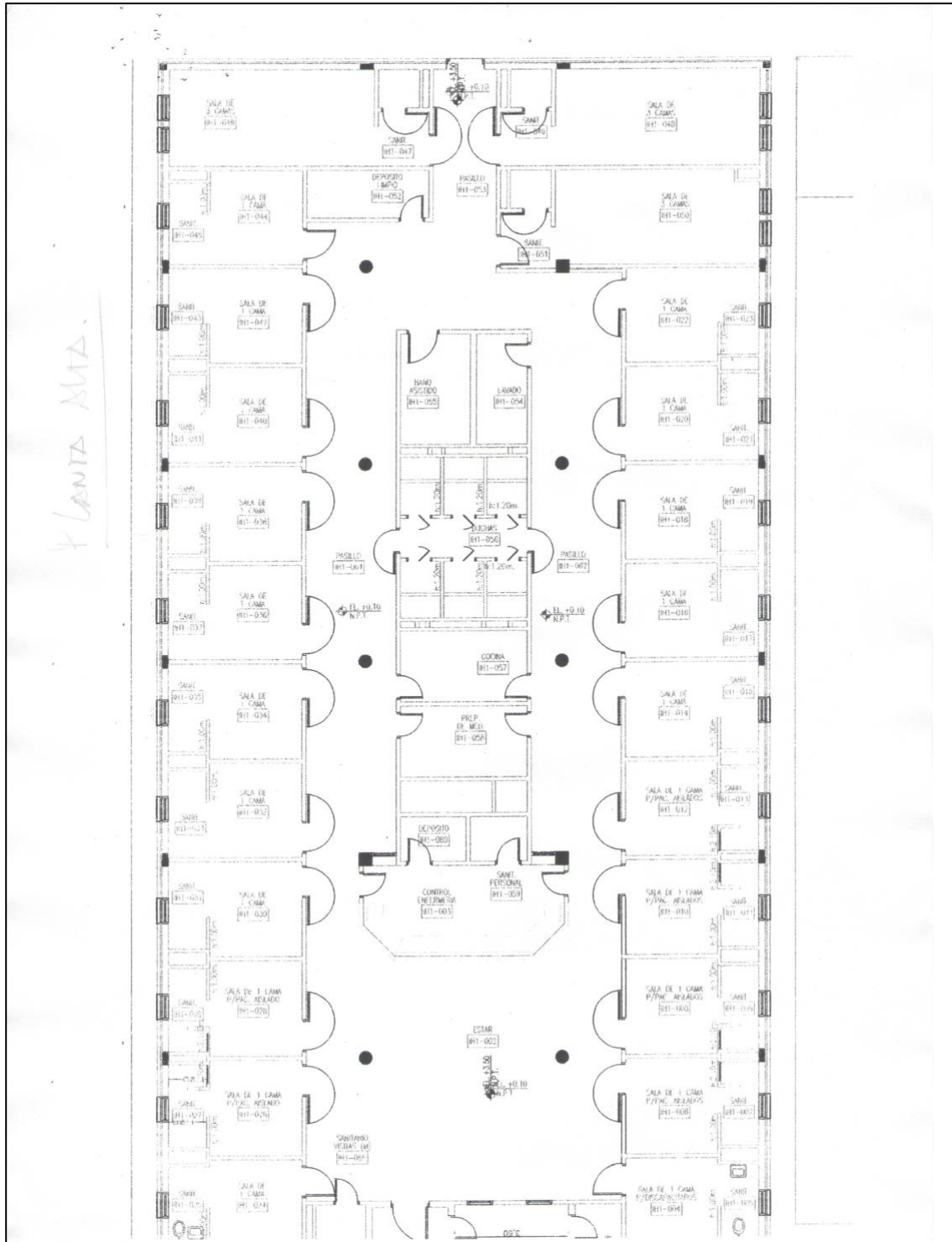
Fuente: Lombraña (2014:301)

Croquis Planta Baja, sector de alojamientos y espacios comunes.



Fuente: Lombraña (2014:303)

Croquis Planta Alta, sector de alojamientos y espacios comunes.



Fuente: Lombraña (2014:304)

Anexo II: Glosario

- Bancar: aguantar, soportar, resistir, tolerar.
- Buche: colaboracionista de la policía o del Servicio Penitenciario.
- Buzón: es un ámbito de descarte, espacio penitenciario donde se confina a detenidos o agentes penitenciarios con propósitos de castigo.
- Caño: término utilizado por el PRISMA para designar a pacientes-internos que no tienen criterio para estar en el programa, y que son reactivos al tratamiento otorgado.
- Capo de pabellón: Interno penitenciario con capacidad de coerción dentro de la población detenida.
- Caratula: delito por el que ingresan al establecimiento penitenciario.
- Cartel: reputación en la cárcel y su construcción no se agota en la carátula con la que hayan ingresado (el delito por el que ‘caen presos’), sino por toda su trayectoria ligada a la cárcel, por las capacidades para ejercer dominio sobre los otros, imponer criterios morales, ‘hacerse respetar’.
- Cobani: agente penitenciario
- Compensar: categoría nativa que utilizan los profesionales civiles para hacer referencia a la estabilización química de los pacientes-internos por medio de medicación psiquiátrica
- Droga bardera: Rivotril.
- Engomados: confinamiento en las celdas individuales.
- Facas: elementos artesanales que se utilizan como armas para las peleas. Hay de diferentes tipos y se confeccionan con objetos permitidos, alimentos etc.
- Gato: sirviente (sea de agentes penitenciarios, o de sus compañeros de planta).
- Mataconchas: detenido por femicidio.
- Ortiva: categoría nativa para referirse a los “buchones” de la policía o del servicio.

- Peni: es la forma en la que, por lo general, los profesionales del PRISMA se refieren a los guardias del Servicio Penitenciario. Aunque por momentos parece ya instaurada en el lenguaje informal, su connotación suele ser bastante negativa.
- Rati: término utilizado por pacientes-internos y profesionales de salud mental para referirse a miembros de fuerzas de seguridad, sea policía o Servicio Penitenciario.
- Rancho: refiere a la *familia* dentro de la cárcel, la *mesa*, la *gente con la que se comparte*, donde tienen lugar las relaciones de solidaridad y reciprocidad entre ellos.
- Rancho alfa: Es el término que define aquel *rancho/mesa* de la sala de alojamiento con capacidad y legitimidad (siempre dinámica y permanentemente negociada) para imponer las normas y valores legítimos.
- Refuerzo: prescripción de medicación psicofarmacológica a través de la guardia, que se adiciona a su esquema habitual.
- Resguardo: característica de una condición detención en la que permanecen aislados en sus celdas individuales con el propósito de protegerlos del resto de la población.
- Tapado: término utilizado por el SPF para designar a internos penitenciarios “con mala conducta” en los momentos en los que no evidencian prácticas transgresoras.
- Transa: detenido con causa de venta de drogas.
- Violín: detenido con causa de agresión sexual.

Anexo III: Listado de siglas

AGA: Programa de Asistencia Grupal para Adictos

CELS: Centro de Estudios Legales y Sociales

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades

CPFI: Complejo Penitenciario Federal I

CRD: Centros de Rehabilitación de Drogodependientes

DN: Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal

DSMIV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ENCOPE: Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio Penitenciario

HPC: Hospital Penitenciario Central

LPU: Legajo Personal Único

OMS: Organización Mundial de la Salud

PPN: Procuración Penitenciaria de la Nación

PRISMA: Programa Interministerial de Salud Mental Argentino

PROTIN: Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral

SEDE: Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización

SPF: Servicio Penitenciario Federal

SUTPLA: Sindicato Único de Trabajadores Privados de Libertad Ambulatoria