

**TERRITORIOS, FRONTERAS Y PERMEABILIDADES.
UN ANÁLISIS ESPACIAL DE LAS RELACIONES
SOCIALES DENTRO DE UN PABELLÓN PSIQUIÁTRICO-
PENITENCIARIO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

**TERRITORIES, BORDERS AND PERMEABILITIES: A SPATIAL ANALYSIS OF
SOCIAL RELATIONS WITHIN A PSYCHIATRIC-PENITENTIARY PAVILION IN
THE ARGENTINE REPUBLIC**

Mercedes Rojas Machado
Magíster en Antropología Social (IDES-IDAES/UNSAM)
Becaria doctoral por el CIS-CONICET/IDES
mrojasmachado@gmail.com¹

RESUMEN

El presente artículo se propone analizar la tensión entre abordajes disciplinarios e identidades profesionales dentro de un pabellón psiquiátrico-penitenciario de máxima seguridad donde fue implementado un programa de intervención civil especializado en salud mental. Se considera que en la articulación entre una fuerza de seguridad y un organismo civil de tratamiento se ha producido un contexto específico, heterogéneo y conflictivo donde convergen distintas prácticas disciplinarias, discursos científicos, criterios profesionales y valores ético-morales; al tiempo que se evidencian canales de cooperación y ruptura entre procedimientos penitenciarios y psiquiátrico-terapéuticos.

Desde una perspectiva antropológica y fundamentada en un trabajo de campo etnográfico, se recurre al estudio de la configuración espacial de la institución, entendiendo que la misma ordena, circunscribe y jerarquiza tanto a los actores, como a sus prácticas y representaciones. A través de la exploración de su espacialidad se analiza como esta produce y posibilita distintas instancias de permeabilidad y conflicto entre los agentes penitenciarios y profesionales civiles, definiendo las características del ámbito bajo estudio y las identidades de sus respectivos actores. Asimismo, estas páginas pretenden mostrar que el espacio contribuye una dimensión analítica sumamente fructífera para el abordaje de procesos sociales complejos y la comprensión de universos culturales específicos.

1 Artículo realizado: en septiembre de 2018. Aceptado: en diciembre de 2018.

Palabras clave: identidades profesionales, cárcel, salud-mental, espacio.

ABSTRACT

This paper intends to analyze the tension between disciplinary approaches and professional identities within a maximum-security psychiatric-penitentiary pavilion, where a civil intervention program specialized in mental health has been implemented. It is considered that when security forces and a public organization treating inpatients intervene, a specific, heterogeneous and conflictive context has arisen, where different disciplinary practices, scientific discourses, professional criteria and ethical-moral values converge. At the same time, there is evidence of cooperation and rupture between prison and psychiatric-therapeutic procedures.

From an anthropological perspective and based on ethnographic fieldwork, we resort to the study of the spatial configuration of the institution, understanding that it orders, circumscribes and hierarchizes both the actors and their practices and representations. Through the exploration of its spatiality, it is analyzed how it produces and enables different instances of permeability and conflict between the prison officers and civil professionals, defining the characteristics of the area under study and the identities of their respective actors. Likewise, these pages aim to show that space contributes an extremely fruitful analytical dimension to the approach of complex social processes and the understanding of specific cultural universes.

Keywords: professional identities, jail, mental health, space.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo forma parte de investigación más amplia orientada al estudio de la articulación entre prácticas psiquiátrico-terapéuticas y penitenciarias dentro de un servicio de salud mental ubicado en una cárcel federal de máxima seguridad de la República Argentina (Rojas Machado 2017). Se trata del pabellón psiquiátrico del Complejo Penitenciario Federal I (CPFI) ubicado en la localidad de Ezeiza. Sostengo que este espacio constituye un escenario de gran complejidad por la convergencia de dos abordajes institucionales: el Servicio Penitenciario Federal (en adelante SPF) y el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (en adelante PRISMA). Este programa fue creado en el año 2011 por medio de la Resolución Conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS 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 adelante LNSM) en contextos penitenciarios federales.

Previamente, y desde 1979, el servicio psiquiátrico de varones se encontraba gestionado por el SPF en la Unidad N°20 del Hospital José T. Borda. El derrotero que concluye con la puesta en funcionamiento del Programa en cuestión merece algunas consideraciones. Entre los años 2004 y 2005 se hicieron públicas una notable cantidad de prácticas médico-penitenciarias abusivas y cruentas que vulneraban los derechos humanos más básicos de los internos allí alojados. Como consecuencia de las denuncias y difusiones de estas

condiciones, la Dirección Nacional del SPF decidió, en el año 2007, realizar una reforma a través de la implementación del *Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave*. La modificación más importante fue la inserción de un equipo civil de profesionales de la salud, pertenecientes al Ministerio de Justicia de la Nación, para el tratamiento de la población alojada en la unidad. Sin embargo, no pudieron desbaratarse el conjunto de prácticas denunciadas previamente por organismos de derechos humanos, entre los que se encuentra el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y la Mental Disability Rights International (MDRI). Como resultado fue elaborado un informe que 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 (CELS y MDRI 2008).

En el 2011 se produjo un importante incendio dentro de una de las celdas de aislamiento (todavía en uso), produciendo la muerte de dos personas que se encontraban alojadas en el sector. En los quince meses previos, habían fallecido seis internos (tres de esas muertes se produjeron la semana anterior al incendio). Estos acontecimientos aceleraron la concreción de un proyecto que la gestión de la Dirección Nacional a cargo del Dr. Víctor Hortel venía planificando en relación a sus servicios psiquiátricos: una reforma que acogiera los preceptos de la flamante normativa nacional en salud mental (Lombraña 2014). El 13 de julio de ese año se efectuó la mudanza de las unidades psiquiátricas dependientes del SPF a los complejos penitenciarios federales ubicados en la localidad de Ezeiza: la Unidad 20 hacia el Complejo Penitenciario Federal I (CPF I) y la Unidad 27 al Complejo Penitenciario Federal IV (CPF IV).

En consonancia con estas medidas, se procedió a la creación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), con la novedosa incorporación de un equipo de profesionales pertenecientes al Ministerio de Salud. Este programa buscaba efectivizar los postulados de la LNSM dentro del ámbito penitenciario. También se esperaba que las internaciones y externaciones que allí se produjeran fueran realizadas exclusivamente por profesionales de la salud mental, evitando que estas sean dispuestas por jueces penales (Poblet Machado y Martín 2016). Desde el momento de su creación y emplazamiento en el CPF I de Ezeiza, una fuerza de seguridad y un organismo civil tienen a su cargo la gestión, control y tratamiento de personas detenidas con padecimientos mentales.

Como fue señalado, en su carácter de programa interministerial, el PRISMA estaba formado por agentes de los Ministerios de Salud y Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Estos últimos habían formado parte de la intervención civil ocurrida en el 2007, por lo que debían enfrentarse a los distintos criterios y dinámicas que implicaba la presencia de nuevos integrantes. Con el conjunto de prácticas implementadas surgieron de inmediato distintos desacuerdos entre estos equipos. Tiempo más tarde la intervención de los agentes del Ministerio de Salud comenzó a debilitarse, hasta abandonar por completo sus tareas dentro del Programa (Lombraña 2014 y 2016). Durante el trabajo de campo realizado se encontraban en funciones únicamente los miembros del Ministerio de Justicia, situación que se mantiene en la actualidad.

En relación a sus características y funciones, el personal civil del PRISMA es de carácter interdisciplinario, y cuenta con un amplio número de profesionales compuesto por psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros. Ellos están encargados de la evaluación, admisión y tratamiento de la población alojada. El SPF, por su parte, no tiene incidencia dentro del tratamiento destinado propiamente al padecimiento mental. Sus tareas conciernen exclusivamente a funciones de vigilancia y seguridad: controlan la circulación dentro del pabellón, gestionan áreas de educación y trabajo (ambas dentro de la órbita del SPF), realizan las requisas, acompañan a los profesionales a hacer la ronda de medicación, entre las más recurrentes.

Esta delimitación de responsabilidades adquiere rasgos de enorme complejidad cuando se la observa en funcionamiento dado que la admisión, tratamiento y seguridad no conforman entidades independientes, sino que se encuentran en constante relación, dando lugar a situaciones de conflicto entre la lógica terapéutica y la penitenciaria. Estas se hacen observables en episodios de violencia entre la población detenida, decisiones de alojamiento que involucran aspectos clínicos y requerimientos penitenciarios al mismo tiempo, ausencia de otros ámbitos federales adecuados para internos con *padecimientos psiquiátricos* que están por fuera de los requisitos del Programa, entre otros.

En la articulación de sus intervenciones se produjeron distintas nociones que forman parte de una dinámica cotidiana específica que provee de sentido y contextualiza tanto a los abordajes de funcionamiento, como a las identidades profesionales de los actores. Conjuntamente, fue definiendo una economía moral propia de este mundo social, al servicio de su legitimación. En las oscilaciones entre lo penitenciario y lo terapéutico, observé referencias a espacios concretos, reglas de circulación, formas de uso y de apropiación del espacio, apelaciones afectivas y morales asociadas a determinados territorios. Aparecía en las representaciones de los actores, una imagen fragmentaria que suponía al “hospital psiquiátrico” y a la “cárcel” como ámbitos diferenciados. Esta diferenciación que sostenían tenía un anclaje territorial impregnado de distinciones conceptuales movilizadas para clasificar cosas, personas y prácticas situadas, generando sentimientos de pertenencia o diferenciación que actuaban como fronteras (Lamont y Molnár 2002). Estas fronteras remitían a quienes trabajan dentro del pabellón, a sus identidades profesionales, a la pertinencia de sus saberes y a las concepciones ético-morales que asociaban a su práctica cotidiana. Asimismo, estas fronteras eran escenarios de disputas y transgresiones, dando cuenta a su vez de las relaciones de permeabilidad entre lógicas penitenciarias y psiquiátrico-terapéuticas.

Estudios clásicos de antropología y otras ciencias sociales han destinado especial interés al análisis del espacio y sus formas de simbolización, considerando que estas clasificaciones permiten aprehender aspectos fundamentales de la organización social y la cultura (Durkheim y Mauss 1996; Appadurai 1986 y 1988; Hannerz 1987; Rosaldo 1988 y 1989). Así, se han realizado aportes significativos para el estudio de procesos culturales, sociales, étnicos e identitarios. En efecto, en la década de 1960 se ha producido un giro espacial en el campo de las ciencias sociales (Colombo 2017), produciendo un despliegue de abordajes críticos, centrados en las formas en las que los espacios son producidos socialmente. Entre los principales: Lefebvre (1991), Foucault

(2002 y 2008), Harvey (1990 y 1996), Massey (2011), Said (2004) y Soja (1989). Asimismo, la reflexión académica sobre esta dimensión ha permitido complejizar análisis donde prevalecen lógicas de confrontación y distanciamiento (Gupta y Ferguson 2008), en las que la localización de las prácticas, las reglas de circulación y las fronteras vinculan tanto posiciones sociales como dimensiones morales, constituyendo un nosotros/otros claramente diferenciado (Bourdieu 1990 y 2007). En estas nociones de confrontación, se observan sentimientos de pertenencia y membresía vinculados a fronteras espaciales que son, muchas veces, imaginarias.

Teniendo en consideración el aspecto peculiar e híbrido de la institución bajo estudio, procedo a interrogar su dimensión espacial en tanto proceso. Específicamente, me concentro en analizar cómo las delimitaciones espaciales son producidas, legitimadas y reproducidas por las personas; qué aspectos clave vinculados a la organización de relaciones sociales son aprehensibles desde esta dimensión, y cómo las identidades profesionales y lógicas de intervención se articulan *in situ*, para ser luego definidas por los actores como “antagónicas o contradictorias”. En este sentido, se recuperan los análisis de Lefebvre (1991) y de Certeau (1994) sobre la dimensión vívida de estos espacios y los aportes de Harvey (1990) y Massey (2011) que destacan en el aspecto relacional del espacio, como un ámbito de confrontación y lucha que define rasgos identitarios propios y ajenos.

En cuanto a la metodología, se ha recurrido a un trabajo de campo etnográfico (Guber 2011) realizado entre los meses de junio y diciembre de 2015 en el pabellón psiquiátrico del Complejo Penitenciario Federal I de Ezeiza. Se trata de una unidad gestionada por profesionales civiles del PRISMA a cargo del tratamiento de la población alojada (conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y talleristas) y agentes del SPF de distintos escalafones con funciones de seguridad y vigilancia. Hice hincapié en la participación dentro de los espacios específicos de tratamiento terapéutico-penitenciario (oficinas administrativas, consultorios, patio, huerta, áreas de actividades educativas y socioculturales). Durante este tiempo, tuve la posibilidad de participar en las entrevistas de admisión que realiza el personal interdisciplinario del Programa, reuniones del equipo profesional del PRISMA, eventos especiales organizados por la institución, talleres culturales, actividades de educación, asambleas. Asimismo, se ha recurrido a la revisión de materiales nativos (como escritos de pacientes-internos y elaboraciones de profesionales civiles en publicaciones gubernamentales), y en algunos casos se optó por el desarrollo de entrevistas en profundidad a las personas alojadas. Finalmente, sobre estas personas es importante destacar que no existe una categoría clasificatoria unánime dentro del pabellón para nombrarlas. Los profesionales civiles suelen hablar de “pacientes”, los agentes penitenciarios de “internos” o “presos”; y ellos tienden a identificarse con ambas de acuerdo a contextos específicos y a sus interlocuciones con miembros del PRISMA o del SPF. Por esa razón, utilizaré *paciente-interno* para distinguir a quienes se encuentran alojados dentro del pabellón del PRISMA de otros espacios carcelarios. Pese a haber desarrollado en otro trabajo (Rojas Machado 2017: 69-73), la forma

en la que los pacientes-internos asumen un rol activo en la construcción del espacio habitado, su tratamiento con exhaustividad excede los objetivos del presente artículo, centrado en la articulación entre lógicas institucionales y en las identidades profesionales del PRISMA y SPF.

En el período en el que realicé el trabajo de campo, el PRISMA se encontraba en un proceso de apertura orientado al aumento de visibilidad del Programa por fuera de los límites de la institución. 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 por la presidencia de Mauricio Macri. A partir de ese momento fue suspendido el ingreso de académicos de diversa índole que contábamos con autorización de permanencia y se produjo una reducción de la presupuesto y de la planta de profesionales. Por esta razón, los datos esbozados en este trabajo posiblemente difieran en algunos aspectos del funcionamiento actual de este pabellón. Pese a ello, y reconociendo que nuestros trabajos se encuentran inmersos en la fugacidad política, económica y material de los mundos estudiados, pretende ser un aporte al corpus de investigaciones sobre contextos de encierro, especialmente aquellos ligados a los espacios menos convencionales de la prisión. Asimismo, estas páginas pueden ser de utilidad para pensar otros objetos, al tiempo que buscan dar cuenta de la riqueza de la espacialidad como dimensión para abordar procesos institucionales de complejidad.

La exposición se articula de la siguiente manera: primero, se analizan las características principales del pabellón, atravesando las distintas fronteras, rutinas, lógicas de circulación, y las prácticas situadas en contextos y locaciones específicas. Luego, se describen situaciones etnográficas que permiten dar cuenta de las formas en las que los actores constituyen, narran y experimentan sus territorios. Finalmente, se describen y analizan aquellas situaciones que ponen de relieve que pese a existir un relato que separaba y contraponía dos abordajes disciplinarios, en el flujo de la cotidianidad estos se solapaban, generando contextos de reciprocidad entre lógicas penitenciarias y psiquiátrico-terapéuticas. Se considera que el análisis de la espacialidad permitirá mostrar que la misma no solamente expresaba las relaciones entre los actores y sus identidades, sino que producía y posibilitaba las instancias de permeabilidad que definían a la institución en la que se encontraban y que hacían a su cohesión social.

EL PABELLÓN DEL PRISMA, ENTRE LA DIVERGENCIA Y LA HIBRIDEZ

El Complejo Penitenciario Federal I (CPFI) está ubicado en una angosta calle sin número, colectora de la autopista Ezeiza-Cañuelas. Tiene una capacidad de alojamiento de 2061 plazas destinadas a una población masculina y está catalogado de máxima seguridad, por lo que cuenta con un doble alambrado perimetral y con distintas tecnologías de control (sensores de movimiento, circuito cerrado de cámaras de video, etc.). Allí se encuentra el Hospital Central Penitenciario (HPC), en cuya Ala Norte fue emplazado el pabellón psiquiátrico del PRISMA. Como consecuencia de su traslado, el servicio psiquiátrico dejó de ser parte de la estructura hospitalaria de un neuropsiquiátrico para convertirse en un módulo inserto en un complejo penitenciario de máxima seguridad.

Desde el interior, la continuidad espacial de este hospital 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 estaba 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 utilizaba dicho acceso. Los trabajadores del pabellón solían ingresar por una puerta lateral ubicada en el estacionamiento. La reja con candado del interior representaba una *frontera* que distinguía dos formas de intervención: la civil y la penitenciaria. Como señala la Defensoría General de la Nación en su Informe sobre el PRISMA (2017), los médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales del SPF son funcionarios penitenciarios, es decir, forman parte de un escalafón específico –el profesional– y ascienden de acuerdo a los distintos rangos que existen para los oficiales, históricamente se han subordinado al personal de seguridad. Por su parte, los profesionales del PRISMA son trabajadores del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Esto marca diferencias no solo en relación con el ámbito de dependencia de cada grupo, sino también diferencias salariales y de normativas que rigen su desempeño laboral, además de haber sido modelados por distintas prácticas, o bien las de la cárcel y del tratamiento penitenciario, o bien las del hospital y del tratamiento de la salud.

Los trabajos de Michel Foucault (2002, 2005 y 2008) han dado cuenta extensamente de la importancia de la administración, clasificación y segmentación del espacio para la 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 otro espacio social particular, sostenido, legitimado y aceptado (Visacovsky 2002). Para el cuerpo de profesionales civiles era un acto constitutivo de su identidad el diferenciarse de los agentes del Servicio. Desde su puesta en funcionamiento habían intentado dejar constancia de que la distinción radicaba, fundamentalmente, en la postura ética y política de sus miembros, orientada a la defensa de los Derechos Humanos y los principios de la legislación vigente en salud mental. Solían enfatizar sobre su lugar de trabajo, que “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”². Ellos identificaban esa reja como una divisoria con la lógica militarizada del Servicio, una distinción entre la lógica civil y penitenciaria. Así lo señalaba una psicóloga del Programa:

“Estamos prácticamente en el mismo lugar pero esto es un hospital en serio, acá tenés profesionales civiles y no penitenciarios que están al servicio de otras lealtades. Nosotros no vemos presos, que es lo único que ve un médico penitenciario” (psicóloga PRISMA, junio de 2015).

Para los agentes penitenciarios del Complejo, esa reja con candado era lo que separaba a su institución de pertenencia de aquel espacio abyecto,

2 El término *dispositivo* aparece en este trabajo exclusivamente en términos nativos, respetando los términos utilizados por los actores.

el lugar del “loco-delincuente”, las marcas de la demencia y la hibridación institucional. Sobre este punto, es importante 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 decían muchos de sus agentes. Exceptuando quienes continuaban tareas desde la Unidad N°20 del Hospital José T. Borda, los guardias penitenciarios no solían 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.

(...) también hay que tener bastante aguante para estar en un lugar como este, 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, con gente que se corta....me parecía insoportable” (agente penitenciario, julio de 2015).

El PRISMA representaba una doble hibridación que parecía incomodar su tarea cotidiana: el contacto con “la irracionalidad” de la locura, los gritos, los cortes, y la autoridad civil dentro del establecimiento en detrimento del poder que tradicionalmente tuvo la institución penitenciaria para la gestión de esta población. Desde su primer emplazamiento en el Hospital José T. Borda, este servicio 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 agentes y a su poca predisposición para vincularse con personas tipificadas con algún padecimiento mental, el trabajo dentro de estos espacios encierra otras dificultades para ascender en la carrera penitenciaria, como aseguró el Jefe de seguridad interna 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 los futuros destinos y responsabilidades que nos confieran. Nadie se entera, a nadie le importa lo que pasa acá con los locos” (jefe de seguridad interna, SPF, septiembre de 2015).

Asimismo, debe añadirse la incómoda tarea de aceptar decisiones y directivas de un equipo civil que carece de trayectoria penitenciaria y de formación específica en materia de seguridad. Es por eso que este pabellón era un ámbito poco deseable para los agentes del SPF, por el tipo de población que alojaba y por la forma en la que esta era gestionada. Para ellos, el pabellón del PRISMA era, de acuerdo con Douglas (2007), el lugar de lo impuro. Precisamente, la distinción que realiza la autora sobre las ideas de pureza y peligro, donde “son

impuras aquellas especies que son miembros imperfectos de su tipo; o cuyo mismo tipo perturba el esquema general del mundo” (Douglas 2007:73). Este concepto ilumina a este ámbito penitenciario donde se desautorizaba al SPF, se descreía de sus tradicionales métodos para tratar y contener a la población en materia de salud mental y donde se sostenían públicamente representaciones estereotipadas y estigmatizantes sobre los miembros del Servicio. En adición, el traslado de la Unidad N° 20 hacia el CPFI supuso el desplazamiento de profesionales penitenciarios que quedaron desafectados de ese servicio, para ser reubicados en otras áreas del SPF. De acuerdo con sus relatos, tuvieron que cargar con las acusaciones de mal funcionamiento de la unidad de origen, a pesar de que este no se debía a sus malas prácticas, sino a que dicho espacio se transformó paulatinamente en un ámbito de contención para cuadros conflictivos dentro del sistema federal.

En lo que respecta a los relatos de los profesionales civiles, estos solían apelar a un pasado de la atención de la salud mental en las cárceles marcado por malos tratos, torturas y ausencia de tratamiento especializado. Estas deficiencias, según manifestó la coordinadora del Programa en distintas oportunidades, solamente podían ser revertidas por medio de su intervención, “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 formaba parte de uno de los principales conflictos entre estos actores. Es importante mencionar que esta concepción sobre la ausencia de violencia en el ámbito hospitalario y su asimilación a la cárcel es una construcción nativa. 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).

Diversos autores (Laurence y Low 1990, Harvey 1990, Massey 2011) 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 separaba al pabellón psiquiátrico del resto de los servicios del SPF daba cuenta de esta operación. En ese intersticio se insertaban las relaciones, los valores y la pertenencia de los actores, como forma de definir el ambiente que habitaban. De esto daban cuenta sus testimonios, y como veremos más adelante, sus prácticas de circulación dentro de estos espacios. Esta espacialidad expresaba el lugar segregado del servicio psiquiátrico dentro de la estructura del SPF. Y, como se expondrá en el próximo apartado, también aludía a la inestabilidad, permeabilidad y precariedad de las relaciones entre los actores, encarnadas en territorios específicos.

En relación a su estructura interna, el pabellón psiquiátrico de Ezeiza era una formación distribuida en dos plantas. Contaba con tres puestos de control y todos los accesos estaban protegidos por rejas y candados bajo vigilancia permanente. Su capacidad permitía alojar a sesenta personas 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.

La planta baja contaba con un pasillo de distribución en forma de “L” donde se encontraban 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.

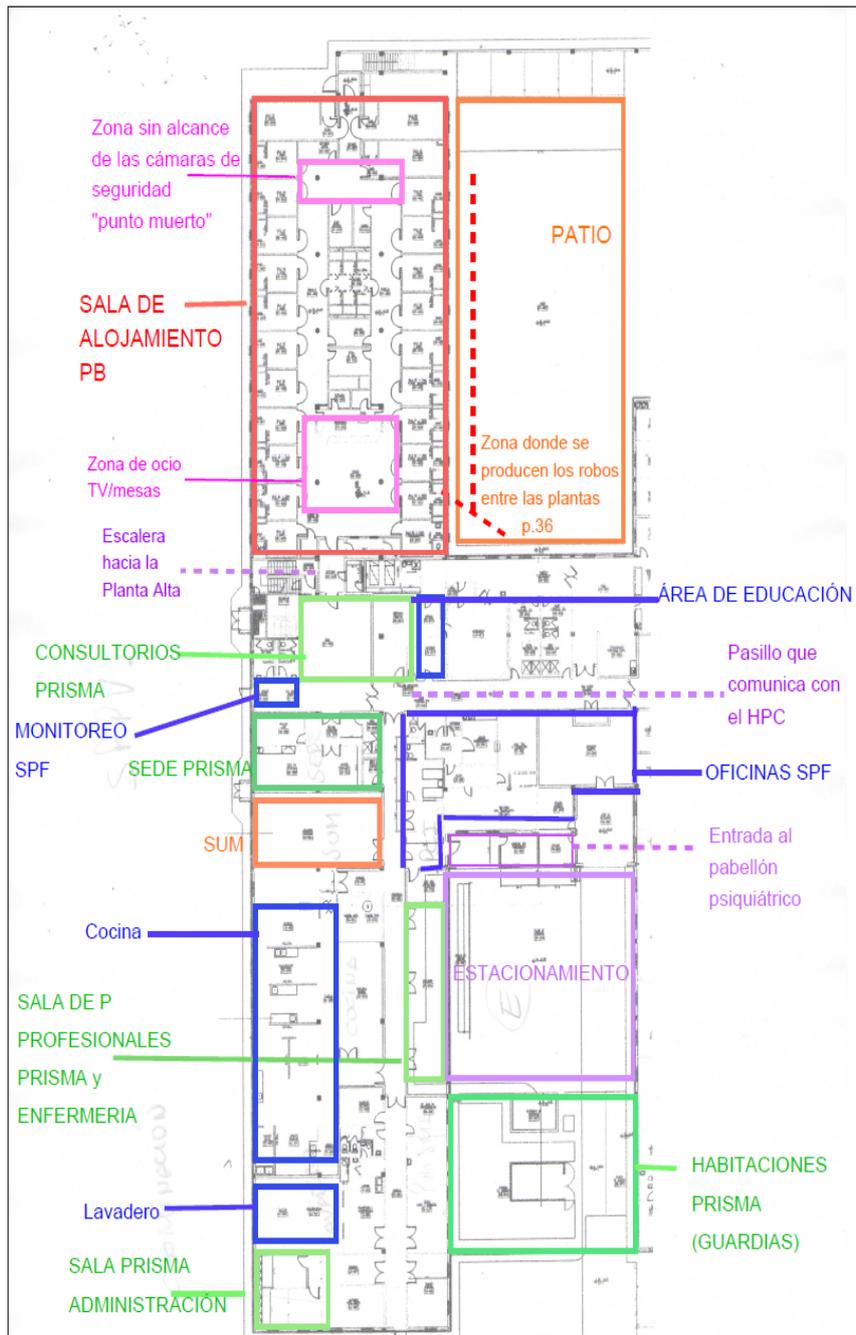
Es importante señalar que tanto el PRISMA como el SPF tenían asignados espacios específicos y diferenciales, a excepción del Salón de Usos Múltiples (SUM) y el patio, cuya adscripción se encontraba ligada a actividades de diversa índole, sin remitir directamente a estas autoridades. La sala de profesionales y la oficina contigua estaban a disposición del personal del PRISMA. La primera era un área extensa que contaba con una mesa ubicada en el centro y varias sillas. Había 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 desparramadas entre los mates, las tazas y algunos paquetes de galletitas. Si bien era un lugar asociado a tareas profesionales, la ausencia de otras áreas dentro del pabellón hacía que también allí se almuerce y se mantuvieran conversaciones distendidas y recesos de trabajo. Pese a existir relaciones jerárquicas entre miembros del equipo, las interacciones en esta oficina asumían un carácter informal, exceptuando situaciones específicas: reuniones de equipo, disposiciones nuevas de trabajo, discusiones acerca del funcionamiento del servicio de tratamiento, entre otras. La oficina contigua contaba con dos camas y se utilizaba, principalmente para el descanso de los profesionales de guardia. Existía una sala que antiguamente pertenecía a profesionales penitenciarios que trabajaban dentro del pabellón, pero fueron trasladados a otros sectores del Complejo posibilitando nuevas apropiaciones por parte de miembros del PRISMA. Estas se utilizaban para encuentros y talleres entre profesionales y para reuniones con agentes del poder judicial, defensorías y organismos de DDHH.

El Servicio contaba con dos oficinas administrativas y con una de control en la entrada del pabellón. Una de ellas era la del Jefe de Seguridad Interna y sus dos administrativos a cargo. La estética de estos despachos era prolija y el trato entre ellos sumamente formal, especialmente cuando se referían a autoridades penitenciarias. Contar con el Casino de Oficiales hacía que pudieran 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 personas en el mismo lugar. Las paredes de estas oficinas estaban decoradas con bastante austeridad, únicamente con artesanías de los distintos talleres penitenciarios y obsequios de otras unidades del Servicio.

En los tiempos que transité el pabellón, observé la existencia de un acuerdo tácito por el cual los sectores administrativos asignados al PRISMA o SPF no eran compartidos. Entre ellos, el lugar de interacción era el pasillo, allí se mantenían conversaciones triviales y cotidianas, o la resolución de problemas de gravedad (inconvenientes con algún paciente-interno, problemas de convivencia, etc.). La única excepción era el área de monitoreo que se encontraba entre el Servicio de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (en adelante, SEDE) y los consultorios. Se trataba de un escritorio ubicado en el pasillo con cuatro monitores donde se observaban todas las cámaras de seguridad del pabellón (salas de alojamiento, SEDE, celdas individuales de observación permanente, salones, aulas de educación). Su ubicación, tan cercana con las áreas del PRISMA, y la ausencia de fronteras físicas (paredes, puertas, boxes) lo constituía en un espacio de intercambio, el único donde los trabajadores del PRISMA y SPF interactuaban: sostenían conversaciones

triviales, intercambian observaciones sobre las personas alojadas, tomaban mate, intentaban mantener un trato cordial entendiendo que, como señaló un agente, eran “todos trabajadores”.

Ilustración: Disposición de espacios PB



Fuente: Adaptación propia del croquis de planta baja (PRISMA/ SPF) de la tesis doctoral de Andrea Lombráña (2014:301).

La planta alta únicamente poseía una sala de alojamiento, una oficina de control del SPF y un espacio en el medio, con un escritorio y dos sillas, que se utilizaba como consultorio. La ubicación de este último, tan cercana a la sala y al control penitenciario, generaba numerosas dificultades para mantener la privacidad y tranquilidad de los espacios terapéuticos. Era un área particularmente ruidosa, la puerta que conducía a la sala tenía una ventana vidriada por la que solían gritar los pacientes-internos llamando a los profesionales mientras estos atendían. Los agentes penitenciarios se encontraban a pocos metros, por lo que debían ser cautos con potenciales escuchas. Por lo general se utilizaba cuando debían evitar que pacientes-internos con problemas de convivencia se encuentren en los consultorios de la planta baja.

Los pasillos del pabellón presentaban amplias dimensiones, iluminación blanco-mortecina, la pintura de sus paredes un poco deteriorada, colillas de cigarrillos en el piso, las rejas con candados y la presencia de puestos de control penitenciarios con cámaras de seguridad. En tanto lugar, no poseía diferencias significativas con el ámbito meramente carcelario del Complejo, eran las prácticas situadas quienes indicaban la especificidad de este lugar. Sostiene De Certeau que los agentes sociales se apropian del espacio en la medida que lo usan, distinguiendo lugar de 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 circunstan, lo temporizan y lo hacen funcionar como una unidad polivalente de programas conflictuales o proximidades contextuales. 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).

Habitualmente, entrar al pabellón implicaba necesariamente encontrarse con una circulación más fluida de personas, los requisitos de circulación era más flexibles y era común observar el tránsito de pacientes-internos sin un estricto acompañamiento institucional. Por otro lado, el uso del espacio era diferente del área del HPC, aparecía el término “paciente” y la presencia del lenguaje psicopatológico en las conversaciones de pasillo. Dentro de este pabellón, los internos penitenciarios eran separados del sistema clasificatorio del SPF, creando y recreando por medio del acto de nombrar (De Certeau 1994) y se transformaban en *pacientes*, sujetos a otras prácticas de tratamiento e intervención, que veremos a continuación con mayor detalle.

En su estudio sobre el Servicio de Psicopatología y Neurología del Hospital Interzonal de Agudos Evita, más conocido como *el Lanús*, Visacovsky (2002, 2008) recuperó 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 autonomía de los psicoanalistas respecto de otros servicios hospitalarios, incluso la psiquiatría. Los relatos recabados, la permanencia y circulación en los sitios descritos han permitido observar distinciones entre dos instancias “diferentes” de concebir un mismo espacio. Los límites entre los ámbitos del PRISMA y del SPF, el hospital y la cárcel (respectivamente), eran respetados y valorados para llevar a cabo sus tareas, resguardar su privacidad y su estructura jerárquica. Para ambos, era importante contar con oficinas propias donde establecer sus reglas de uso, un lenguaje adecuado a sus responsabilidades y los valores que los representaban

en tanto agentes estatales. Este relato de escisión espacial permitió establecer áreas de gestión y control diferenciadas que expresaban una forma de distinción disciplinaria, política y sanitaria. La misma redefinía el ámbito penitenciario y daba sentido a un conjunto diverso de prácticas.

ESPACIOS COMPARTIDOS. DISPUTAS Y COMPLICIDADES

Hasta el momento me ocupé de los espacios del pabellón psiquiátrico percibidos como ámbitos de pertenencia de profesionales civiles y agentes penitenciarios. En ellos, la delimitación de sus prácticas estaba pautada, sea por la normativa o por el peso de la costumbre. Acuerdos tácitos entre el PRISMA y el SPF definían dos ámbitos diferenciados desde el discurso, sobre imágenes nativas contrapuestas acerca de la cárcel y el hospital psiquiátrico. Sin embargo, en los espacios donde participaban los pacientes-internos estas fronteras (físicas, simbólicas) comenzaban a resquebrajarse, evidenciando su engorrosa, escurridiza y disputada condición.

ESPACIOS DE TRATAMIENTO DE PACIENTES-INTERNOS A CARGO DEL PRISMA

En las inmediaciones de la sala de alojamiento de planta baja se encontraban los consultorios del PRISMA, el SEDE donde se evaluaban nuevos ingresos y se alojaban pacientes que debían ser “compensados” (estabilizados por medio de medicación psiquiátrica). En esta planta también se encontraba el área de monitoreo del SPF. Estos eran los espacios donde le correspondía al Programa definir lo aceptable/no aceptable como autoridad institucional. El área de los consultorios estaba apenas delimitada por cuatro boxes con paredes de placas de yeso dispuestos en los extremos del pasillo que conducía a la sala de alojamiento. El tránsito de este sector era constante, dificultando la privacidad de los espacios terapéuticos y su separación de la lógica penitenciaria. Por lo general, allí tenían lugar muchos de los talleres que impulsaba el área sociocultural del PRISMA, entre ellos el de producción y emisión de radio. Este se emitía en un reducido consultorio donde entraba un escritorio y apenas las sillas para seis o siete personas. Durante el período de campo, habitualmente se observaba sangre en sus paredes, se escuchaban los gritos de pacientes-internos descompensados que provenían del SEDE o de la sala de alojamiento contigua, se veía a los guardias corriendo por los pasillos ante problemas de convivencia en alguna de las salas, a pacientes-internos desplazándose hacia distintas actividades (educación, trabajo, tratamiento). También se escuchaban discusiones que otros pacientes-internos tenían con sus equipos tratantes en el resto de los consultorios, posibilitado por la ausencia de paredes firmes. Estos espacios estaban insertos en la lógica híbrida de la institución.

El equipamiento de los consultorios era bastante austero: un escritorio y por lo menos dos sillas, en ocasiones en absoluta destrucción. De alguna manera, su mobiliario era testimonio de los episodios de violencia allí ocurridos, de pacientes-internos descompensados, de peleas entre ellos que tenían lugar dentro de los espacios terapéuticos. Sus paredes de durlock, testigos y víctimas de los mismos pesares, estuvieron siempre rotas (agujeros producidos por golpes y rellenas con papel de diario) y repletas de grafitis, entre ellos: “iván gato de la gorra”, “Ruffo violín”, “Leguizamon refugiado, puto”. Por lo general, se intentaba realizar un mantenimiento de las áreas de trabajo. Sin embargo, las

reparaciones duraban pocos días.

Durante los programas de radio resultaba dificultoso sostener la atención de los pacientes-internos, algunos estaban somnolientos o recientemente medicados, en una oportunidad uno de ellos aprovechó el momento para pedir que su psiquiatra lo atendiese 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 lo veía pasar por el pasillo que estaba entre los consultorios, tratando de evitar el contacto visual con su paciente. En el área de los consultorios muchas veces se escuchaban peleas de pacientes, llantos o gritos. También solían verse agentes penitenciarios correr hacia la sala de alojamiento, a veces por peleas, otras por intentos de ahorcamiento.

A pesar del relato de escisión que sostenían los actores (civiles y penitenciarios), el trabajo de campo dio cuenta de cómo en el flujo de lo cotidiano las barreras psiquiátrico-terapéuticas y penitenciarias eran móviles e híbridas: la seguridad y el tratamiento se encontraban permanentemente relacionados. No existía dentro del pabellón un ámbito formal de atención terapéutica donde no participe (aún de manera pasiva) el personal del SPF:

“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 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” (psicólogo PRISMA, junio de 2015).

Como fue dicho previamente, la disposición espacial habilitaba a los agentes penitenciarios a estar al tanto de lo que ocurría en los consultorios y de las evaluaciones diagnósticas que realizaba el personal del programa, los talleres y las guardias. Los profesionales civiles reconocían que en su quehacer cotidiano los agentes tenían una función, aun a pesar suyo, como expresaba un trabajador social:

“Cuando empecé estaba completamente molesto con los agentes penitenciarios y quería tenerlos lo más lejos posible. Hoy reconozco que, de alguna manera, 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” (trabajador social PRISMA, julio de 2015).

La presencia penitenciaria era vista como “necesaria” para los trabajadores del Programa, en tanto participaran únicamente cuando emergía una situación que pusiera en peligro la integridad física de alguna persona. La presencia “pasiva y lejana” que esperaban de los agentes formaba parte de las funciones de seguridad a cargo del Servicio y solamente de ese modo aceptaban

no poseer potestad absoluta en ningún espacio del pabellón.

Por su parte, los agentes penitenciarios consideraban que eran los más adecuados para interpretar la conducta de los pacientes-internos, dilucidar sus verdaderas intenciones y sugerir las prácticas adecuadas, como decía uno de ellos:

“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” (agente penitenciario, julio de 2015).

La permanencia en el espacio era reconvertida por los agentes penitenciarios como una prueba de competencia; ellos entendían mejor a la población porque compartían con ellos la mayor parte de su tiempo, y se expresaba en consideraciones como: “ellos hacen turnos de pocas horas, nosotros estamos todo el día *acá en el PRISMA* con el interno, somos los que conocemos al preso”.

Existían situaciones, incluso, en las que mantenían discusiones con el equipo de profesionales civiles por la administración de medicación farmacológica. Del Carlo (2013), psicólogo del PRISMA, explicó que la proximidad espacial de profesionales civiles y agentes penitenciarios dentro de los ámbitos terapéuticos generaba situaciones problemáticas que ponían en jaque su autoridad y potestad sobre el tratamiento de los pacientes. En su exposición relató una situación específica de su labor cotidiana que consideró ilustrativa. 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 fue de gran importancia ya que implicó una enorme intromisión del Servicio, presionando no solo a través de los comentarios previos y posteriores a la decisión de los profesionales, sino también coaccionando y escuchando la entrevista. Al respecto, los agentes debían ubicarse 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), para garantizar de manera simultánea la seguridad de las personas intervinientes y la privacidad de las mismas. Como fue señalado, el espacio del que disponían para estos encuentros no siempre permitió distancias razonables, la circulación muchas veces era constante y había áreas que presentaban dimensiones muy estrechas, dificultando la permanencia de agentes penitenciarios fuera del campo audible.

La disposición espacial y el discurso extendido de peligrosidad colaboraban con la intromisión del medidas de seguridad en el tratamiento, preocupación que compartían y expresaban públicamente muchos profesionales del Programa (Bertolozzi y Vitalich 2013; Del Carlo 2013). En consecuencia,

el espacio se transformaba en un escenario de puja y transgresiones que mostraban una de las formas en las que se manifestaba la articulación entre lógicas penitenciarias con psiquiátrico-terapéuticas.

Asimismo, aparecía la profesión como una categoría de segmentación entre estos grupos, dando cuenta del lugar del trabajo en la construcción subjetiva e identitaria de estas personas (Dubar 1991). Como señala Beliera en su estudio sobre identidades profesionales hospitalarias, el *ser profesional* conforma una categoría que divide y segmenta al total de trabajadores dentro de la institución, al tiempo que jerarquiza sus prácticas y discursos (2018). Dentro del pabellón, se utilizaba como un criterio en la pugna por la pertinencia de sus saberes, y la adecuación de sus decisiones respecto del tratamiento de las personas alojadas, y de la administración general del pabellón.

El SEDE merecía algunas menciones: el PRISMA evaluaba nuevos ingresos por derivación judicial o penitenciaria. Se trataba de una oficina que contaba con una reducida celda vigilada con un baño y tres camas para varones, y una sala más pequeña con dos camas y un baño para mujeres. Estas personas no solían tener acceso a otras partes del penal, y solo por pequeños intervalos de tiempo se les permitía 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 tomo la medicación”. El encierro y sus condiciones hacían del lugar un escenario difícil de tolerar. Quienes aguardaban la admisión permanecían allí durante varios días en los que se realizaban diversas entrevistas. Pese a que solían ser posteriormente trasladados a otro establecimiento penitenciario, desde el momento en el que ingresaban al pabellón y eran alojados en el SEDE, se transformaban en “pacientes”. Esto no era únicamente observable en el discurso de los profesionales, sino también en las prácticas de terapia, tratamiento y medicación que recibían durante esos días. Para el abordaje del PRISMA, permanecer en este espacio hacía a su identidad institucional.

Los espacios del PRISMA orientados a la atención y tratamiento de pacientes-internos eran simbolizados en la tensión hospital/cárcel dentro de un proceso que remite al establecimiento de límites, fronteras y umbrales. Era un proceso íntimamente ligado a la identidad y a la diferencia de manera simultánea, a la relación del sí mismo/nosotros con los otros” (Pyszezek 2012). El cuerpo de profesionales civiles, en tanto equipo de trabajo dentro de una cárcel de máxima seguridad, definía un conjunto vasto de tácticas (De Certeau 1994) para producir espacios autónomos donde se privilegien los abordajes terapéuticos, por fuera del paradigma de la seguridad. Sin embargo, la impronta hospitalaria era permanentemente permeada por las prácticas penitenciarias.

ESPACIOS DE PACIENTES-INTERNOS A CARGO DEL SPF.

Para quienes han circulado por establecimientos penales del ámbito federal, el pabellón psiquiátrico del PRISMA se presentaba como un lugar sumamente particular, donde aparecían ambos y guardapolvos blancos, una 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. En un ámbito donde la circulación de los actores es más fluida, se encontraba la puerta de acceso a las salas de alojamiento como una frontera categórica con el

medio carcelario.

El alojamiento del pabellón se distribuía en dos salas con capacidad para treinta personas cada una. En sus puertas de ingreso había tres agentes penitenciarios de manera permanente, con funciones exclusivas de control y vigilancia. En el perímetro de la sala se distribuían las celdas y en el centro se encontraba un espacio compartido, un área rectangular con una cocina (provista con un anafe, microondas, lavabo), un televisor y, frente a este, la disposición de mesas y sillas de plástico blanco. Los pacientes-internos permanecían encerrados dentro de sus celdas desde las 22.00 horas hasta que comenzaban las actividades en el establecimiento la mañana siguiente, a esta práctica se la denominaba “engome”. Fuera de estos horarios, podían disponer de la sala escogiendo espacios compartidos o la permanencia en sus habitaciones.

Este ordenamiento espacial tenía sus excepciones: los pacientes-internos con resguardo no podían estar en contacto con la población, razón por la cual estaban en sus celdas durante la jornada completa. Algunos de ellos accedían a talleres individuales y esporádicas salidas al patio, pero estaban desligados de las prácticas de la sala. Para el resto, estas celdas representaban un estigma espacial (Pyszezek 2012) en tanto denotaban una degradación en la reputación de quienes las ocupaban, conformada por las representaciones que, perpetradas en el tiempo y en el espacio, adquirían una identidad inherente.

El resto de los pacientes-internos podía disponer de la sala durante el día. Para ellos ese espacio era “su casa”, entendida como una categoría nativa a la que recurrían cuando enunciaban sus movimientos: “me levanto, voy al trabajo y vengo para casa, paso el resto del día acá, leyendo o mirando tele”. Era el único lugar en el que podían permanecer sin la proximidad de agentes o profesionales, lo que les permitía la toma de algunas licencias. Una de ellas era el conocimiento de las “zonas negras” de las cámaras de seguridad, (es decir aquellas partes que no están alcanzadas en la lente de las mismas); se trataba de un conocimiento práctico transmitido de preso a preso sobre las áreas de la sala que no podían ser vigiladas ni monitoreadas por el Servicio.

La disposición de las mesas de la sala expresaba las relaciones entre los pacientes-internos y sus jerarquías. Estaban dispuestas en función de sus “ranchos”, categoría nativa referida a la “familia” dentro de la cárcel, la mesa, “la gente con la que se comparte”, donde tenían lugar las relaciones de solidaridad y reciprocidad entre ellos. En el centro de la sala había una mesa con sillas diferentes (más grandes y con apoyabrazos), allí se encontraba el único control remoto de la televisión. Esa mesa le correspondía al “rancho alfa” de la sala (el que disponía las reglas de convivencia y poder de coerción para que sean respetadas por sus compañeros). Uno de los integrantes de este rancho afirmaba:

“Hay gente enferma, esto es un hospital. Por eso nosotros, que somos el rancho alfa, que estamos acá porque tenemos algunos problemas pero no estamos locos, nos ocupamos de que se respete el lugar. En esta sala no podés 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. Suena mal, pero es así” (paciente-interno, planta baja, agosto de 2015).

Es posible analizar a PRISMA en relación a la lógica tumbera. Con este concepto se 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 (Míguez 2008). Desde las perspectivas de los actores, existe una lógica propia de los ámbitos de encierro penitenciario: “la lógica tumbera” o “cultura de la cárcel”. Esta conforma un recurso para explicar relaciones, estados emocionales, casos de reincidencia, prácticas y discursos especialmente ligados a la manifestación de acciones violentas. Estas prácticas (cobro de protección, uso de facas, relaciones de reciprocidad con agentes penitenciarios) eran identificadas por los profesionales civiles como obstáculos difíciles de sortear en su labor cotidiana, actuando en detrimento de sus objetivos circunscritos al tratamiento del padecimiento mental, generando un estado de mayor dependencia frente al cuerpo penitenciario.

Los pacientes-internos entrevistados consideraban que el PRISMA había avanzado en los últimos años en su tarea de desentrañar esta lógica de las salas de alojamiento. Sostenían que ya no debían llevar comida a todo el pabellón o al “rancho alfa” como hacían en la antigua Unidad N°20 o en la cárcel común (es decir, los establecimientos penitenciarios del SPF que no cuentan con interferencia de agentes estatales civiles). Uno de ellos recordaba:

“(…) 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”.

En cuanto a la circulación de miembros del PRISMA, estos profesionales ingresaban con un enfermero y un agente para las rondas de medicación dos veces por día, bajo el supuesto de que el Servicio debía acompañar la administración de psicofármacos para resguardar su seguridad. Eso suponía la existencia de una convergencia entre ambos abordajes, en la medida que se suponían complementarios y recíprocamente necesarios. En la práctica se evidenciaban algunas dificultades, como señalaba uno de los psiquiatras del Programa:

“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 están todos los agentes dormidos. Avisé de la situación y al día siguiente viene uno y me dijo ‘Ojo con lo que andas diciendo, porque cuando estás adentro, los que te cuidamos somos nosotros. Y tal vez ahora ya no te cuidemos tanto’” (psiquiatra, PRISMA, octubre de 2015).

La territorialidad que ejercía el SPF era indiscutible dentro de las salas. Si bien debía negociar y aceptar prácticas por solicitud del PRISMA, tenía un control difícil de sopesar. En primer lugar, eran los únicos capaces de manejar las puertas de ingreso, la proximidad física hacía que pudieran observar situaciones imperceptibles desde otras partes del pabellón y finalmente, manejaban las cámaras de seguridad. Los agentes consideraban que los profesionales eran usualmente engañados por los “presos que quieren medicación para drogarse”. Al ser ellos quienes compartían la mayor cantidad de tiempo con la población

y al tener conocimiento de los “códigos de la cárcel”, se adjudicaban ser la voz autorizada para darse cuenta de quiénes tenían que estar en el pabellón y quiénes no. Esta selectividad se aplicaba también a los denominados “refugiados”, una categoría nativa que hacía referencia a quienes ingresaban al PRISMA sin un criterio clínico, quienes recurrían al servicio psiquiátrico para escapar de la cárcel común y a quienes fingían episodios que pudieran requerir atención profesional.

Otras veces los agentes se quejaban de los discursos que describían al pabellón como un hospital porque consideraban que negaban sus experiencias, su trabajo y sus padecimientos. Pensaban que el Programa invisibilizaba cuando eran objeto de agresiones, insultos 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” (agente penitenciario, noviembre de 2015).

Las recurrentes e inevitables conexiones entre las lógicas de tratamiento y seguridad generaban en la práctica cotidiana enormes disputas. Sin embargo, para los penitenciarios la sala de alojamiento era un espacio *propio* que, si bien estaba en permanente conexión con la lógica hospitalaria, representaba el ámbito de mayores libertades para su gestión. “Lo bueno es que en las salas ya podemos entre nosotros ponernos de acuerdo y dejar las cosas claras”, decía uno de los agentes que trabajaba con esta población desde la antigua Unidad Nº 20. Pese a los condicionamientos del pabellón, entendían que dentro de las salas encontraban un canal más cercano a su cosmovisión para vincularse con los pacientes-internos, siendo ellos (los penitenciarios), los que comprendían “verdaderamente” los sentidos de la cárcel, y estaban suficientemente capacitados “para no dejarse engañar”.

REFLEXIONES FINALES

En el presente trabajo interrogué una forma peculiar de institucionalización, en la que debieron confluir lógicas psiquiátrico-terapéuticas y penitenciarias. Sostuve que existía una concepción fragmentaria sobre el ambiente que compartían, que entendía a la cárcel y al hospital psiquiátrico como ámbitos antagónicos. Esta noción se sustentaba sobre prácticas técnicas y profesionales divergentes encarnadas en espacios específicos, bajo la gestión de cada uno de los agentes estatales, el PRISMA o el SPF. Expuse cómo estas nociones acerca del lugar que habitaban se encontraban en la organización material de los edificios, en la disposición de los cuerpos y los objetos y en su respectiva movilidad.

Luego, a través de la descripción de los distintos espacios, las reglas de circulación, y las formas de uso, consigné los conflictos e intercambios que se generaban en la imagen dicotómica que sostenían los actores, y que lo convertían en un territorio en disputa. Me refiero a la construcción de una imagen dicotómica acerca del pabellón que entendía al hospital psiquiátrico y a la cárcel

como ámbitos diferenciados. La frontera era respetada y valorada para llevar a cabo las tareas del PRISMA y del SPF, permitiendo establecer áreas de gestión y control particulares que expresaban una forma de distinción disciplinaria, moral, política y sanitaria. La misma redefinía el ámbito penitenciario y daba sentido a un conjunto diverso de prácticas.

A su vez, procuré mostrar que pese a existir en los actores este relato que separaba y contraponía abordajes disciplinarios, en el flujo de la cotidianidad éstos se solapaban continuamente, 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 que expresaban suponían una relación contradictoria entre las prácticas penitenciarias y las psiquiátrico-terapéuticas que, con en la observación de su funcionamiento, también se reconvertían en prácticas de reciprocidad, mostrando una relación de continuidad. Por esta razón sostengo que la fragmentación espacial era un discurso al que recurrían los actores para posicionarse en la institución y legitimar sus prácticas.

A través de situaciones etnográficas, procuré mostrar que la imagen espacial de este pabellón no solamente traducía instancias conflictivas y permeabilidades entre los abordajes penitenciarios y psiquiátrico-terapéuticos, sino que la misma formaba parte de su producción, de sus condiciones de posibilidad. Asimismo, pretendí mostrar que el análisis de la espacialidad es un recurso que contribuye al abordaje de procesos sociales complejos y a la comprensión de universos culturales específicos.

BIBLIOGRAFÍA

Appadurai, A. (1986). Theory in Anthropology: Center and Periphery. *Comparative Studies in Society and History*, 28, 356-61.

.....(1988). Putting Hierrachy in Its Place. *Cultural Anthropology*, 3, 36-49.

Beliera, A. (2018). Ser profesional en el hospital: identificación, estratificación y conflicto sindical. *Revista Mexicana de Sociología*, 80, 7-33.

Bertolozzi, F. y Vitalich, P. (2013). Tampoco son tan pobrecitos. Alternativas ético-políticas frente a la hegemonía del modelo asistencialista-peligrosista. *Derecho Penal*, 5, 7-24.

Bialakowsky, A.; Franco, D.; Rosendo, E. (2000). La institución manicomial: los silencios sociales en el proceso de trabajo. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 46 (3), 235-246.

Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. Distrito Federal: Ed. Grijalbo.

.....(2007). El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI.

Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y Mental Disability Rights International (MDRI) (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos*, Buenos Aires: Siglo XXI.

Colombo, P. (2017). *Espacios de desaparición. Vivir e imaginar los lugares de la violencia estatal (Tucumán, 1975-1983)*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

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

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. Buenos Aires, Ministerio Público de la Defensa.

Del Carlo, C. (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. *Derecho Penal*, 5, 61-76.

Douglas, M. (2007). *Pureza y Peligro: un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. París: Armand Colin.

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

Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

.....(2005). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

.....(2008). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Gupta, A. y Ferguson, J. (2008). Más allá de la cultura: espacio, identidad y las políticas de la diferencia. *Revista Antípoda*, 7, 33-51.

Guber, R. (2011). *La Etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Hannerz, U. (1986). Theory in Anthropology: Small is Beautiful, the Problem of Complex Cultures. *Comparative Studies in Society and History*, 28, 362-367.

.....(1987). The world in Creolisation. *Africa*, 57, 546-559.

Harvey, D. (1990). *The condition of post-modernity. An enquire into the origins of cultural change*. USA: Blackwell Publishing.

.....(1996). *Justice, nature and the geography of difference*. Cambridge: Blackwell Publishing.

Lamont, M. y Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *The Annual Review of Sociology*, 28, 167-95.

Laurence, D. y Low, S. (1990). The built environment and spatial form. *Annual Reviews Anthropology*, 19, 453-505.

Leach, E. (1978). *Cultura y comunicación*. Madrid: Siglo XXI.

Lefebvre, H. (1991). *The production of space*. Malasia: Blackwell Publishing.

Lombraña, A. (2014). *Dispositivos Penales del Perdón. Modos de decir y hacer en torno a la emoción y el castigo*. (Tesis de Doctorado en Antropología). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/2955?show=full>

.....(2016). Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica. *Revista de Historia de las Prisiones*, 3, 35-52.

Mantilla, M. J. (2010). *De persona a paciente. Las prácticas y los saberes psiquiátricos y psicoanalíticos en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires*. (Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Massey, D. (2011). *Ed. For Space*. Los Angeles: SAGE Publications.

Míguez, D. (2008). *Delito y cultura. Los códigos de la ilegalidad en la juventud marginal urbana*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

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. *Revista Margen*. Disponible en: <http://www.margen.org/suscri/margen82/martin82.pdf>

Pyszezek, O. (2012). Los espacios subjetivos del miedo: construcción de la estigmatización espacial en relación con la inseguridad delictiva urbana. *Cuadernos de geografía*, 21, 41-54.

Resolución Conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS. Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) – Creación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=185022>

Rojas Machado, M. (2017). *Los dilemas de vivir juntos. Un estudio etnográfico en un pabellón psiquiátrico dentro de una cárcel federal de la Provincia de Buenos Aires*. (Tesis de Maestría en Antropología Social). Universidad Nacional de San Martín e Instituto de Desarrollo Económico y Social.

Rosaldo, R. (1988). Ideology, place, and people without culture. *Cultural Anthropology*, 3, 77-87.

.....(1989). *Culture and Truth: The remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon.

Said, E. (2004). *Orientalismo*. Barcelona: Sudamericana.

Soja, E. (1989). *Postmodern geographies. The reassertion of space in critical theory*. London: Verso.

Sozzo, M. (1999). Cuestiones de responsabilidad entre dispositivo penal y dispositivo psiquiátrico. *Revista Delito y Sociedad*, 13, 165-184.

.....(2014). Locos y delincuentes. Una inercia despótica en el presente. *Revista Voces en el Fénix*, 34, 28-35.

Tamburrino, M.C. (2012) Institucionalización de las personas con discapacidad intelectual en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires. Sus visiones de la internación. *Congreso ALAS*. Buenos Aires

Visacovsky, S. (2002). *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*. Buenos Aires: Alianza.

.....(2008). Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. *Revista Antípoda*, 6, 91-111.