



**CORRIGIENDO *ALMAS* Y SOMETIENDO *CUERPOS*: LA SOCIEDAD
DISCIPLINARIA Y UN GRUPO DE *ENFERMOS MENTALES* DEL
SISTEMA PENITENCIARIO ACTUAL**

ALMUDENA MORA NOTARIO

Directora

DRA. PURIFICACIÓN HERAS GONZÁLEZ



Almudena Mora Notario

**CORRIGIENDO *ALMAS* Y SOMETIENDO *CUERPOS*: LA SOCIEDAD
DISCIPLINARIA Y UN GRUPO DE *ENFERMOS MENTALES* DEL
SISTEMA PENITENCIARIO ACTUAL**

TESIS DOCTORAL

Directora

DRA. PURIFICACIÓN HERAS GONZÁLEZ

Departamento de Antropología Social y Cultural

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Elche 2017



AGRADECIMIENTOS

Cuando me planteé la escritura de mi Tesis Doctoral, desconocía la magnitud del esfuerzo intelectual y emocional que ello me supondría. Mi análisis sobre la cuestión me hizo ver el verdadero significado de las prácticas relacionales que acontecían en mi lugar de trabajo. Esta observación significada, me sumergió en un territorio de intensas emociones que aquietaba mi profundo compromiso con lo estudiado. Fue el empeño en dilucidar la corporalidad disciplinada de la *locura* y mi pasión por lo investigado, lo que me permitió culminar esta investigación.

Mas las grandes empresas, se inician con pasos cautelosos que debes dejar que se sucedan uno tras otro. Pasos que vienen marcados por intuiciones, agudezas, análisis y por toda la ayuda recibida en el largo proceso. Por ello es prioritario comenzar dando las gracias a todas aquellas estructuras, agentes y sujetos que han sido determinantes en la investigación.

Al Departamento de Antropología Social y cultural de la UMH que plantó en mí la semilla de la búsqueda de significaciones.

A Purificación Heras González por el inmenso apoyo y tutela que me ha prestado y, sobre todo, por la paciencia y el rigor con que ha leído y revisado este texto. Las orientaciones, los consejos y el alumbramiento constante han sido la guía imprescindible que ha rectificado mis inferencias narrativas y ha dotado de sentido analítico mis observaciones.

A toda mi familia, por el apoyo incondicional y el discreto respaldo. Estando por si los necesitaba, sonriendo en mis desánimos y confirmando el sentido de lo investigado. En las múltiples ausencias que han concurrido durante este periodo concentrado de mi práctica investigativa, nunca hubo reproches, tan solo fortalezas y resoluciones.

Finalmente, mi mayor agradecimiento se dirige a todos los integrantes del grupo del PAIEM, por compartir conmigo no sólo sus creencias y valores, sino también sus incertidumbres, empeños y ensueños. Sus discursos y prácticas han sido, la fuente de mi aprendizaje sobre la posibilidad de estar y pensar la *locura*, desde territorios diseñados por la *sin razón* razonada de los omitidos.



ÍNDICE

I. UN MÁGICO ENTENDIMIENTO	7
II. LO QUE OTROS INVESTIGARON.....	19
2.1 En relación a las instituciones penitenciarias	21
2.2 En relación a los <i>enfermos mentales</i>	29
2.3 En relación a los <i>enfermos mentales</i> institucionalizados	38
III. EN BUSCA DE SIGNIFICACIONES.....	47
3.1 Analizando procesos.....	48
3.2 Una propuesta teórica.....	52
3.2.1 Cómo se ejerce el poder.....	52
3.2.2 Un <i>cuero</i> construido	56
3.2.3 Un campo de fuerzas	60
3.2.4 Desterrando los <i>saberes expertos</i>	65
3.3 Espacio de la investigación.....	71
3.3.1 Una feliz posibilidad para la desobediencia.....	72
3.4 Diferentes actores en un mismo contexto.....	75
3.5 Mucho más que tres años.....	78
3.6 Un campo de batalla.....	81
3.7 Comprendiendo la producción social	84
3.7.1 El corazón de la investigación.....	84
3.7.2 Silencios y palabras	87
3.7.3 Interpretar y definir el mundo	91
3.7.4 La función social del discurso.....	96
IV. ESCENARIO DE OBSERVACIÓN	101
4.1 Simulando el <i>Panóptico</i> de Bentham	101
4.2 Donde se albergan los <i>cueros</i>	105
4.3 La <i>hidra</i> vigilante.....	109
4.4 Clasificando las <i>almas</i>	114
V. CÓMO ACABARON EN EL <i>PANÓPTICO</i>	117
5.1 Psiquiatría Penitenciaria. Breve repaso histórico.....	117
5.1.1 Asistencia psiquiátrica hasta 1800.....	117
5.1.2 Siglo XIX.....	118
5.1.3 Asistencia en el siglo XX.....	121
5.1.4 II República (1931-1939).....	123
5.1.5 El régimen franquista.....	123
5.1.6 Restauración democrática.1976	124
5.1.7 La reforma penal y penitenciaria de 1995. Situación actual	125
5.2 <i>Almas</i> y <i>cueros</i> ductilizados.....	126
5.2.1 Lo que la sociedad no quiere.....	127
5.2.2 El <i>loco</i> encarcelado.....	130
5.3 Algunas consideraciones judiciales.....	131
5.4 Posibles soluciones.....	137
5.4.1 Un programa a <i>su</i> medida	139
5.4.2 Implantación del programa en el centro penitenciario	144

VI. EN LAS REDES DE LA INSTITUCIÓN.....	151
6.1 Cuando James entró en la institución	158
VII. UN REFUGIO INESPERADO	169
7.1 Un pasado en la mochila.....	175
7.2 Descubriendo el itinerario.....	181
7.3 Delimitando el grupo.....	192
7.4 Un estigma poliédrico.....	196
VIII. “SOY EL LOCO”.....	207
8.1 El diagnóstico psiquiátrico como instrumento de poder	211
8.2 Cómo entienden los sujetos la <i>enfermedad mental</i>	234
8.3 El sobrediagnóstico y su impronta en los <i>cuerpos</i>	254
8.4 Desde el sufrimiento.....	268
IX. LA CHARLA DE LA INSTITUCIÓN	273
9.1 Un proyecto transformador.....	278
9.2 La aplicación de la norma.....	302
9.3 Señales de <i>guerra</i>	320
9.4 La jerarquía del poder.....	328
X. “¡COMEROS VUESTROS PERMISOS!”	335
10.1 Estrategias adaptativas.....	342
10.2 Apropiaciones en la arena de juego.....	354
10.3 Neutralizando los efectos del contrapoder.....	371
XI. CONCLUSIONES	379
XII. CONSIDERACIONES FINALES	387
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	389
XIV. ANEXOS	419
Anexo I.....	419
Anexo II.....	445

UN MÁGICO ENTENDIMIENTO

Todo esto lo hacéis porque os doy miedo.

(Eusebio, 35 años, 1 año en la institución)

A la edad de 13 años tuve una de las experiencias más plenas de mi vida. Salía del colegio como cada tarde y como cada tarde, pasé junto al sanatorio de San Miguel para *enfermos mentales*¹ regentado por la orden Hospitalaria de San Juan de Dios. A esa edad una suele ir pensando en las cosas de su pequeño mundo, sin plantearse grandes cuestiones ni interrogantes. Era una tarde más del mes de febrero y me había retrasado un poco de mis compañeras por lo que iba sola ensimismada en mis asuntos escolares. El cielo estaba plomizo y sin previo aviso comenzó a nevar, copiosa y cadenciosamente como sucedía hace años. Frente al sanatorio había un almendro que había comenzado a florecer. La imagen del bello almendro en flor bañado por los copos blancos y densos sobre el fondo gris del cielo quedó grabada en mi memoria y tuve uno de esos momentos en los que de repente vislumbras el significado de las cosas y del mundo que te rodea.

Este mágico entendimiento permaneció desde entonces grabado en mi lucidez, unido a aquellos seres desconocidos y enigmáticos para mí, que vivían en el sanatorio. Este recuerdo es el primer indicio que tengo de una pasión y dedicación que me acompañaría el resto de mi vida. Un hecho fortuito, una asociación accidental y aparentemente discordante estableció en mí la pauta de mis estudios, perseverancias e investigaciones.

No fue hasta unos años después, en otra tarde de febrero, entrando expectante en la prisión de Carabanchel en mi primera jornada laboral, como médica, cuando supe que era lo que haría allí dentro. ¿Quién me iba a decir a mí que 15 años más tarde, trabajaría inmersa en el seductor mundo de *la sin razón?*

Desde que comencé a trabajar en el intrincado mundo de las prisiones, mi biografía ha estado impregnada por la idea del cuestionamiento, de los interrogantes, de la búsqueda de nuevas formas de entender ciertos acontecimientos que vivenciaba como irracionales, al margen de la contención estructural en la que me hallaba.

Cuando tiempo más tarde, comencé mis estudios antropológicos y me acerqué a Michel Foucault se me hizo necesario replantearme el ideario colectivo del sistema en el que vivía.

¹ El concepto de enfermo mental se desarrolla más adelante, profundizando en su construcción social.

Los interrogantes me sorprendían en mi quehacer diario ¿El sistema penitenciario daba respuesta a los escenarios delincuenciales de los *enfermos mentales* o simplemente contenía a los sujetos? ¿Los devolvía a la sociedad, homogeneizados y libres de *almas*² propias, según el enunciado de Foucault? ¿Los internos se veían avocados a reorganizar su *enfermedad* y sus vidas en prisión? ¿El sistema se creía con la capacidad de dominar al *loco* o era el *loco* el que enredaba y los conducía a su *sin razón*? ¿Eran excluidos por la estructura por su falta de productividad y utilidad? ¿*Necesitaban* los internos nuestras intrusiones y proposiciones?

Durante esos primeros años fui buscando y examinando respuestas a la estructura penitenciaria en la que trabajaba y que se mostraba infranqueable a mi entendimiento.

Mi trabajo diario en contacto con los internos me hacía volver de forma reiterativa a las premisas planteadas por Michel Foucault (1975) y fue por ello por lo que me decidí a explorar su hipótesis sobre las intrincadas formas de control de los individuos en las instituciones. Y lo hice en el lugar donde yo trabajaba y que tan bien conocía desde hacía 14 años: una institución carcelaria del Sistema Penitenciario español. Debería observar y analizar cómo a través del poder disciplinario se corregían las *almas* y se sometían los *cuerpos*³ sobre unos agentes específicos: los internos designados como *enfermos mentales*. Individuos a los que *había* que corregir, ductilizar y adoctrinar desde la legitimidad que ejerce la sociedad vigilante.

La idea de Foucault (2009:175) de cómo “el poder disciplinario endereza conductas, creando individuos útiles que multiplica, usa y normaliza”, iba tomando fuerza en mí y dotando de sentido mi observación diaria. Así nació la idea de este estudio, con un grupo de *enfermos mentales*, los cuales se veían sometidos a un régimen disciplinario que en principio anulaba cualquier potencial de desarrollar individualidades al margen del régimen social establecido.

Todo este proceso, no fue motivado por una pretensión estrictamente investigadora, sino que estuvo determinado también por una empatía personal hacia la alteridad de la *locura*, y hacia su constante interpelación sobre la falta de aceptación como agentes legitimados equiparables al resto de internos.

Es importante señalar además que esta investigación ha buscado mi propio posicionamiento en el juego de las interacciones de los agentes sociales involucrados en el proceso que conforma la construcción de la realidad penitenciaria. Muchas veces me encontré vislumbrando y significando las múltiples dimensiones del fenómeno humano que llamamos *locura* y otras tantas legitimando el poder disciplinario a través de las insólitas herramientas

² Utilizo el concepto de *alma* según Foucault (1975), tal como se desarrolla más adelante.

³ El concepto de *cuerpo* que utilizo se irá desarrollando a lo largo de la tesis por los diferentes autores.

que utiliza el sistema; vadeando en la frontera del entendimiento y la alienación de la estructura, en una línea grotesca que me interpelaba a diario. No ha sido fácil para mí, el ajustar y clarificar mi posicionamiento en el campo de fuerzas de este espacio social, debiendo día a día tomar conciencia sobre las significaciones de mis acciones y propuestas. Andrés, un día antes de ser puesto en libertad y pasar a un centro⁴ de internamiento dependiente de la Comunidad, me expresaba sus pensamientos:

Tengo mucho miedo, eso es mucho peor que estar aquí, según me han contado [...] Me llevan allí porque cómo aquí, no me he portado bien y me he quemado con cigarrillos [...] pues por eso me llevan. Allí te cuentan el número de cigarrillos, no puedes ver a tu familia, te encierran si no les obedeces y no sé qué hacer con este miedo que siento por dentro [...] Anoche me quemé el pene [...] no sabes la impotencia y la rabia que siento ¿Tu podrías hacer algo para que no me llevaran? Te prometo que no me quemaré más y aunque me pongáis en la celda de cristales⁵ no me quejaré y si queréis que esté acompañado en la celda tampoco [...] así aprenderé disciplina y estaré controlado y la disciplina me ayudará a tener control. No sé cómo explicarte, para mí el control es como una figura paterna [...] control es cuidar mi cuerpo [...]

(Andrés, 42 años, 6 años en la institución)

Andrés asume como lícito el castigo sobre su cuerpo, pero no cuando él mismo lo infringe, es por eso que reclama una forma de control sobre su *cuerpo* dócil, para abandonar el castigo que el mismo se infringe. Entiende que el sistema de dominio no termina en el centro penitenciario, sino que se extiende a otras instituciones como expone en este párrafo. Él demanda esta sociedad disciplinaria que la siente como suya propia y descubre temor ante un nuevo y quizá diferente sistema de control.

Narraciones como estas fueron las que me condujeron al objetivo de mi trabajo y comencé a reflexionar sobre los procesos de la aplicación del poder disciplinario sobre un grupo de *enfermos mentales* del Sistema Penitenciario actual, entendido éste como una tecnología de poder.

En este sentido, indago, entre otros aspectos, si la Institución Penitenciaria da respuesta al problema planteado por la sociedad, al ingresar el Sistema Judicial a los *enfermos mentales*

⁴ Las personas incapacitadas judicialmente, pueden ser ingresadas involuntariamente en centros que dispone la Consejería de Bienestar Social para tal efecto. La propuesta parte de la propia Consejería, como entidad que tutela al sujeto. Estas unidades se suelen encontrar en los antiguos hospitales psiquiátricos de la sanidad pública que quedaron por cerrar en la reforma psiquiátrica de la ley General de Sanidad de 1986 (art. 20).

⁵ Celda de aislamiento con posibilidad de visualización y vigilancia a través de dos de sus paredes de cristal.

en prisión. Analizo cuáles son las funciones de la institución y si el programa PAIEM⁶ da respuesta con su planificación y directrices a los objetivos propuestos por el propio sistema. Al mismo tiempo este trabajo desarrolla el doble empeño, por un lado, de observar y analizar las estructuras desde donde actúan los actores sociales, y por otro de concentrarse en las prácticas relacionales entre los sujetos. Y ese acercamiento lo he llevado a cabo atendiendo a sus semejanzas y diferencias, en un intento de comprender la cultura según Clifford Geertz (1992), captando lo *normal*⁷ sin reducir la particularidad, interpretando a los actores sociales como lógicos y singulares a la vez.

Todo ello es así, porque desde mis primeros contactos con la realidad penitenciaria, he observado cómo el régimen disciplinario es aplicado con diferentes matices y connotaciones a los internos con *enfermedad mental*, frente a los que no la padecen. Así mismo, los procesos de transformación o perpetuación de las estructuras por parte del grupo de *enfermos mentales* no son homogéneos. Los diferentes sujetos se enfrentan con medios y fines distintos según la posición que ocupan en el espacio social, contribuyendo así a conservar o a transformar su estructura. Se me planteó la posibilidad, de que esta posición ante el sistema pudiera estar relacionada con el tiempo que llevan los individuos en prisión.

Mi idea era que la posición ocupada en la estructura condicionaba y ordenaba las representaciones sociales y las tomas de posición, en las luchas dirigidas a la reproducción o transformación de la estructura. Este enfoque me hizo presumir que los desplazamientos en el espacio social los debía considerar dentro de un campo de poder, que conformaba la relación de los actores.

Los sujetos podían, por tanto, ejecutar estrategias encaminadas a transformar el contexto ó a perpetuar la estructura en la que se desenvolvían. Estas últimas, representaban estrategias de asimilación que no venían dadas tanto por el reconocimiento del sistema disciplinario, como por un estilo propio de reajustarse al sistema.

El hecho de investigar estrategias comunes normalizadoras plasmadas en una discursividad normada y estrategias de resistencia de los individuos me condujo a observar los diferentes comportamientos de los sujetos y las diferentes valoraciones que de ellos se hacían. Me guiaba la hipótesis de que no existía una verdadera valoración individual sobre el colectivo de los internos por parte del equipo técnico, sino que ésta se hacía basada en estereotipos preconcebidos.

⁶ Programa de Atención Integral de Enfermos Mentales en Instituciones Penitenciarias.

⁷ El concepto de normalidad se desarrollará en capítulos posteriores, según la visión de Canguilhem.

Entre las preguntas que me he ido planteando iban surgiendo posibles respuestas o suposiciones que iban dando forma a las hipótesis del estudio. El centro penitenciario configuraba una tecnología de poder que aplicaba el régimen disciplinario sobre los *enfermos mentales*, en el marco de una sociedad disciplinaria.

Este grupo de sujetos probablemente era excluido del sistema por su falta de productividad en el mismo y la institución buscaba su transformación y no cesaba hasta obtener el cambio. Yo suponía que la homogenización se realizaba a través de un constructo terapéutico que modificaba el *sin sentido común* y les usurpaba la singularidad a los individuos, obviando el equipo técnico la valoración y legitimación de los sujetos.

Era muy posible que los sujetos fueran devueltos a la sociedad, homogeneizados y libres de *almas* propias, instaurando la violencia del sistema legalmente, al utilizar disciplinas y prácticas normalizadoras. La institución pasaría a actuar como soporte social, sustituyendo de este modo las relaciones interpersonales intra y extrapenitenciarias y creando una relación de dependencia en el colectivo de internos, facilitando así su sometimiento. Los equipos técnicos actuarían como jueces paralelos, reproduciendo mecanismos del *cuerpo* social, castigando y transformando según los patrones de las sociedades disciplinarias.

Al suponer que la aplicación del poder normalizador de la disciplina dependía de la voluntad y cognición singular de cada técnico, sospechaba que quedaba enmascarado en el conocimiento, el poder sobre las *almas* y los *cuerpos*.

Todas estas suposiciones venían seleccionadas por mi propio proceso penitenciario, donde había reparado en numerosas ocasiones en cómo los internos eran amaestrados sutilmente, hasta conseguir que la obediencia del sujeto se convirtiera en una especie de fascinación involuntaria hacia la institución. Y es que, si observas desde lejos, se adivina una estructura reglada, impecable en sus normativas, cuidadosa con sus internos y esmerada en su fin rehabilitador, más si te acercas un poco puedes ver individuos que son domesticados, denominados *locos*, *almas* robadas o *cuerpos* doblegados y todos ellos funcionando en una intrincada maquinaria que persigue el orden y el comportamiento ejemplar.

Precisaba, por tanto, de un método para investigar que fuera capaz de desvelar el verdadero significado de la obediencia reglada, de la aceptación terapéutica, de las relaciones interpersonales entre los actores, de la asimilación de valores institucionales, de los artificios de resistencia o de la pasividad frente al sistema.

Con estas premisas, me dispuse a reflexionar con los actores sociales a través de sus interacciones y comparando actuaciones dentro del grupo de los *enfermos mentales* entre

quienes reflejaban la asimilación al discurso institucional, de aquellos otros que se resistían a los presupuestos hegemónicos.

He utilizado la descripción densa de Geertz (1998) para interpretar y buscar significados a la realidad, embebiéndome en las situaciones y desentrañando desde dentro los procesos, para hacer accesible de esta manera el mundo conceptual en el que viven los sujetos. Más no solo me he limitado a observar, sino que me ha sido inevitable incluir mi propio yo en el discurso. En muchas ocasiones, he observado las prácticas de los sujetos inmersas en los mismos procesos en los que yo había participado años antes y esto me ha facilitado intensamente la comprensión de sus códigos culturales. A medida que esclarecía y explicaba la realidad, quedaban al descubierto significados relacionales profundos que se despojaban de todo atisbo de superficialidad. He indagado sobre sus valores, sus objetivos, sus motivaciones, sin olvidar mi situación relacional con el objeto de estudio.

Desarrollo la investigación en un centro penitenciario, fundamentalmente en el marco del programa PAIEM con el personal técnico y funcional y los 45 internos integrantes del programa, sin olvidar la comparación con el resto de sujetos del centro penitenciario.

Mi pertenencia al equipo PAIEM, desde antes incluso de su *existencia*, como explicaré más adelante, me ha facilitado la observación participante notablemente ya que he podido observar las relaciones entre los diferentes actores: técnicos e internos, sin que tanto el colectivo de internos como el de funcionarios, tuvieran la sensación de ser observados o investigados en sus prácticas. El estudio realizado se ha basado en la observación participante y en la recogida de las narrativas de los *enfermos mentales*.

El análisis de los datos obtenidos me ha permitido captar lo vivido de forma subjetiva por los actores y la manera en que los colectivos interpretan y definen el mundo que les rodea. El análisis de las narrativas dispuso un proceso que había que volver a escudriñar sistemáticamente para dar significación a las prácticas.

Mediante el análisis del contexto y la construcción de narrativas de los sujetos implicados, pretendo corroborar la teoría de Foucault (1975) acerca de la aplicación del poder disciplinario sobre los actores sociales, en el contexto que nos ocupa. Pero también cómo viven y experimentan los actores los mecanismos de poder y si estas herramientas se resignifican en ellos. Las narrativas me han dado la posibilidad de mostrar a la persona antes que al *enfermo* y analizar sus disposiciones ante el discurso médico, su papel en la construcción del proceso disciplinario, así como revelar sus estrategias normalizadoras o subversivas.

La observación participante me ha brindado la oportunidad de detectar actitudes, actuaciones, estereotipos, funcionamientos de la estructura, interrelaciones, discursos técnicos, manejos de los *cuerpos* y cotidianidades del sistema, entre otras cuestiones.

A pesar de la fascinación que han ejercido sobre mí desde siempre, los procesos que conllevan la construcción de las relaciones de poder, no me era posible circunscribir mi observación a los sujetos objeto de la misma. Debía investigar el conjunto de la estructura considerando a los actores sociales como productores de esta estructura (Eduardo Menéndez, 2002). Así, mi investigación pretende dar voz a unos actores sociales aparentemente antagónicos entre sí y a las relaciones que se producen en el proceso.

A lo largo del estudio, he caído en el desánimo en numerosas ocasiones, al dudar de si realmente era capaz de dar voz a los actores o si esas voces eran construidas desde mi subjetividad. Por otra parte, la idea de que el colectivo de los internos *no deseaba* alzar sus voces ni compartir sus sentimientos, no me ha abandonado durante todo el estudio. Sentía la necesidad constante de escuchar y significar sus silencios y evitaciones, y debo pedir disculpas por la obstinación del subjetivismo en hacerse presente en el estudio. He tenido la posibilidad de comprobar lo insultantemente atrevido que es intentar transcribir el sufrimiento y el ininteligible laberinto del sufriente. Imaginad a un *cuerpo* encerrado, observado, vigilado, siendo sabedor de que cada uno de sus movimientos o gesticulaciones serán anotados y programados para corregirlos. ¿Es o no esto, un *cuerpo* sin *alma*?

Debo aclarar que cuando me refiero al *alma*, lo hago en el sentido que nos señala Foucault (1975) en *Vigilar y Castigar*. Se trata de un *alma*, pero no como efecto de una ideología o como el *alma* representada por la teología cristiana, sino que habla de una realidad histórica del *alma* como producto del funcionamiento del poder que se ejerce sobre aquellos a quienes se castiga, se vigila, se corrige y se educa, aquellos a quienes se sujeta a un aparato de producción y se controla a lo largo de toda su existencia. El hombre del que nos habla Foucault es ya en sí el efecto de un sometimiento mucho más profundo que él mismo. Un *alma* lo habita y lo conduce a la existencia, que es una pieza en el dominio que el poder ejerce sobre el *cuerpo*. El *alma*, sería pues, un efecto e instrumento de una anatomía política; el *alma* como cárcel del *cuerpo*.

Estos *cuerpos* y *almas* dóciles son investidos en los *enfermos mentales* con la característica de la *locura*. La misma idea que tenía desde niña y que me adoctrinaron en mis estudios médicos, desgraciadamente es la misma que predomina hoy en día, como si apenas se hubiera mudado en su examen y comprensión. Y es que se asemeja como irreal, cómo aún presuponemos que la *locura* viene irremediabilmente unida a la confusión y al error, y cómo

esto genera unas relaciones asimétricas de poder para el poseedor de la *sensatez*. Establecernos en esta dicotomía crearía una falsa apariencia de estatismo de la certeza, contrapuesta a los dinámicos procesos que conforman la fragilidad de los fenómenos estructurantes de los sujetos.

En la misma línea, Ángel Martínez-Hernández (2008) habla de procesos a través de los cuales se entroniza al individuo y a su aflicción en una doble realidad de *paciente* y de *enfermo mental*, y se asfixian sus posibilidades de ser o de estar fuera de esa identidad de sujeto *enfermo*. Esto desencadena, en ocasiones, una serie de fenómenos que contradicen las intenciones expuestas por las propias dinámicas *terapéuticas*, y que tienen lugar en contextos e instancias concretas surcadas generalmente por la dominación de los saberes *expertos* y la desautorización sistemática de las narrativas afligidas.

Como base teórica para la investigación, me ubico en la Antropología crítica-interpretativa que me permite entender el *síntoma* como una expresión que comporta un sentido y que responde a mundos locales de significación. Por tanto, mi tarea etnográfica ha consistido en revelar el dominio cultural en el que viven los actores, centrando mi discurso en la interpretación de símbolos y sistemas de significación cultural para intentar representarlos en el análisis etnográfico.

Por otra parte, la Antropología interpretativa me parece relevante en su forma objetiva de describir el contexto y la observación del área de estudio. Creo que es importante mantener la discusión sobre la objetividad y subjetividad en el momento de transformar en un texto la experiencia de investigación. En realidad, considero primordial el saber manejar los sentimientos, actitudes, empatías o relaciones personales que surgen con los informantes en el transcurso de la investigación.

Siguiendo a Geertz (1989), vemos como el *estar allí* autorial es difícil plasmarlo en un papel. Si bien el poder trasladar el trabajo de campo a la escritura me ha permitido aprender a *leer* de una manera más crítica. Es importante transmitir en la redacción la relación entre observador y observado, y la relación autor-texto que se refiere a la firma. El reto al escribir el texto, que llevaba implícito una parte íntima de mí misma y de la cual no podía desprenderme, intenté superarlo observando los propios textos desde su inicio y revisando una y otra vez lo escrito.

Pero era muy consciente de que antes de comenzar la escritura de lo observado y significado, debía comenzar por una investigación teórica sobre los conceptos analíticos que me servirían de base para el estudio. Necesitaba saber quién, cuándo y qué se había dicho anteriormente sobre mis interrogantes. Así, la primera parte del estudio presenta el estado de la cuestión en

cuanto a investigaciones previas sobre la aplicación del poder disciplinario en instituciones cerradas, se refiere. Busqué tanto fuentes teóricas, documentales como periodísticas, poniendo especial empeño en las fuentes documentales existentes en Instituciones Penitenciarias.

Con el método del acercamiento desde cuestiones más generales a otras más específicas, fui indagando sobre fuentes bibliográficas como si de una lupa se tratara, hasta llegar a las incógnitas más nucleares de la investigación. En la exposición del estado de la cuestión, he intentado hacer un análisis crítico de la misma, con el fin de situar el marco teórico de la investigación.

En el capítulo de estrategias de investigación abordo el desarrollo de la investigación empírica. Mis autores claves en la construcción del marco teórico fueron Michel Foucault (1975) y Erving Goffman (1970), sin olvidar a Ángel Martínez-Hernández (2008) que tanto me ha aportado en el estudio.

Los métodos y técnicas utilizadas para la recogida, producción, clasificación y análisis de los datos se describen con detenimiento, a fin de facilitar la comprensión de la realidad estudiada. Tratando de esclarecer las lógicas de comportamientos y significación de los sujetos, mi trabajo tomó forma comparativa desde sus inicios, ya que podía observar en mi práctica diaria cómo algunos internos se adaptaban a la sociedad disciplinaria en la que estaban inmersos, reproduciendo discursos institucionales, y otra parte de ellos desarrollaban estrategias de resistencia ante las prácticas homogeneizantes del sistema. Del mismo modo comparé las interacciones que se producían en relación con los internos que no pertenecían al PAIEM.

En este apartado relato mis dificultades, mis dudas, mis desánimos, mis empeños, mis contaminaciones, mis perplejidades, mis fracasos, en resumen: mis intensas vivencias verificadas en estos intensos meses de exploración, de las relaciones de los *enfermos mentales* con la sociedad disciplinaria a la que se ven sometidos.

A continuación, describo el lugar del estudio para lo que he creído necesario dedicar un capítulo aparte, a fin de contextualizar históricamente el objeto de estudio y describir cuidadosamente el funcionamiento y las prácticas relevantes de la institución que interesaban a la investigación. En él se describe tanto el programa PAIEM que enmarca el estudio como su implantación en el centro. Dedico también este capítulo, a exponer la situación legal de los *enfermos mentales* en prisión y las medidas alternativas a su internamiento que se están llevando a cabo, de forma aún tímida, en la actualidad.

El siguiente capítulo, persigue un doble objetivo; por un lado, pretende ser una muestra sobre cómo voy a estructurar metodológicamente el análisis de lo recogido en el campo de estudio, describiendo los procesos a los que se ve abocado un *enfermo mental* desde que ingresa en un centro penitenciario, y por otro explicitar el principio teórico de mi hipótesis de partida, según la teoría de Goffman (1970) sobre el proceso de la *carrera moral* de los actores.

Los siguientes capítulos van desgranando los procesos de los sujetos desde su ingreso en la institución, en una exposición un tanto artificial, ya que los acontecimientos e interacciones no son de ninguna manera lineales, ni vienen a configurar unas etapas consecutivas predeterminadas, sino que más bien los actores sociales dibujan y desdibujan este proceso en un ir y venir por los espacios que configuran la realidad.

Por otra parte, cada capítulo va precedido de un relato de vida recogido en el campo de investigación, para después analizar lo observado en base a unos principios teóricos. Mas como suele pasar, la realidad supera claramente a la ficción y, en alguna ocasión, el intento de descifrar los significados embarrancó en su proceso analítico teórico. Y es que la pretensión de aunar elementos comunes y descifrar cada una de las conductas percibidas en nuestro trabajo etnográfico, creo sinceramente que queda más en el campo de la ambición de la observadora.

Una vez mostrado y analizado el material etnográfico recogido, finalmente expongo una síntesis de los principales resultados elaborados que me conducen a unas conclusiones determinadas. En un último empeño, persigo hacer una síntesis sobre lo expuesto en capítulos anteriores y arrojar algo más de luz sobre los procesos dialógicos y las interacciones entre los actores.

En una última acotación sobre consideraciones finales, reclamo a las instituciones involucradas en el proceso, un tiempo y un espacio para reflexionar sobre el poder, sobre las disciplinas aplicadas y sobre la estructura inamovible; en definitiva, reclamo una oportunidad para poder pensar la alteridad de la *locura*, como un actor más del espacio social poseedor de significados, procesos y determinaciones propias.

He intentado, por tanto, desentrañar cómo las sociedades disciplinarias imponen sus lógicas sobre el apasionante mundo de la *sin razón*, deshumanizado por las acciones del espectador expectante y del inquisidor. He aprendido la importancia inestimable del punto de vista del actor y cómo cada una de las supuestas realidades son construidas desde estamentos de poder y control. He confrontado cómo las estrategias de resistencia refuerzan a los sujetos, si bien no estructuralmente y cómo el sistema sufre un devastador desgaste en su intento de transformar las realidades de los actores implicados.

Mi relación con el grupo de internos se enriqueció y mi relación con la institución se resquebrajó. Con los internos compartí encuentros, risas, confianzas, cercanías, empatías y proyectos, entremezclándose imperceptiblemente el mundo de su *locura* y de mi *cordura*. De la institución, aprendí cómo el poder de los técnicos racionalizaba, desde la legitimidad de lo científico, la aplicación de una disciplina incesante y omnipresente.

¿Pero quién no sospechaba ya que en la institución penitenciaria no se escucha, no se comprende, no se converge, no se aprende, no se tienden puentes a los sujetos objetos de su deseo? Como tan lúcidamente dijo Foucault “¿Por qué la sociedad suprimiría una vida y un cuerpo que podría apropiarse?” (Foucault, 2009:113).

Y como tan explícitamente nos cuenta James:

[...] lo que a mí me da rabia es que nos comemos mucho la cabeza ¿para qué? Pues para no hacer nada malo y un día resulta que fallamos y ¡oye! Que somos unos hijos de puta, unos criminales y delincuentes, y aparte de que nos castigamos a diario en todo momento por los fallos, nos castiga también la ley. Encontramos quizás después de unos experimentos fracasados, algo que para mí es lo único que me alivia el dolor y el odio hacia mí mismo, algo de hachís [...] y resulta que no es legal, que no está bien. O sea, que nos follan por el culo por estar mal. Pero ¡hostias! darnos algo para aguantar esto y si no pues que nos maten y solucionado [...] pero no, ellos prefieren hacernos sufrir así [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

Finalmente, aclarar como el hilo conductor de esta investigación, que me ha permitido transitar de una idea a otra, dando consistencia y coherencia científica, ha sido la intencionalidad en la descripción y significación de las prácticas de los actores sociales. El propósito de desvelar y relatar en sus significados y lógicas, las acciones individuales y grupales en la realidad observada, ha conformado, por tanto, el sentido del trabajo.

No quiero dejar de hacer referencia a la ausencia de utilización de lenguaje incluyente. Es bien sabido que el lenguaje sexista subordina, infravalora y excluye al género femenino del binomio. Por otro lado, si se utiliza correctamente, es indudable que contribuye a la igualdad y a la visibilización de la mujer. Aun siendo consciente de estas cuestiones tan primordiales, me ha parecido que utilizarlo en este contexto dificultaría en cierta medida la lectura de la investigación, resaltando eso sí en la medida de lo posible, su valiosa presencia en los nombres de las autoras, en mi directora de tesis y en la investigadora misma.



II

LO QUE OTROS INVESTIGARON

Señores:

Las leyes, las costumbres, les conceden el derecho de medir el espíritu. Esta jurisdicción soberana y terrible, ustedes la ejercen con su entendimiento. No nos hagan reír. La credulidad de los pueblos civilizados, de los especialistas, de los gobernantes, reviste a la psiquiatría de inexplicables luces sobrenaturales. La profesión que ustedes ejercen está juzgada de antemano. No pensamos discutir aquí el valor de esa ciencia, ni la dudosa realidad de las enfermedades mentales. Pero por cada cien pretendidas patogenias, donde se desencadena la confusión de la materia y del espíritu, por cada cien clasificaciones donde las más vagas son también las únicas utilizables, ¿cuántas nobles tentativas se han hecho para acercarse al mundo cerebral en el que viven todos aquellos que ustedes han encerrado? ¿Cuántos de ustedes, por ejemplo, consideran que el sueño del demente precoz o las imágenes que lo acosan, son algo más que una ensalada de palabras?

No nos sorprende ver hasta qué punto ustedes están por debajo de una tarea para la que sólo hay muy pocos predestinados. Pero nos rebelamos contra el derecho concedido a ciertos hombres, incapacitados o no, de dar por terminadas sus investigaciones en el campo del espíritu con un veredicto de encarcelamiento perpetuo.

¡Y qué encarcelamiento! Se sabe, nunca se sabrá lo suficiente, que los asilos, lejos de ser “asilos”, son cárceles horribles donde los reclusos proveen mano de obra gratuita y cómoda, y donde la brutalidad es norma. Y ustedes toleran todo esto. El hospicio de alienados, bajo el amparo de la ciencia y de la justicia, es comparable a los cuarteles, a las cárceles, a los penales.

No nos referimos aquí a las internaciones arbitrarias, para evitarles la molestia de un fácil desmentido. Afirmamos que gran parte de sus internados, completamente locos según la definición oficial, están también reclusos arbitrariamente. Y no podemos admitir que se impida el libre desenvolvimiento de un delirio, tan legítimo y lógico como cualquier otra serie de ideas y de actos humanos. La represión de las reacciones antisociales es tan quimérica como inaceptable en principio. Todos los actos individuales son antisociales. Los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social. Y en nombre de esa individualidad, que es patrimonio del hombre, reclamamos la libertad de esos galeotes de la sensibilidad, ya que no está dentro de las facultades de la ley el condenar a encierro a todos aquellos que piensan y obran.

Sin insistir en el carácter verdaderamente genial de las manifestaciones de ciertos locos, en la medida de nuestra aptitud para estimarlas, afirmamos la legitimidad absoluta de su concepción de la realidad y de todos los actos que de ella se derivan.

Esperamos que mañana por la mañana, a la hora de la visita médica, recuerden esto, cuando traten de conversar sin léxico con esos hombres sobre los cuales, reconózcanlo, sólo tienen la superioridad que da la fuerza.

De: Carta a los directores de asilos de locos
Antonin Artaud (1925:11-13)

Sorprendentemente para mí, esta carta fue uno de los primeros documentos que encontré en la búsqueda bibliográfica. Me pareció asombroso descubrir como Artaud en los albores del siglo XX, fue capaz de predecir las primeras pinceladas de la corriente antipsiquiátrica⁸, de la Antropología crítica interpretativa y de la crítica al poder disciplinario ejercido desde la posición hegemónica de la *ciencia*. Las frases: *¿Cuántas nobles tentativas se han hecho para acercarse al mundo cerebral en el que viven todos aquellos que ustedes han encerrado?, ¿Cuántos de ustedes, por ejemplo, consideran que el sueño del demente precoz o las imágenes que lo acosan, son algo más que una ensalada de palabras?* martilleaban en mi ánimo y daban sentido a mi planteamiento inicial: acercarme al mundo de la *locura* desde la comprensión y la interpretación crítica simbólica y emancipada de prejuicios y escenarios de poder, del que inevitablemente me habían investido mis largos años de estudio y primeras experiencias profesionales.

Así fue como comencé los primeros pasos de esta investigación, con un rastreo bibliográfico sobre los conocimientos previos en relación a mi pregunta de investigación *¿Desde el poder disciplinario se corregían las *almas* y se sometían los *cuerpos* de los denominados *enfermos mentales* en las prisiones?*

Es indudable la ingente cantidad de artículos, investigaciones, libros y monográficos que se han elaborado en torno al mundo de la *enfermedad mental*. También es muy extensa la bibliografía sobre la elaboración de conceptos tan relevantes como las instituciones, los regímenes disciplinarios, las interacciones en los campos de lucha o el biopoder de la medicina. Sin embargo, las investigaciones sobre el colectivo de los *enfermos mentales* en los centros penitenciarios estaban más circunscritas al campo de la biomedicina o de la jurisprudencia que a los estudios antropológicos.

Debía, por tanto, seleccionar fundamentalmente experiencias provenientes del campo de la antropología, aportando también algún estudio originado desde otras disciplinas científicas, con el fin de comparar y confrontar. Esta realidad, no obstante, no me desalentó en mi

⁸ Movimiento que rechaza los postulados de la psiquiatría tradicional, reconstruyendo el concepto de enfermedad mental. Fue creado por David Cooper en 1955 en forma de movimiento político que impugnaba el saber psiquiátrico tradicional y el carácter inquisidor de la psiquiatría y las farmacéuticas.

empeño, sino que más bien dotó a la investigación de un punto de abrumadora responsabilidad frente a la exposición significada de un mundo, quizá algo desconocido e insondable por una parte de la sociedad.

2.1 En relación a las instituciones penitenciarias

En relación a las investigaciones realizadas en torno a las Instituciones Penitenciarias, Fernando Casullo (2001), en *La cárcel como fenómeno de la exclusión social: Formas de abordaje desde el pensamiento de Michel Foucault*, desarrolla una forma particular de abordar la prisión como problemática social, visto con singular valor dentro de las herramientas que proporciona el pensador francés: las situaciones de resistencia al poder. El autor, investigador sociohistórico de la Universidad Nacional del Comahue, en la Patagonia, comienza con una de las más importantes críticas que se le hizo al pensamiento de Foucault sobre la acción de los individuos: el entender la práctica genealógica como también una política que se sustenta en un método de diagnóstico autocrítico, capilar y sin pausa, conteniendo la posibilidad de producir un efecto de parálisis en las acciones cotidianas de los individuos comprometidos.

Esa mirada dolorosa que Foucault construyera respecto a la sociedad moderna, por su propio peso crítico, podría no posibilitar la lucha o la resistencia al intentar desarticular las redes del dispositivo social. Para el autor francés, el poder se diseminaría tan mínimamente y cambiaría tantas veces de lugar, que enfrentarlo podría ser una tarea titánica. Por el contrario, el trabajo de Casullo, realmente en consonancia con mi estudio, defiende la hipótesis que esta aparente paralización de toda práctica positiva de los individuos políticos puede comenzar a superarse analizando nuevamente la propia práctica de Foucault, sin constituir esto un incorrecto entrecruzamiento de práctica y teoría.

El autor repasa la creación y dinámica propia del Grupo de Información sobre las Prisiones (GIP), que pretende ser el vehículo de expresión de las reivindicaciones de los presos, fundado por el mismo Foucault junto con otras figuras de renombre en Francia a principios de los setenta. Los miembros del GIP priorizaron como metodología principal la denuncia de la situación carcelaria conformada de acuerdo con informaciones provistas por los propios presos, familiares, ex convictos y hasta integrantes arrepentidos del sistema penitenciario.

Para este grupo, la prisión se conformaría como una institución con un patrimonio de prácticas y discursos, *necesaria* para los propios excluidos y el resto de la sociedad. A partir de la implementación de diferentes estrategias funcionales y la creación de nuevas

producciones de poder, los sujetos confinados podrían ser redisciplinados de modo tal, que volverían en mayor o menor medida a participar del escenario social desde la concepción microfísica de la lucha cotidiana y regular contra una realidad que es desigual. Concluye Casullo que seguramente la experiencia del GIP, como fenómeno combativo y rupturista, aún para el propio Foucault, podría continuar inaugurando otras formas de prácticas, nuevas filosofías políticas, que logran tal vez complementarse con modos más tradicionales, como la militancia política, sindical y estudiantil.

Para Casullo el conocimiento discursivo se produce al servicio de un poder social en expansión que penetra en forma creciente las instituciones modernas como cárceles, ejércitos, escuelas y fábricas. Por tanto, reconoce el discurso cómo una práctica social y al mismo tiempo, admite la capacidad de agencia de los sujetos.

En el mismo sentido sobre el desarrollo de las prácticas, el antropólogo Julio Zino de la Universidad de Barcelona (2003) en su artículo *El análisis de las instituciones y organizaciones del sistema penal: una propuesta metodológica*, entiende que instituciones aparentemente tan dispares como las cárceles, las fábricas o los ejércitos, la familia, los centros educativos, las iglesias e incluso los lugares de ocio, tienen en común a pesar de sus diferencias, su carácter de organizaciones, pero sobre todo tienen en común que forman parte o son instrumentos de un determinado esquema de dominación. Todas ellas interpretan con diferente intensidad, la intención disciplinaria del sistema sociopolítico y económico en cada sociedad concreta y comparten de manera más o menos evidente, su carácter de puntos terminales del poder político, en consonancia con los planteamientos de Foucault.

La idea de Zino constituye también, el núcleo ideológico de mi investigación, al considerar la prisión como una sociedad disciplinaria que somete a determinados actores sociales y que éstos son a su vez capaces de interaccionar con el sistema.

Para el autor, la prisión constituye en realidad una construcción social. Conforman un ámbito social en el cual los individuos actúan, interpretan unas reglas establecidas y crean otras nuevas, mediante las cuales regulan sus relaciones y sus acciones. Esta manera de concebir las organizaciones resulta de las interacciones que se establecen entre los actores que la componen. Esta visión de las instituciones parte de la idea de que además de los objetivos y los fines comunes generales, los individuos que conforman una organización tienen también objetivos particulares. Estos individuos, que adoptan un carácter de actores, generan dinámicas organizacionales que son un producto de la tensión entre estos dos tipos de objetivos: generales e individuales.

Se instauran de esta manera prácticas informales, llevadas a cabo por los actores, en el sentido que escapan de las normas establecidas en el diseño y en las reglamentaciones previas. Los sujetos sobre los cuales se sostiene esta concepción son individuos cuyos comportamientos son estratégicos: esto es, no se comportan de acuerdo a normas, sino que se comportan de acuerdo a situaciones y a las interacciones que se producen. Es decir, se comportan siguiendo estrategias, que pueden ser más o menos elaboradas y que adquieren un carácter colectivo, las cuales se construyen y se sostienen en relación a otros individuos.

Estas estrategias, si bien tienen carácter racional, están limitadas por las características propias de cada individuo y, sobre todo, por su situación organizacional. Para Zino, el principal mecanismo de control de la institución es el propio proceso de institucionalización y no la sanción prevista para el incumplimiento de la institución. Dicho de otra manera, la institucionalización somete las conductas al control social y esto es previo a cualquier mecanismo de sanción que se haya establecido para reforzar la institución.

Vemos, cómo la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu (1994), el sentido de las instituciones de Mary Douglas (1996), el interaccionismo simbólico de George Mead (1993) y los planteamientos de Foucault (1975) convergen en el planteamiento de Zino y el mío propio, dando sentido y cuerpo teórico a las prácticas de los sujetos en una institución disciplinaria.

José Adelantado (1991), doctor en Sociología, en su tesis doctoral *Orden Cultural y Dominación: la cárcel en las relaciones disciplinarias* expone a través de un estudio de caso, cómo las nuevas formas de disciplina son consecuencia, pero también causa, de los cambios socioculturales neoliberales, centrándose en la construcción del orden interno y en el cambio disciplinar.

Adelantado en primer lugar, interpreta la clasificación y el tratamiento penitenciario desplegados por la LOGP⁹, como elementos que redefinen el espacio físico y las relaciones sociales que sustenta. A continuación, critica el funcionamiento del sistema de fases progresivas puesto en marcha por la Generalitat de Catalunya, destacando su eficacia en la gestión del conflicto y en la consecución de la paz institucional como objetivo político. Seguidamente, contempla los efectos del sistema de fases respecto de la estratificación de presos en diferentes subclases, y observa las consecuencias disciplinares que comporta este sistema al conjugar clasificación y tratamiento. Finalmente, realiza un análisis de la organización carcelaria para poner de relieve la bondad del sistema en la producción del orden interno, desde una comunicación alienada. La tesis concluye que el sistema de fases,

⁹ Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979

lejos de estar encaminado a la resocialización, como prescribe la Constitución, se asienta en lo que pueden constituir nuevas formas disciplinarias y de construcción del orden en el interior de la prisión.

Como yo misma he podido observar en mi investigación, para Adelantado (1991), la conformidad aparece como una forma de negociación entre el interno y la institución sobre la manera de definir la realidad, pero frente a la distribución asimétrica del poder, y a la definición sobre la necesidad y condiciones de la reeducación.

Para Adelantado, las nuevas formas disciplinares son las productoras del discurso social en las instituciones cerradas. Las nuevas formas de contrato social no se basan en la sumisión a mecanismos de control personal, sino en manifestar una lealtad al poder ante la expectativa de obtener recompensas individuales. La subordinación que acepta el individuo, opera mediante la sustitución de potenciales de conflicto por connivencias con el poder; con el fin de negociar mejores condiciones de vida.

Elisabet Almeda (2003), socióloga de la Universidad de Barcelona ha investigado, tanto la historia de las cárceles de mujeres en España, como su condición actual a raíz de la caída de la dictadura franquista. En *Mujeres encarceladas*, lleva a cabo una reflexión sobre los procesos de institucionalización desde una perspectiva de género. Si bien es cierto que en el presente estudio no se aplica este enfoque de género, si parece importante reflejar su punto de vista ya que igualmente, estudia un grupo minoritario dentro de la prisión y coincide con mis planteamientos al considerar a la institución penitenciaria como un instrumento para doblegar voluntades, en particular sobre grupos minoritarios. Para Almeda, las instituciones de reclusión femeninas han tenido y tienen su propia historia, su propia filosofía, su propia lógica de funcionamiento y su propia fisonomía, porque a lo largo de los siglos ha habido una forma diferente de castigar a los hombres y mujeres que han vulnerado las leyes penales.

El castigo para las mujeres transgresoras de las normas se ha ido desarrollando históricamente a través de elaborar un tipo de tratamiento y control, que ha definido el sujeto de *mujer presa* como una mujer transgresora no solamente de las leyes penales, sino también de las normas sociales que regulan lo que ha de ser su condición femenina. Esta doble condición de mujer *desviada* ha conllevado severas discriminaciones, en la forma de aplicar el castigo, que se han ido forjando y consolidando históricamente desde la aparición de las primeras instituciones de reclusión femeninas. Así, a principios del siglo XVII, se pueden encontrar algunos establecimientos de reclusión destinados exclusivamente a mujeres, como las Casas Galera promovidas por Sor Magdalena de San Jerónimo.

A diferencia del resto de instituciones de encierro, estos primeros centros de reclusión exclusivamente femeninos tenían una orientación marcadamente moralizadora, y unos objetivos claramente dirigidos a corregir la naturaleza *viciada* de las mujeres encerradas en las mismas. Generalmente, las mujeres eran recluidas por haber cometido pequeños delitos, por ser vagabundas o mendigas o, simplemente, porque no se ajustaban al modelo y a las funciones que la mujer debía cumplir en aquella época. Por el contrario, se las formaba en las tareas del hogar y en la ética del espacio privado. Se reproducían los estereotipos sociales de género, reafirmando a las mujeres en sus roles domésticos. De esta manera, la cárcel pasaba a ser el lugar *privilegiado* para recordar y enseñar a las mujeres que: son y han de seguir siendo buenas hijas, esposas o madres.

Ni que decir tiene, que, si la resocialización en este caso significa enseñar aquello que no se sabe, aquello necesario para reintegrarse en la sociedad, parece irónico pensar que las mujeres presas no saben ser madres, esposas, amas de casa y que, precisamente, esto es lo que necesitan saber para reinsertarse en la sociedad.

Cierto es que la idea de corregir a los reclusos y castigarlos moralmente por su conducta surgirá, como bien dice Foucault (1989), a finales del dieciocho, principios del diecinueve, pero es forzoso reconocer que los ideólogos de las primeras cárceles de mujeres de finales del dieciséis ya pretendían conseguir este objetivo y, ciertamente, se les debe considerar como los antecedentes más directos de esta nueva manera de concebir la pena y el castigo. Para la autora, hoy estas prácticas institucionales de raíz religiosa persisten bajo formas más modernizadas en manos del Estado, en la gran mayoría de las cárceles de mujeres, no solamente en España, sino también en el conjunto de países occidentales.

Para Almeda, el pasado se empeña en repetirse y pese a los aires de modernidad las nuevas cárceles femeninas continúan discriminando a las mujeres. Los establecimientos exclusivamente de mujeres se encuentran tan solo en algunas ciudades del país como Madrid, Ávila, Barcelona o Sevilla. En el resto del territorio, pues, las mujeres son distribuidas, mayoritariamente, en departamentos o módulos dentro de cárceles masculinas. Pero sean del tipo que sean, en comparación a los centros penitenciarios de hombres, hay muy pocos centros para mujeres repartidos homogéneamente por todo el territorio español.

Esta situación implica más penalidades para las mujeres, ya que, en muchas ocasiones, han de cumplir su pena de prisión en áreas lejanas de su entorno sociofamiliar.

Por otro lado, los módulos de mujeres están en el interior de las cárceles de hombres y son gobernados por un solo director que marca la política penitenciaria, tanto para la población reclusa masculina como para la femenina. Debido, a que la población masculina es la

mayoritaria y al extendido androcentrismo que considera la mirada masculina como la universal, la política que se lleva a cabo siempre acaba priorizando las necesidades de este colectivo por encima del femenino, mucho más minoritario.

La autora ve como de esta manera, se destinan muchos menos recursos económicos, materiales y personales para las mujeres presas, lo cual comporta menos posibilidades de tratamiento, menos talleres productivos, menos actividades culturales y recreativas, y menos posibilidades educativas. Los módulos de mujeres en prisiones masculinas están ubicados en cárceles hechas y pensadas para alojar a hombres y por este motivo no se adaptan a las necesidades y especificidades que puedan tener las mujeres, particularmente si son madres o tienen a sus hijos con ellas en la cárcel.

La denuncia de la interacción entre el sistema de género y el sistema penal la realiza con mucho énfasis la antropóloga Dolores Juliano (2009) de la Universidad de Barcelona en *Delito y pecado: la trasgresión en femenino*. Esta autora considera que cuando el delito es cometido por las mujeres, éste implica una doble falta, contra las leyes humanas y contra la naturaleza. La idea de que la mujer debe ser naturalmente virtuosa hace que sus transgresiones se evalúen moralmente en mayor medida que las de los hombres. Afirma que mientras que para los hombres existen modelos socialmente aceptados de trasgresión, y ésta puede lucirse como un emblema de la masculinidad, para las mujeres toda trasgresión se transmuta socialmente en estigma y rechazo, al ser evaluado por el sistema simbólico de género. Esto hace que los hombres puedan hacer compatible el delito con sus roles sociales y familiares, mientras que en parecidas circunstancias ellas pierdan irreversiblemente su tejido familiar y su reconocimiento social al ser doblemente juzgadas.

Para la autora, las cárceles o módulos para mujeres no son especialmente duros o desagradables, pero implican en cambio una barrera infranqueable para el cumplimiento de los roles de género en los que han estado socializadas. Sentimientos de culpa por haber abandonado a los suyos, preocupación por su suerte y vergüenza por la publicidad inevitable de su estigma de presas, son elementos que aparecen en las cárceles de mujeres con mayor fuerza y frecuencia que en las cárceles para hombres. Estos sentimientos tienen bases reales, ya que el coste familiar de la prisión de mujeres es altísimo según el Observatorio del Sistema Penal y de los Derechos Humanos (2006). Estas instituciones, pensadas para proteger a la sociedad de sus individuos más peligrosos, parecen además especialmente inadecuadas para atender el tipo de delitos que cometen las mujeres, frecuentemente transporte de drogas en pequeña escala.

Establezco un paralelismo con Juliano, al observar cómo el delito cometido por los *enfermos mentales* implica una doble falta, contra las leyes humanas y contra la *razón*, del mismo modo que las mujeres delinquen contra las leyes y la moral esperada.

Si continuamos con los estudios realizados sobre mujeres en prisión, María del Mar García-Vita (2013) en su artículo: *Ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros* explica cómo en la construcción del ambiente en un centro penitenciario las relaciones interpersonales suponen un elemento central. El estudio es realizado desde la disciplina de la pedagogía social en un centro penitenciario de Sevilla. Se trata de relaciones marcadas por el contexto y por el particular microclima social de una institución cerrada y, por tanto, caracterizada por condiciones y factores diferentes a los que determinan las interacciones en la vida exterior. Las relaciones que se producen a diario dentro de los centros penitenciarios se configuran a partir del estatus social creado en ese contexto y de los roles que se ejercen en él. Así, se producen relaciones claramente diferenciadas entre funcionarios, de éstos con los internos, entre las personas reclusas y entre todos ellos dependiendo de su sexo.

La investigación realizada, aborda de forma específica estas cuestiones, en el marco de los procesos de reinserción de las mujeres reclusas y de la elaboración de unas pautas de actuación socioeducativas específicas, acordes a las características del colectivo. Para García-Vita resultó crucial identificar los problemas y necesidades de las mujeres en prisión y, entre ellos, los que venían determinados por el ambiente que reinaba en los centros penitenciarios, la estructura organizativa y de control que marcaba la vida cotidiana penitenciaria. Este control en la estructura, que encontró la autora como determinante de las relaciones que se construyen en un centro penitenciario, se corresponde con lo observado en este estudio. Para la autora las relaciones son procesos dinámicos, que se configuran en torno a unos capitales simbólicos que dotan de significado dichas relaciones.

De igual forma que esta investigación se plantea cómo ante diferentes tiempos de estancia en prisión de los sujetos, éstos pueden desarrollar diferentes mecanismos de adaptación o resistencia, Rosa Santibáñez (1993) en el País Vasco y desde el campo de la pedagogía, en su artículo *¿Reformar la ley o reformar la realidad?*, establece la hipótesis de que la comparación de los factores de personalidad entre los distintos grupos de internos que llevan más o menos tiempo en prisión puede arrojar algo de luz, sobre la influencia de la institución en los individuos. Para la autora, si tal y como establece la ley, las instituciones penitenciarias cumplen eficazmente con los fines de reeducación, resocialización y

reinserción social, sería lógico esperar que los sujetos que más tiempo llevan en prisión posean una estructura de la personalidad más sana y estable.

Sin embargo, Santibáñez encontró que estos sujetos poseían índices de neuroticismo significativamente más altos, es decir mayor inestabilidad y labilidad emocional. Por tanto, los efectos de la prisión no solo no parecen acercarse a los fines propuestos por la ley, sino que avanzan en dirección contraria y opuesta a dichos objetivos.

A pesar de no constituir una investigación antropológica, el artículo de Santibáñez, acorde con los intereses del estudio que aquí se presenta, demanda la necesidad de realizar un ejercicio de reflexión y autocrítica, tanto a los responsables de instituciones penitenciarias como a los trabajadores e investigadores del tema. La autora aboga por centrar más el debate en la investigación y terapias que favorezcan un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos y económicos, para garantizar que la institución se acerque lo más posible en su estructura, funcionamiento y resultados a aquellos objetivos rehabilitadores marcados por la legislación y aceptados por la mayoría social.

Por último, el trabajo de María Florencia Ducha y Analía Latorre (2014), ambas antropólogas en la Universidad de la Plata en Argentina, titulado: *La construcción social del cuerpo en el ámbito carcelario, cuerpo poder y violencia: la narrativa como terapéutica*, encuentro que es otro modo más de ilustrar los efectos de lo carcelario sobre el sujeto y al mismo tiempo realizar una interesante propuesta terapéutica a través del análisis de los *cuerpos*. Las autoras parten de la idea de que en prisión se configura una corporeidad particular, en donde el poder y la violencia sobre el *otro* son premisas sobre las cuales gira la vida carcelaria. Encierro que potencia las diferencias, y el diálogo como canal mediador se ve disminuido en un ambiente que realza la acción y el poder del más fuerte.

Frente a esta realidad, las autoras, se plantean utilizar el arte y en particular la escritura, con el fin de paliar los efectos de la prisión. La escritura, entonces, se presentaría como medio eficaz para contrarrestar los efectos nocivos que se enquistan en el encierro carcelario en donde el *cuerpo* y la subjetividad se expresan en un lenguaje diferente al de la narración, alejados de ese simbolismo particular engendrado en el poder y la violencia hacia el *otro*. Mediante la realización de unos talleres pedagógicos de escritura creativa, persiguen un fin terapéutico donde los sujetos puedan encontrar su propio espacio distanciado de las relaciones *corporales* de poder.

Plantean una manera diferente al ámbito formal, al considerar lo pedagógico como un ámbito generador de valores, imaginación y sociabilidad. Así, la educación enfocada en la imaginación sería un proceso que despierta a los individuos a una forma de pensamiento que

los habilita para imaginar condiciones distintas de las existentes. De manera acorde a este trabajo, he podido comprobar como la utilización del arte de la escritura o la pintura ha servido en numerosas ocasiones para provocar rupturas o aislamientos de los sujetos frente al sistema, como desarrollo de prácticas procesuales enfrentadas a la institución.

2.2 En relación a los *enfermos mentales*

La segunda gran pregunta que me planteé, en los preliminares de mi trabajo, fue la constatación de la existencia real de mi objeto de estudio en tanto, construcción social: los *enfermos mentales*.

El ámbito de la antropología que sitúa la *locura* en el centro de su reflexión y análisis plantea un acercamiento crítico respecto al reduccionismo biologicista de la psiquiatría convencional, poniendo de relieve cómo los determinantes sociales, políticos y culturales, han concurrido en definir el concepto de *anormalidad* y en crear la figura del *enfermo mental*; una propuesta que se apoya en una de las principales premisas de la antropología, el interés por saber de la *otredad*. Sin embargo, esta premisa no excluye el hecho de que, como antropóloga y médica, pertenezco a un entorno cultural que desde siempre ha estigmatizado al *loco* a partir de imágenes arquetípicas. Por un lado, una imagen malévola que lo identifica con un ser peligroso, imprevisible y por ende amenazante. Y por el otro, una dimensión, aparentemente, más benévola e inocente que lo vincula a la idea de dependencia, incapacidad y a cierta infantilización.

La eficacia de estas imágenes puede haberse diluido o reducido en parte, gracias a determinados planteamientos teóricos o precauciones metodológicas. Pero es posible que estas nociones hayan condicionado en parte los procesos de investigación etnográfica y la interacción con las personas que encarnan dicha *anormalidad*. Sin embargo, son numerosos los antropólogos y antropólogas que, desde un ejercicio de reflexividad, se han acercado a personas diagnosticadas en contextos psiquiátricos, a partir de herramientas no biomédicas, intentando generar nuevos horizontes relacionales dinámicos que tiendan a la horizontalidad. Así Xavier Cela (2015) antropólogo, en su comunicación: *El paciente pre-integrado: estudio de un caso sobre los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica en la juventud*, parte del análisis de una experiencia colectiva de acompañamiento a los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica en Cataluña con jóvenes, en un dispositivo postmanicomial. Cela observó cómo el diagnóstico y el paso por diferentes instituciones de

salud mental durante la adolescencia, constituían, en muchas ocasiones un primer paso hacia la cronificación de la situación de exclusión.

El objetivo propuesto por el autor fue abordar las contradicciones, retos y horizontes metodológicos que entraña el hecho de llevar a cabo un acercamiento antropológico a las experiencias de sufrimiento psíquico con jóvenes. Para el autor, distanciarse conscientemente de las prácticas psiquiátricas, revalorizar la experiencia propia y sustituir la verticalidad de los saberes *expertos* por nuevas maneras de dialogar con los saberes de los *otros*, debe empezar por analizar las dificultades que se encuentra a la hora de generar relaciones horizontales con los informantes en un contexto psiquiátrico.

Para Cela, la experiencia hermenéutica de reconocimiento de la alteridad consiste en situar la experiencia del *otro* en el centro del análisis. Para el autor, el concepto de *locura* ha sido construido a través de una negación de la capacidad de pensar de los sujetos diagnosticados y debe comenzar a pensarse desde las relaciones horizontales con los sujetos, alejándonos de las lógicas asimétricas hegemónicas. En este sentido esta investigación pretende recoger la búsqueda por parte de los internos del PAIEM, de unas relaciones horizontales a través del ejercicio de la agencia sobre los dispositivos de control.

En busca de esa misma horizontalidad, la antropóloga Itxaso Martín (2015) en: *Silencio y locura: una propuesta de escritura antropológica feminista* piensa que escribir sobre la *locura* es, en gran medida, escribir sobre el silencio. Teniendo en cuenta que la expresión verbal se vincula con la capacidad de razonamiento, y la *locura* con la incapacidad para llegar a hacerlo, la autora se plantea cómo escribir el silencio en la etnografía evitando que el *perder la razón*, sea también *perder la palabra*. Su objetivo consiste en transmitir el silencio a través de frases cortas, repeticiones y elipsis representando pensamientos, emociones y sensaciones entrecortadas. Su estudio está basado en cartas encontradas en el Archivo de un psiquiátrico del País Vasco y en los textos escritos en el taller de literatura que la autora impartió durante un año en la misma institución.

Partiendo de la hipótesis de que el acercamiento a las personas con quien se realiza una etnografía es mayor si utilizamos como guía en la construcción textual la manera de comunicar que ellos emplean, la autora propone perturbar el orden establecido convirtiendo el silencio en positivo y dejándole espacio al silencio en la construcción textual, conseguir que esas personas *locas* condenadas al silencio sean parte del texto. Este tipo de metodología interpretativa ha sido entre otras, la que ha configurado mis pasos en el análisis y exposición del discurso.

Por muy desproporcionada que nos pueda parecer la propuesta de Thomas Szasz (2005) en *La fabricación de la locura*, al establecer un claro paralelismo entre la caza de brujas y la psiquiatrización de la sociedad de nuestro tiempo, lo cierto es que la psiquiatrización del mundo es algo que no se aleja mucho de la realidad. Para el autor en la sociedad de las últimas décadas, existen un conjunto de factores socioeconómicos, políticos, culturales y asistenciales que han propiciado la psicologización de la vida cotidiana. En líneas generales, debemos considerar, entre otros, el auge del neoliberalismo, el paso del capitalismo de producción al de consumo, el cambio de la oferta en el mercado sanitario que no sólo asiste a la enfermedad sino también a la salud, el acercamiento de la salud mental a la población, la intervención de los medios de comunicación y el uso *cosmético* de los psicofármacos.

Todos estos factores han contribuido a la creación de un individuo postmoderno reacio a los conflictos y a la espera, exigente del bienestar a corto plazo, con intolerancia a la frustración, al esfuerzo y al displacer, con la necesidad de sostener una euforia perpetua y la resistencia a adoptar una posición adulta con un victimismo irresponsable. Un individuo instalado en una sociedad que proclamando como derecho básico su felicidad, exige de inmediato el remedio contra la angustia de su falta. De esta manera, reclama de la psiquiatría no tan solo la solución para no sufrir, sino también la posibilidad para conseguir su ideal de persona. Esta psiquiatrización del mundo, como veremos en la etnografía, está patente tanto en los sobrediagnósticos que otorga la institución, como en la búsqueda de los internos de un ideal de bienestar, alejado del displacer.

El estudio de Beatriz García (2012), psiquiatra en una unidad de salud mental en Vizcaya en su artículo: *Indicación de no tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental: menos es más*, objetiva como, en las últimas décadas, los profesionales que trabajan en los servicios de salud públicos asisten a un incesante incremento de demandas sanitarias que no se corresponden con trastornos o enfermedades mentales clásicas y cuya respuesta sanitaria es dudosa. Estas demandas tienen que ver con un amplio conjunto de sentimientos desagradables relacionados con avatares de la vida cotidiana, pero que se relacionan con una respuesta emocional, adaptativa y legítima acorde a la condición humana y a su contextualización sociocultural.

La pregunta clave que se plantea García es: ¿qué deben hacer los profesionales sanitarios ante este tipo de demandas, con el fin de evitar la psiquiatrización de la vida cotidiana? Partiendo de la idea, de indicación de no-tratamiento, propone un encuentro terapéutico-paciente que implique en sí un acto psicoterapéutico y que permita realizar una devolución del paciente a su contexto, sin sentirse rechazado ni juzgado por el sistema sanitario.

Esta forma de afrontar el malestar es, para la autora, en apariencia tan simple y tan sofisticada en lo profundo por cuanto supone hacer posible un encuentro humano, y contiene elementos terapéuticos que deben ser entrenados y encaminados a que el individuo no asuma un rol de *enfermo* y no busque una respuesta técnica sanitaria a su malestar. Un planteamiento potenciador de los propios recursos del sujeto, que constituya la base de una propuesta para la comprensión y atención del malestar en la postmodernidad. A pesar de que el estudio parte del campo de la biomedicina y que no estoy de acuerdo en la dicotomía que establece entre la indicación o no de tratamiento, si me parece interesante el acercamiento a los sujetos a través de la potenciación de los recursos propios de los individuos.

Por otra parte, en la historia de Europa, los trastornos mentales severos, y especialmente las psicosis, han aparecido unidos al atributo de la reclusión. Este aislamiento incluye entre otras fórmulas la imagen del manicomio como lugar de reclusión de la *sin razón*, el caos, el desorden o el miedo, pero que persiste durante siglos como una forma de control social. Como nos indica Foucault en *La Historia de la locura* (1979), *La nave de los locos o Stultifera Navis* surge como una representación literaria y pictórica a finales del siglo XV, pero también como una trágica realidad social. En busca de una supuesta razón perdida, los *insensatos* son embarcados en naves y obligados a descender los ríos de Renania en dirección a Bélgica o a remontar el Rin hacia Jura y Besançon.

Si bien las razones de esta práctica son bastante oscuras, Foucault destaca alguna de ellas, como el carácter simbólico del agua a la que son confiados los *insensatos*: el agua es a la vez elemento purificador y representación de la inestabilidad y la incertidumbre que vienen unidas a la estulticia. Además, esta práctica responde a cierta proclama pública, pues *La nave de los locos* se articula como una deportación masiva de los afectados fuera de los márgenes de la ciudad, así como una forma sofisticada de confinamiento que sitúa al afectado en la posición del perpetuo pasajero.

Así Josep María, Comelles (2006), doctor en Antropología y Medicina, en un guiño a Foucault, *Stultifera Navis: La locura, el poder y la ciudad*, aborda la historia del Instituto Mental de Sant Creu, levantado en 1854 en lo que fueron los campos que rodeaban Barcelona y que se cierra un siglo después, ya en plena zona de crecimiento de la ciudad. La investigación de campo la llevó a cabo entre 1973 y 1980, mediante la observación participante, entrevistas con los trabajadores del hospital y los archivos de la historia del hospital.

Comelles, en este libro establece un vínculo entre la historia de la institución psiquiátrica y la historia de Barcelona. Los intereses económicos y políticos, no ya tan solo de Barcelona sino

de la Europa del siglo XX, influyen y determinan la organización y el funcionamiento de la institución. A través del estudio, Comelles analiza el funcionamiento del sistema de salud y las políticas de centralización, situando estas prácticas en un ámbito que abarca los poderes europeos. Así, las instituciones sociales no escapan al control económico y político que consistía en ese momento en la intención de realizar una expansión urbana, donde los beneficios económicos superaran a los beneficios sociales de los *enajenados*.

Son las lógicas capitalistas las que marcan la atención sanitaria de los pacientes, así como la organización de la institución. La especulación inmobiliaria se constituye en el poder hegemónico que ordena el resto de poderes, conteniendo al biomédico.

Por otra parte, Leticia M. Ferreira, doctora en Antropología en Río de Janeiro y Ángel Martínez-Hernández (2003), doctor en Antropología por la Universidad de Barcelona en su artículo: *Ulisses, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil*, hacen una reflexión sobre cómo la vida de los internos de un manicomio puede entenderse como un campo más de las relaciones sociosomáticas que une a sujetos concretos con determinadas formas de organización social. Se llevó a cabo una investigación etnográfica en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil, el Hospital Psiquiátrico de São Pedro, que actualmente comienza a externalizar a los pacientes. Se observaron y analizaron las vivencias cotidianas, las percepciones espaciotemporales, las posturas corporales y la revitalización de las memorias subjetivas de los internos.

Los autores observaron cómo las actitudes, comportamientos y otras formas corporales de estar y actuar, constituían fenómenos que no solo respondían a principios psicobiológicos sino también a formas adaptativas a su entorno. Este artículo opta por una aproximación que, sin obviar la evidencia psicológica y biológica del sufrimiento, pueda aportar una línea interpretativa de los vínculos entre el mundo social y la experiencia subjetiva. El enfoque relacional característico de esta etnografía permite mostrar las imbricaciones entre las culturas asistenciales, los comportamientos de los actores sociales y sus mundos de experiencias.

Se constató cómo la experiencia corporal puede absorber una determinada lógica de confinamiento como la del modelo manicomial clásico. Objetivaron cómo este modelo de asilamiento supone una forma de experiencia en los internos que determina su concepción del tiempo y del espacio. En su imaginario, el tiempo es reconvertido en una especie de secuencia insistente que, a la vez que elude el mundo social que existe tras los muros, genera una sensación de atemporalidad. El espacio, por su parte, favorece un estado de liminalidad, ya que en el territorio del manicomio las identidades sociales previas han sido difuminadas.

Concluyen denunciando como cualquier proceso de externalización debe contar no sólo con la modificación de los dispositivos, sino también con la transformación de la cultura asistencial preexistente, tanto en su modalidad de conjuntos de significados como de prácticas.

Para ellos, la cultura asistencial permea los *cuerpos* de los internos y se fija en la forma de una identidad que se superpone sobre sus identidades previas. Comparto plenamente la idea de los autores, sobre que la externalización debe pues, contar con esa capacidad de rememoración como un instrumento para reubicar a los individuos en un nuevo contexto en el que puedan resignificar su pasado y adaptarlo al presente.

En base a estas reflexiones sobre la *realidad del enajenado*, a lo largo de las dos últimas décadas, han ido surgiendo voces que cuestionan el papel de las políticas estandarizadas en salud mental y que inciden en la idea del modelo custodial simplemente ha sido sustituido por una reforma burocrática-administrativa, y que aseveran que es necesario ir más allá de las teorías biologicistas y psicologistas para rescatar la relación dialéctica que se establece entre afectados, enfermedad y sociedad.

Esta idea vienen a refutarla Martín Correa- Urquiza, Thomas J Silva, Marcio Belloc y Ángel Martínez-Hernández (2006), todos ellos desde la antropología, en su artículo: *La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales*, reflexionan sobre la idea de que el ámbito de la salud mental parece requerir de un esfuerzo continuado para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas *expertos* y populares.

Con este propósito, comparan dos experiencias diversas de investigación-acción-participación en las que la mirada etnográfica se convierte en el eje transversal. La primera, centrada en el área metropolitana de Porto Alegre, es una iniciativa desarrollada por uno de los autores (Thomas J. Silva) donde se plantea una forma innovadora de vincular etnografía y proceso artístico como medio para rescatar las vivencias de los sujetos diagnosticados con problemas de salud mental y establecer un nuevo espacio de interacción social. La segunda, desarrollada en Barcelona por Martín Correa-Urquiza, constituye un ejercicio de devolución de la palabra a los afectados mediante los medios de comunicación, concretamente desde el programa de radio Nikosia.

En ambos casos, lo que está en juego es la creación de espacios ajenos al ámbito terapéutico y nosológico. Y es, precisamente por este mismo enfoque, que se facilita la creación de

nuevas identidades sociales que acaban teniendo un impacto en las vivencias de los propios actores. Los actores de las dos experiencias se caracterizan por desarrollar un desplazamiento de sus identidades sociales desde las categorías de *enfermo* a otras inventadas, donde el padecimiento es parte, pero no la totalidad. De esta forma, se busca poner en suspensión las circularidades interpretativas de los procesos de salud mental.

Los autores no pretenden negar el papel de los dispositivos asistenciales en los procesos de tratamiento de los trastornos mentales, sino subrayar la necesidad de otros espacios basados en el acompañamiento y en la creación de condiciones de posibilidad para el juego de reelaboración de las identidades sociales.

Los autores exponen cómo los desafíos de la salud mental no pueden afrontarse desde el ejercicio de la delegación exclusiva en los sistemas de expertos de tipo sanitario, con sus sofisticados protocolos para la detención de síntomas y la intervención clínico-terapéutica. El riesgo de su unicidad es también el del enquistamiento de las posiciones sociales del paciente con sus consiguientes roles de pasividad y de dependencia. Los afectados se encuentran viviendo unas existencias marcadas por un sufrimiento social derivado del estigma, de la negación de su voz y de la desvalorización de su ciudadanía. Y estas evidencias sociales difícilmente pueden reducirse a hipótesis neuroquímicas, procesos cognitivos o dinámicas del inconsciente.

Concluyen que mientras los afectados por un trastorno mental severo sólo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos, la rehabilitación psicosocial será un horizonte inalcanzado¹⁰. El sufrimiento para los autores, y en consonancia con mi análisis de lo observado, se instala en un nuevo proceso interpretativo que se reelabora en el juego social a partir de una simetría entre percepciones del mundo.

M.^a Isabel Márquez (2010), desde el departamento de Antropología social de la Universidad Autónoma de Barcelona, en *De las narrativas de la locura: ¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?: aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental*, persigue dar voz a los sujetos afectados de una enfermedad mental, que se encuentran ingresados en un hospital psiquiátrico, investigando cómo dotan de significado los propios sujetos diagnosticados al concepto de la *locura*. El estudio persigue ser una aproximación al

¹⁰ En este territorio catalogado como terapéutico, hace algunos meses en un congreso de psiquiatría escuché como un psiquiatra describía su *ingenioso* sistema para aplicar un tratamiento a un *enfermo* que se oponía al mismo. Dicho ingenio consistía en explicar al *paciente* que se le iba a administrar una *vacuna* para protegerle y prevenir su enfermedad. Tras un análisis cuantitativo concluía como en la mayoría de los casos, el *enfermo aceptaba* el tratamiento y el profesional conseguía imponer sus saberes frente a la *sin razón*. Inexplicablemente para mí, la iniciativa fue calurosamente acogida por el resto de profesionales. El discurso médico basaba sus logros en la necesidad de imponer el modelo médico hegemónico, relegando a un plano inexistente la voz y las necesidades de los *sufrientes*.

papel de la narrativa en la enfermedad mental, desde una perspectiva interpretativa y hermenéutica, mediante el análisis de casos clínicos documentados en una Unidad de Salud Mental de Santa Coloma de Gramenet.

El acercamiento a los sujetos a través de las narrativas de enfermedad y de sus propias representaciones sociales, permite acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes. Estas narrativas de enfermedad vislumbran el carácter construido y social de las representaciones simbólicas de la salud y la enfermedad, su heterogeneidad y su complejidad. Nos advierten a través de la permeabilidad de las mismas, de la constitución de una historia personal basada en experiencias, vivencias, percepciones y creencias, las cuales condicionan la historia personal de cada individuo, así como las relaciones con los demás individuos y con los profesionales de la salud.

La autora nos revela como desde el imaginario de los sujetos informantes, la psiquiatría se conforma como una *ciencia adivinatoria*, alejada de un pragmatismo científico, al relatar los sujetos su experiencia de haber sido *diagnosticados* con diferentes diagnósticos psiquiátricos, dependiendo del facultativo que los atendía. Por otro lado, las descripciones acerca de los pensamientos intrusos, las voces parlantes e insistentes y los sentimientos de extrañeza, no son vividas como algo patológico, sino más bien como sucesos sistemáticos en su cotidianidad y que conforman su cosmovisión de la *enfermedad*¹¹.

Ante esta y otras no desdeñables contradicciones, surgen una serie de experiencias en los últimos años, de las que destaco dos de ellas por su proximidad conceptual.

En 2011 surge en Valladolid un grupo de jóvenes profesionales de la salud mental, desencantados por la rigidez y el determinismo con que se sostiene la formación en salud mental, y que quieren avanzar hacia un lugar de encuentro diferente. Ajenos a los líderes de opinión de la psiquiatría oficial, indiferentes a su amparo en clasificaciones y tratamientos exclusivamente farmacológicos, deciden volver a escuchar a los *pacientes*.

Se denominaron *La revolución delirante*, y su principal objetivo ha sido el de crear un espacio común desde el que alejarse de la psiquiatría biologicista y evaluadora, que elude la escucha y la palabra. Un espacio donde otro modo de entender y hacer la psiquiatría prioriza a la persona y su palabra, reforzando la escucha, el respeto y la intervención comunitaria. Cada año, convocan unas jornadas como lugar de encuentro y convergencia de modelos transformadores, que tienen entre otras peculiaridades la financiación a través de los propios

¹¹ Desafortunadamente, en mi práctica clínica diaria, debo de estar de acuerdo con la vivencia por parte de los sujetos de ser objetos de una especie de práctica profética, al expresarme en numerosas ocasiones su incredulidad y desconcierto al ver reducida su historia personal a un conjunto de *diagnósticos* dispares y, a menudo, contradictorios entre sí.

asistentes y fuera del circuito de la industria farmacéutica¹². Entre otras actividades, realizan exposiciones de pintura, conciertos de música, publicación de libros, cine fórum y la emisión de un programa de radio semanal llamado *fuera de la jaula*.

En la misma sintonía, nace el proyecto *Intervoice* (2007) como una red internacional dedicada al estudio, educación e investigación en torno a la escucha de voces, que cuenta con centenares de grupos en más 25 países. Su aportación, en el ámbito de la salud mental, ha sido esencial para poder pensar el dolor psíquico desde una perspectiva completamente distinta a la que ofrece el arquetipo biologicista que a día de hoy predomina en la psiquiatría y la psicología.

Frente al paradigma imperante, que establece que tener alucinaciones auditivas es el resultado de un desequilibrio bioquímico y que el contenido de las mismas es irrelevante, el *Movimiento Internacional de Escuchadores de Voces* plantea que éstas son una experiencia humana contextual y no el mero síntoma de una enfermedad. Por tanto, consideran el contenido de estas experiencias esencial para establecer un camino real de recuperación, ya que defienden que las alucinaciones auditivas están insertas en la vida de las personas que las experimentan y, con frecuencia, cuando tienen una carga negativa, no son sino la reacción a un acontecimiento traumático que no se ha resuelto de manera adecuada.

Intervoice está compuesto por un grupo personas *diagnosticadas y profesionales* implicados en la búsqueda de caminos que afrontan la comprensión y la reducción del sufrimiento psíquico desde el mayor de los respetos por las historias de los sujetos. Su intención, por tanto, es explorar la relación que existe entre la propia vida y las experiencias psíquicas, para dotarse de estrategias que permitan abordar la *locura* desde posiciones que no sitúen a la persona en un rol de sujeto-pasivo y estigmatizado.

Por último, destacar la labor investigadora de Quino Petit, periodista Cordobés, que publicó un artículo en el País Semanal en diciembre del 2015: *Las mil y una caras de la locura*. El artículo aborda numerosas formas de entender y afrontar el sufrimiento psíquico, así como muchas de las realidades que se viven día a día. Petit realiza un recorrido en la España actual desde los diagnosticados a quienes diagnostican, y de la vida en las unidades de agudos hasta la hospitalización de larga estancia, pretendiendo ser un retrato de la *enfermedad mental* sin estereotipos.

¹² La industria farmacéutica, uno de los sectores económicos más sólidos del mundo, suele colaborar en la organización y asistencia a congresos médicos como método para aumentar las ventas de sus productos. El hecho de organizar un congreso al margen de las lógicas farmacéuticas supone la *no obligatoriedad* de aumentar el número ventas de determinado medicamento por parte del clínico y de esta forma no anteponer los beneficios del paciente a los beneficios económicos que se puedan derivar de esta práctica.

En el artículo, *los enfermos mentales* denuncian la situación en la que se encuentran y reclaman la prevención y la eliminación del estigma vinculado a la *enfermedad mental*, ya que, aunque afecta a una de cada cuatro personas a lo largo de su vida, la *enfermedad* permanece envuelta entre el estigma, el reduccionismo y el desconocimiento generalizado. Entre otras cuestiones, reivindican el empleo como la piedra filosofal de la recuperación, la gestión efectiva del sufrimiento y la validación de experiencias propias aprendiendo a convivir con su *locura*. En relación a la farmacoterapia, manifiestan que el éxito aparente de los fármacos contribuyó a que se desviara la atención de los procesos mediante los cuales un *paciente* podía mejorar sin medicación.

Explican cómo la formación de profesionales en esta materia está secuestrada por los intereses de las farmacéuticas y se plantean como objetivo reaccionar ante la práctica de adjudicar diagnósticos sin pasar suficiente tiempo conociendo a los sujetos: “tenemos que hablar de personas no de diagnósticos ni etiquetas” (País Semanal, 23-12-2015:44).

Por su parte, los *profesionales* declaran cómo la nueva reforma, que completaría la que arrancó en España hace 30 años en relación al cierre de los manicomios, debería centrarse en contar con la vinculación de los pacientes experimentados en su trabajo diario y potenciar los tratamientos psicosociales frente a los farmacológicos. Abogan por fortalecer la autoestima y empoderar el sufrimiento mental, ya que éste, según refieren, forma parte de la vulnerabilidad humana.

2.3 En relación a los *enfermos mentales* institucionalizados

La última acotación en este estado de la cuestión sería en torno a la conciliación de los diferentes actores sociales y sus interacciones en la arena de juego, esto es, de los *enfermos mentales* y la institución que los disciplina. Si a las graves carencias por las condiciones de encarcelamiento, añadimos el cada vez mayor alejamiento entre la realidad del cumplimiento de las penas y el ideario constitucional resocializador de las mismas, y sumamos el desmantelamiento de lo que pretendía ser el Estado Social y sustituido poco a poco por un Estado Penal, se hace cada vez más evidente cómo las cárceles se convierten en grandes depósitos de personas.

En este marco se desarrolla la atención a la salud, y a la salud mental en particular. Es indudable que la población reclusa que convive con un *trastorno mental* acarrea un doble estigma: el asociado a su *trastorno mental* y el asociado al medio penitenciario. José Manuel

Arroyo-Cobo (2011), médico y Subdirector General de Sanidad Penitenciaria, en *Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo* lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre las políticas asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, que han sido publicadas por los responsables de las administraciones penitenciarias en los últimos 10 años.

Estos datos fueron completados con antecedentes obtenidos en el análisis de los indicadores disponibles en la Coordinación de Sanidad Penitenciaria sobre las estrategias propias en materia de asistencia a problemas de salud mental, en centros dependientes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Arroyo-Cobo (2011) recoge que, en el último informe realizado en 2007 por la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas, se advierte que alrededor del 12% de los reclusos necesitan tratamiento psiquiátrico especializado y que esta cifra va en aumento.

La Comisión Europea señala cómo las necesidades que plantean estos enfermos en prisión es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo, y opinan que la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. En el caso español, se obtuvieron antecedentes de trastorno mental común en el 84.4% del total de los internos y un 4.2% de trastornos psicóticos.

Concluye el autor que existe poca literatura científica donde se enuncien las políticas asistenciales de las diferentes administraciones sobre la asistencia a problemas de salud mental en el medio penitenciario. Las que lo hacen están de acuerdo en una serie de afirmaciones: se debe ofrecer una respuesta terapéutica de igual calidad a la recibida por los enfermos en la comunidad, debe ser un equipo multidisciplinar el encargado de atender a este tipo de pacientes y es preciso un esfuerzo de coordinación entre las administraciones que en un momento determinado deben atender a estos pacientes, la asistencial, la social, la judicial y la penitenciaria.

En la misma línea de analizar las políticas sanitarias existentes, José M.^a Sánchez Bursón (2001), desde el campo del derecho, en un artículo publicado en la AEN¹³: *Los pacientes mentales en Prisión*, expone como la diáspora de los enfermos mentales a las prisiones

¹³ La Asociación Española de Neuropsiquiatría se constituyó en 1924. Es una asociación multiprofesional cuyas señas de identidad incluyen su compromiso con la sociedad, su independencia, su multidisciplinariedad, la defensa de un modelo de atención público y el impulso de la formación de los profesionales y la investigación.

representa un hecho social lleno de significación y contenido sobre la articulación de la ética, el derecho y la justicia social. En la investigación realizada, se detectaron 370 enfermos mentales crónicos que estaban ingresados en centros penitenciarios comunes en Andalucía.

Esta investigación detectó que los pacientes mentales ingresados en centros penitenciarios correspondían a sujetos que provenían de un entorno de *exclusión* social. A pesar de que Sánchez reconoce que el internamiento promueve en muchos casos la primera intervención asistencial de la *enfermedad* y ayuda a controlar las patologías psiquiátricas, destaca la opinión unánime de todos los especialistas consultados, de que la medida de internamiento en un centro penitenciario común no es la más adecuada para atender asistencialmente a un *enfermo mental*, ni representa la terapéutica más indicada.

Reconoce como para los valores jurídicos en juego, la nutrida presencia de *enfermos mentales* en las prisiones zarandea los más elementales principios del modelo de Estado social de bienestar, al atentar a la dignidad humana y los valores de libertad de un grupo de personas vulnerables dentro del colectivo humano. Concluye denunciando que sería deseable que la sociedad ofreciera a sus enfermos más vulnerables las medidas asistenciales y rehabilitadoras que su enfermedad y su derecho a la dignidad humana precisan¹⁴.

Reforzando esta misma idea, Mariano Hernández y Julián Espinosa (2000), ambos psiquiatras y asesores sobre salud mental en las prisiones, en su artículo: *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*, exponen cómo las medidas preventivas básicas en este campo de acción deben ser de naturaleza social y política, antes que responsabilidad social o sanitaria, aunque reconocen que corresponde a los servicios de salud reclamar la adopción de esas medidas.

Para los autores, es necesario reforzar la estructura y la organización de los servicios sociales, de los servicios de atención primaria, y de los servicios de salud mental comunitaria para disminuir las barreras y facilitar el acceso a los servicios, especialmente a la población en riesgo de exclusión. Los equipos de salud mental comunitaria y los servicios médicos de las prisiones deberían establecer una estrecha colaboración, con el objeto de preparar la recepción comunitaria y facilitar el acceso a los programas en igualdad de condiciones que para el resto de pacientes mentales crónicos extra-penitenciarios.

Por último, hacen un llamamiento al cumplimiento de las Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa (1998); muy especialmente en lo que se refiere a la

¹⁴ Coincido con el autor, en la necesidad de ofrecer nuevas medidas terapéuticas más acordes con las necesidades de los sujetos y en consonancia con las disposiciones judiciales emergentes, que no se aplican en la mayoría de los casos.

prohibición de prácticas denigrantes, uso indiscriminado de medidas de inmovilización, evitar el abuso de prescripciones farmacológicas, facilitar una comprensible información al usuario previo al inicio del tratamiento, reemplazar lo antes posible el aislamiento de los enfermos mentales por una vigilancia de enfermería permanente y personal, en los casos en que no pueda ser evitado, e independencia de los facultativos para tomar sus decisiones.

A pesar de que los autores citados no se plantean la *enfermedad mental* como una construcción social, ya que provienen del campo de la biomedicina y de las políticas sanitarias, sí que nos muestran una visión humanizadora de la misma, reclamando la necesidad de nuevas políticas sociales que coordinen a los diferentes elementos integrantes de la cuestión.

Mucho más acorde con mi línea de estudio, en cuanto a la idea de la construcción institucional de los sujetos, el libro de Omar Bravo (2015), doctor en Psicología por la Universidad Nacional de Brasilia, en: *Las prisiones de la locura. La locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico* se encuentra encuadrado en las dinámicas de investigación-acción: la identificación de un problema que crea una profunda insatisfacción, y que es susceptible de ser analizado en profundidad y de ser resuelto mediante acciones o experiencias alternativas.

En el libro, se pregunta sobre cuestiones tan sugerentes como los ingresos involuntarios, los proyectos de reforma del Código Penal, las medidas de seguridad, el funcionamiento de nuestras instituciones y el endurecimiento de la reclusión psiquiátrica, entre otros asuntos. Para ello, recurre, por un lado, a la reflexión histórica con fines epistemológicos, y por otro, al estudio de casos que permiten generar modelos interpretativos especialmente esclarecedores.

Bravo (2015) centra su análisis en la creación de los manicomios judiciales en Brasil y en Colombia. Los análisis de casos, correspondientes a sujetos en régimen de medidas de seguridad en una cárcel próxima a Brasilia, ofrecen una perspectiva diferente y muy evidente de lo que supone el diagnóstico de *peligrosidad*. Para el autor, es evidente que la etiqueta diagnóstica, con su capacidad estigmatizante y cosificadora, ejerce una inusitada violencia sobre el *paciente* mental. Estoy de acuerdo con el autor en que el concepto de *peligrosidad* es clave para entender el proceso de construcción social del preso psiquiátrico.

Las nociones de imputabilidad e inimputabilidad del individuo que ha cometido un acto delictivo están siendo desplazadas poco a poco para ser sustituidas por la noción de *peligrosidad social*. En la obra se presentan algunas experiencias alternativas de gran interés, que pasan por construir nuevos espacios jurídico-institucionales que limiten el discurso

estrictamente medicalizado y que superen, en definitiva, el concepto de *peligrosidad* como elemento central de las teorías y prácticas en torno a las personas con sufrimiento mental.

Es indudable que, siendo un libro académico, tiene un componente de denuncia importante, al poner de manifiesto tanto la burocratización de las instituciones, como el desajuste entre lo que es y lo que significa el discurso legal, científico o político, en torno a dichas instituciones, y las prácticas cotidianas en su interior; dicho de otro modo, lo que aparentemente pretender ser y lo que realmente son. En este sentido y hablando de dos países alejados contextualmente del nuestro, debo decir, que coincido en este afán denunciante que mi trabajo pretende hacer extensivo a las propias instituciones que lo conforman.

Por otro lado, teniendo en cuenta que una gran mayoría de los actores sociales de la investigación son consumidores de tóxicos, y en clara sintonía con mi hipótesis de partida, Guadalupe Moreno (2015), antropóloga de la Universidad Complutense de Madrid, en su comunicación: *Estrategias y narrativas de las personas en prisión: un análisis a través del consumo de drogas y su tratamiento*, realiza un trabajo de campo en 2 centros penitenciarios de Madrid en 2014 y 2015. Consta cómo la prisión actúa como institución total controlando qué hacer, cómo, cuándo y dónde, con el objetivo de disciplinar o transformar a las personas privadas de libertad.

Observa cómo en ese contexto, las personas se ven obligadas a reconstruir temporalmente elementos de su subjetividad, y a desarrollar estrategias adecuadas a la estructura. Estas estrategias están mediadas por los dispositivos de vigilancia y control que la institución despliega para lograr un tipo concreto de sujeto, que es definido desde los conocimientos *expertos* como *enfermos*, a los que hay que curar, y/o delincuentes a los que hay que corregir y transformar.

En las Jornadas de Salud Mental y Sistema Penal, organizadas por la FEAFES¹⁵ en 2014, se analizaron de la mano de expertos de diferentes disciplinas, la situación de las personas con enfermedad mental en los centros penitenciarios. Durante las jornadas, se debatieron cuestiones tales como el creciente número de personas internas en los centros penitenciarios, la escasez de recursos apropiados para su atención o la dificultad en la coordinación entre las instituciones implicadas. Por su parte, los profesionales de la sanidad penitenciaria reclamaban una mayor formación, con el objeto de mejorar la atención personalizada.

¹⁵Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, defender sus derechos y representar al movimiento asociativo.

Por otro lado, y en ese mismo año, la DGIIPP¹⁶ convocó en Madrid a gran parte de los psiquiatras que realizan la labor de interconsulta en las cárceles españolas, además de a otros profesionales relacionados de una u otra forma con el campo de la salud mental en prisión. El objetivo del encuentro fue el de compartir experiencias y puntos de vista, además de tratar de elaborar un consenso preliminar sobre cómo organizar la atención psiquiátrica especializada en un medio tan particular y complejo como el penitenciario. También se hizo hincapié en las profundas deficiencias que presenta la situación actual, con la sobreabundancia de patología psiquiátrica grave en las prisiones, debida a la escasa e ineficiente coordinación entre la administración jurídica y la sanitaria.

Aunque no era parte explícita del programa, generó una interesante polémica el tratamiento forzoso, teniendo en cuenta los múltiples interrogantes e implicaciones que encierra. Luís Alejandro Bastida (2014), psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Villabona en Asturias, analiza en su artículo: *¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en Prisión?* esta cuestión. La respuesta de los representantes de la Sanidad Penitenciaria fue afirmativa: sí, se puede obligar a tratar a un paciente psiquiátrico estable y no incapacitado en prisión, con el único protocolo de informar de la medida al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. Para los allí presentes no era necesaria la existencia de un procedimiento judicial que determinara la idoneidad de la medida, ni se debía nombrar un tutor legal del paciente, como sí sucede en pacientes que no están presos. Simplemente, el psiquiatra decide qué tratamiento farmacológico considera indicado para el paciente, y la Institución Penitenciaria estará obligada a administrárselo, aunque el sujeto se niegue.

Esta abrumadora decisión se basa fundamentalmente en el art. 3 de la LOGP 1/1979, que establece que la “administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”, puesto que tiene con ellos una “relación de especial sujeción”, al ser individuos sujetos al poder público. Una vez más, vemos cómo el poder disciplinario sobre los internos es el principio vertebrador de las prácticas llevadas a cabo en la institución. Además de obviar el debate sobre el concepto de *enfermedad mental*, queda rápidamente fuera de la discusión la cuestión sobre cómo un *paciente* psiquiátrico preso puede ser obligado a tratamiento.

El autor analiza que aun *aceptando*, desde argumentos un tanto paternalistas, que se pueda obligar a un preso a recibir tratamiento psicofarmacológico en contra de su voluntad de manera preventiva, cabe examinar las repercusiones que esto puede tener a largo plazo en la

¹⁶ Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

evolución del *paciente*, especialmente en el momento de la excarcelación, ya que una vez en libertad, el sujeto no estará obligado a dicho tratamiento y la retirada brusca del mismo podría incidir muy negativamente en su adaptación al nuevo contexto.

Bastida (2014), a pesar de reconocer que en un número no desdeñable de casos, la salud mental del sujeto mejora en la cárcel, al ejercer la institución como un dispensador de servicios sociales de primer orden, asegurando techo, comida y servicios sanitarios; y que muchos de los profesionales que trabajan en los centros penitenciarios intentan cumplir con el mandato constitucional de convertir las cárceles en centros de rehabilitación y no estrictamente de castigo, los resultados obtenidos se desvanecen, con mucha frecuencia cuando el interno logra su libertad.

El autor reconoce que en la descoordinación entre la prisión y la comunidad radica gran parte de un problema que no se resuelve forzando a las personas a un tratamiento no deseado, exclusivamente cuando se mantiene con ellas una relación de *especial sujeción*. Finalmente, el autor propone, por un lado, una manera un poco más imaginativa de sentenciar por parte de los jueces, imponiendo con mayor frecuencia medidas de seguridad no privativas de libertad y una red de Salud Mental sólida y, por otro, sugiere la creación de una *ley de Autonomía del paciente preso* que regule la multitud de situaciones éticamente intrincadas que se dan en torno a la sanidad penitenciaria.

La propia institución penitenciaria recoge en su informe del 2014: *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones española. Valoración tras cuatro años de funcionamiento*, que las actividades del PAIEM son adecuadas, en especial en las fases de detección precoz, estabilización y rehabilitación, y menos en la fase de reincorporación social que mejora cuando interviene el tercer sector en las derivaciones del enfermo a la red sociosanitaria extrapenitenciaria.

Pese a los diferentes esfuerzos discursivos de la administración central por reflexionar y proponer *mejoras sobre* los internos que padecen una *enfermedad mental*, vemos como las prácticas se alejan una vez más del discurso. Así Nieves Salinas, reportera de salud, en *Una olla a presión: los psiquiátricos penitenciarios*, un artículo publicado por *Interviú* en febrero del 2016, denuncia que unos 15.000 presos padecen una enfermedad mental y sólo existen dos psiquiátricos penitenciarios en el sistema penal español: Alicante y Sevilla que albergan a 470 presos y que el juez ha considerado inimputables.

El resto de internos, están las cárceles ordinarias y son atendidos por un psiquiatra consultor una vez al mes con menos de 20 minutos de consulta y conviven con el resto de presos. Comenta cómo la implantación del programa PAIEM parece insuficiente a los trabajadores

de la institución que solicitan una mayor preparación específica y un mayor número de profesionales. Es decir, el poder de la institución es aplicado desde la legitimidad de los saberes, y sin embargo los técnicos reconocen una falta de capacitación para ejercer ese poder. Continúa la autora explicando que la sobrepoblación en los dos psiquiátricos penitenciarios produce situaciones de gran conflictividad que provocan *un baile de pacientes* de una institución a otra.

José María López, secretario de CCOO¹⁷ de Acción Sindical de Instituciones Penitenciarias, plantea una dura crítica contra el sistema:

Nadie se plantea el problema de la enfermedad mental en prisión. Sale más barato tener a una persona en la cárcel que una atención especializada. Al final estamos hablando de dinero. Las prisiones se han convertido en un vertedero de lo que no quiere nadie. En términos presupuestarios nadie quiere comerse el marrón (Entreviú, 22-02-2016:20).

Por último, Salinas recoge que, a María José González, coordinadora del Servicio de Orientación y Asistencia Jurídico-penitenciaria del Colegio de Abogados de Sevilla, le preocupa la aplicación de los regímenes disciplinarios a estos internos. Declara que estos regímenes son ejercidos a estos sujetos sin distinción alguna con el resto de reclusos: “La solución no es castigarlos y sedarlos, eso empeora la situación a pasos agigantados” (Entreviú, 22-02-2016:21).

A pesar de que este artículo mantiene una visión biomedicalizada del problema, refleja cómo no deja de ser cierto que irónicamente, la construcción institucional del interno *enajenado*, no se corresponde con la dotación material y humana necesaria, de la osada e imprudente creación del sistema.

Por último, me gustaría finalizar este capítulo mostrando el artículo realizado por el departamento de Medicina legal de la Universidad de Murcia y elaborado por Francisco Caravaca, María Falcón y Aurelio Luna (2014) sobre: *Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado*, que dictaminaba que las agresiones físicas realizadas por personas con enfermedad mental eran 2.5 veces superiores respecto los que no tenían ninguna enfermedad. Dicha afirmación la sustentan en relación a un estudio elaborado en las prisiones chilenas en el 2013. Debo decir, que no comparto los datos ni las conclusiones de este estudio, y que, tras 24 años de desarrollo profesional en las prisiones

¹⁷ Confederación Sindical de Comisiones Obreras, es una confederación española fundada en 1962, organizada en sus orígenes por activistas comunistas. Actualmente es la primera fuerza sindical española.

españolas, nunca he advertido determinada afirmación, que quiero entender que se elabora desde el análisis en el contexto chileno o desde la visión hegemónica de la medicina.

Concluyen los autores, con un alegato a favor de la creación de módulos residenciales específicos para personas con enfermedad mental, que facilitarían el tratamiento pudiéndose atender por personal especializado, con formación específica y que redundaría en una reducción de la violencia en un colectivo que consideran especialmente vulnerable. Dicha propuesta, opino, desde mi experiencia y análisis de los datos, que tan sólo contribuiría a la mejora de aplicación de un poder disciplinario específicamente diseñado para ellos y en un espacio esmeradamente construido para tal fin.



III

EN BUSCA DE SIGNIFICACIONES

Yo me autogestiono solo y digo: esas voces
que me hablan, en realidad son mías.
(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

El origen de esta investigación podría ubicarse en los primeros años de mi trabajo en el mundo penitenciario. En 1989 finalicé mis estudios de medicina en la Universidad Autónoma de Madrid, y en el año 1992 tomé posesión de mi puesto como facultativa de Instituciones Penitenciarias. Mis primeras relaciones con el medio fueron de asombro, incredulidad y de una patente incomprensión ante el mundo que me rodeaba. En los comienzos, me sentía tan abrumada por el medio, que no fue hasta pasados dos años cuando comencé a caer en la cuenta de que los *enfermos mentales* en aquellos tiempos recibían un trato *diferencial* en las prisiones, pues la mayoría de ellos pertenecían a la categoría de internos muy peligrosos y se encontraban en módulos destinados a tal efecto.

En aquellos años, las políticas sanitarias penitenciarias estaban volcadas en la detección precoz y el tratamiento del SIDA¹⁸, y nadie parecía advertir la cantidad de internos adscritos al universo de la *locura* que sufrían un manifiesto abandono por parte de la administración.

En el año 2010 me licencié en antropología en la Universidad Miguel Hernández de Elche y realicé un Master en “Nuevas tendencias de investigación en antropología: Alternativas al postdesarrollo”. El trabajo de investigación del Master, que me proporcionó la posibilidad de realizar esta tesis, versó sobre el análisis de las prácticas de un grupo de adolescentes en un barrio en *exclusión* social en Alicante.

A pesar de que, en apariencia, dista sustancialmente el objeto de la investigación entre ambos trabajos, confluyen en el análisis interpretativo de las prácticas producido y reproducido por actores en supuesta situación de marginalidad con respecto a la estructura dominante.

Sin embargo, era el mundo de la *locura* y el modo en que se abordaba por parte de la institución, lo que me hacía cuestionar continuamente el ideario colectivo del sistema en el que me encontraba inmersa y mi quehacer cotidiano con los internos me descubría diferentes estrategias de control sobre los sujetos por parte de la institución.

¹⁸ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida provocado por la transmisión del virus VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

3.1 Analizando procesos

La intención de esta investigación ha sido desarrollar una experiencia hermenéutica en torno al mundo de la *sin razón*, en una institución cerrada en referencia al concepto de Goffman (1970). Entiendo que comprender que la *locura* es un fenómeno construido, no puede llevarnos a desentendernos de la realidad afligida de un colectivo de personas que ingresa en un contexto desconocido, donde será ductilizado y homogeneizado. El *loco* franquea un bosque de significaciones que no son sólo construidas para él, sino que forman parte de las dinámicas globales de la comunidad, y que ejercen sobre él un tipo de presión simbólica y que merecen al menos, ser cuestionadas.

Entender la antropología como una experiencia hermenéutica de reconocimiento de la alteridad es intentar, con menor o mayor acierto, situar la vivencia del *otro* en el centro de nuestro análisis. Esto adquiere un matiz particular cuando nos referimos a etnografías de la *locura*. Especialmente, al entender cómo la construcción histórica del concepto se organizó a través de una negación de la capacidad de pensar, es cuándo se hace necesaria una metodología que se aleje de forma consciente del modelo biomédico y de los discursos psiquiátricos.

Todo este proceso, como relataba en la introducción, no ha sido motivado por una pretensión estrictamente investigativa, sino que ha estado relacionado también con una empatía personal hacia la alteridad de la *locura* y hacia su insistencia por interpelar al mundo de la *razón*.

Afirma Ernesto De Martino:

El viaje etnográfico se trata de tomar conciencia de ciertas limitaciones humanistas de nuestra propia civilización; es un estímulo para ir “más allá”, no de lo humano en general, sino de nuestra propia humanidad circunscrita, “cuestionada” por una determinada coyuntura histórica (De Martino, 1999:23).

Así que, este trabajo ha sido también un viaje no solo hacia esos *otros*, sino hacia mí misma estableciendo un paralelismo inevitable entre su recorrido dentro de la institución y el mío propio. Un recorrido que precisaba desvelar las lógicas subyacentes a un pretendido programa de acercamiento a los sujetos que estaba revestido de violencias sutiles y estructurales.

Por todo ello, en este caso quizás no deba hablar de un rol exclusivamente etnográfico, sino también de un proceso dialéctico constante, en tanto investigadora y profesional de la

medicina que a lo largo de su recorrido profesional ha intentado potenciar nuevas lógicas de manifestación y expresión.

En el desempeño de mi trabajo en la institución, a lo largo de los años, he desarrollado una interrelación con los sujetos que ha generado en ocasiones actitudes y estrategias que modificaban deliberadamente el espacio. Es cierto que la Antropología como ciencia nos invita a hablar de las interrelaciones que la etnografía establece con sus informantes y de las actuaciones que se producen en la arena de juego. En mi caso, debía recoger mis propias actitudes e intervenciones anteriores a la investigación, que pretendían generar, al menos, reflexiones acerca de la posición de cada uno de los actores en la escena del juego. Mi rol etnográfico ha consistido en observar el fenómeno y en analizar las categorías y estructuras subyacentes que se sucedían a lo largo del proceso y que, de alguna manera, determinaban el funcionamiento global del dispositivo.

Como ya adelanté en la introducción, el objetivo de mi trabajo ha sido analizar los procesos que se generan en el dominio de la aplicación del poder disciplinario sobre un grupo de *enfermos mentales* del sistema penitenciario actual, entendido éste como institución disciplinaria. He intentado, a lo largo del proceso observacional y analítico, no perder la capacidad de asombro ante el sufrimiento, así como mantener la disposición de la escucha atenta hacia los actores involucrados, del mismo modo que había venido haciendo años atrás en la institución.

James, expresaba así la necesidad que él observaba en sus compañeros de ser escuchados y acompañados:

[...] en la psicología mi pensamiento inicial es que la observación es fundamental. ¡Ojo!: esto no existe ni va a existir en las cárceles, por lo tanto, los PAIEM, no deberíamos estar aquí, sino en un psiquiátrico. El problema que es crucial al principio es el equilibrio. Cuando una persona está desequilibrada creo que sería necesario enfocar en donde se inician los acelerones, confusiones, bajones, subidotes [...] Pero hay otro problema, algunas personas tienen pensamientos que son para ellos importantísimos, y que a veces se van, pero de alguna manera siempre están ahí. Cuando te vienen a la cabeza ya no puedes pensar en otra cosa y la vida cotidiana ya no tiene sentido. Pero claro sin observarlo o hablarlo con él, no sabemos siempre que está pensando y por lo tanto no sabemos cómo equilibra esta fase de desequilibrio. En este estado es difícil decirles lo que sea y mucho menos ayudarles. Pero conociéndoles personalmente la cosa cambia [...] lo que pasa es que es aconsejable ir de uno en uno, con cada paciente. Para llegar a la meta costaría mucha paciencia, tiempo y observación. En la cárcel imposible, sin embargo, me gustaría ayudar a mis compañeros escuchándolos y creo que estoy poniendo mi semilla de buena voluntad en el

mundo ¡ojala! Algunas personas con enfermedad mental somos capaces de pensar cosas imposibles y otras de lo más normal [...] Habría que estudiar métodos de pensar lo que puede ser realidad y lo que no y lo que les hace tirar más hacia lo imposible, lo fantástico y que se quedan clavados allí, y luego hacerles ver la realidad, la física, no la mental, no lo que les pasa por la cabeza [...] pero claro para eso hay que escuchar y ver que hacemos en nuestras vidas.

(James, 28 años, 8 años en la institución)

Por un lado, he investigado los procesos interrelacionales de los actores y la forma en que la institución interviene en las trayectorias de vinculación y desvinculación de los internos; y por otro, he analizado las narrativas de los sujetos del grupo PAIEM. Comprender y describir el modo cómo la institución configura la creación de estigmas, la producción y reproducción de la estructura del espacio social y de sus fronteras, ha supuesto para mí una empresa fundamental.

Por tanto, asumo un enfoque que pretende comprender simultáneamente la producción social de significados y la dimensión activa de los actores sociales en la construcción de sus acciones y, en última instancia, de la realidad social. Dicho enfoque se construye sobre la interacción dialéctica entre individuo y sociedad y el papel central de la acción, del lenguaje y de los procesos mediacionales en la construcción social de la realidad y del propio sujeto. Estos presupuestos ponen en primer plano la importancia de los procesos interrelacionales y de las condiciones materiales de existencia en los procesos de interpretación simbólica y en la definición de líneas de acción y subjetivación.

Así, la propuesta analítica implica un intento de conciliar la dimensión procesual y la estructural para comprender la realidad social y sus procesos constitutivos. Considero este esfuerzo necesario para avanzar en el conocimiento de la tensión entre la dimensión normativa de la acción y las posibilidades de cambio. En este sentido, espero que los resultados de la investigación aporten elementos a la discusión de temáticas controvertidas como la capacidad de agencia, la reflexividad y la autonomía de los sujetos.

Por todo ello, al privilegiar la producción de sentido, en todo momento he intentado no perder de vista un esfuerzo de articulación entre lo simbólico y lo estructural al analizar las estrategias de acuerdo o desacuerdo de los individuos. En consecuencia, la discusión de los resultados implica un tránsito constante entre el campo de los significados y las posibles condiciones de producción de las prácticas, así como de la posición relativa de los actores en el espacio social desde un punto de vista socioestructural.

Mediante la construcción de narrativas de los sujetos implicados, ha sido posible poner de manifiesto sus verdaderas carencias y privaciones, y detectar el impacto de la sociedad disciplinaria sobre la capacidad de acción de sus *cuerpos* y de sus *almas*. Mi idea no fue trabajar tan solo sobre la construcción de narrativas individuales, sino atender a los mecanismos y estrategias comunes, tanto del grupo de internos como de los técnicos, incidiendo en la naturaleza de las relaciones entre ambos.

Se han descrito los sentimientos y emociones que experimentan los sujetos al descubrirse transformados y se ha puesto especial énfasis en descubrir la existencia de estrategias comunes normalizadoras y de resistencia, y en analizar la posible aculturación y la degradación del *yo* de la que nos habla Goffman (1970), mediante la modificación de creencias y la mutilación del *yo*. Del mismo modo, ha sido posible ver cómo el discurso médico institucional conforma nuevas identidades grupales¹⁹ que pueden conllevar un cambio sustancial de sus expectativas a la hora de su puesta en libertad.

Como dice Ángel Martínez-Hernández:

El papel de la etnografía es especialmente adecuado en este punto, pues permite un análisis relacional que, mediante sus juegos de condensación (relación de la parte con el todo) y de desplazamiento (relación entre las partes), facilita la recomposición de un paisaje de factores de extraordinaria complejidad. Si se prefieren otras palabras: la aplicación de la mirada etnográfica devuelve a los procesos de salud, enfermedad y atención su condición de hechos sociales y a la vez desvela críticamente las estrategias de encubrimiento que permiten la naturalización de estos fenómenos. Parafraseando a Lévi-Strauss y a Marvin Harris, podemos decir que el enfoque etnográfico se convierte aquí en una metodología “buena” para entender los mundos locales y “buena” para hacer visible las mistificaciones realizadas por los discursos expertos (Martínez, 2008:186).

Por tanto, ha sido mediante el análisis, como me ha sido posible detectar actitudes, actuaciones, estrategias y estereotipos asignados, tanto en los *enfermos mentales* como en el sistema institucional. He observado la relación de la institución con los sujetos y he buscado actitudes *normalizadoras*, como un posible mecanismo de soporte social, o *excluyentes* en relación a su falta de productividad en el sistema. Así mismo, he analizado cómo se inscriben

¹⁹ En un estudio realizado por Purificación Heras (2005) sobre la construcción identitaria de las personas que padecen SIDA/VIH como parte de un proceso de medicalización, expone las consecuencias de los efectos simbólicos sobre la vida de los sujetos en la interacción directa con la enfermedad. Para la autora, estos efectos simbólicos que tiene la acción de la medicina sobre las personas, categoriza, estigmatiza y homogeniza a los sujetos que padecen la enfermedad, conformando un grupo de iguales en base a esa categorización.

las herramientas de poder, utilizadas por la institución, a través del uso de tecnologías, en la vida de los sujetos y si éstas consiguen la transformación en el individuo objeto de su acción.

3.2 Una propuesta teórica

Previo a este análisis del discurso y de las prácticas, era prioritario adscribir un sistema conceptual, es decir, un cuerpo teórico que me permitiera definir hipótesis, delimitar variables, ordenar y enmarcar mis datos, planificando el proceso de investigación a nivel teórico. Este marco conceptual ha constituido la base para formular los interrogantes previos, que me han facilitado la detección de infinidad de respuestas durante el trabajo de campo. Fui consciente, a lo largo de la investigación, que la forma y los elementos que iba seleccionando en mi descripción etnográfica dependían del marco teórico previamente definido, posibilitando la comprensión de los hechos desde mi fundamento teórico.

3.2.1 Cómo se ejerce el poder

Partiendo de la idea de que el poder se transmite a partir de las interacciones sociales y de las normas, me gustaría destacar en primer lugar y como base hipotética de mi estudio, el trabajo del filósofo e historiador Michel Foucault, *Vigilar y castigar* (1975), ya que ha iluminado de manera primordial el proceso de mi investigación. Foucault, a través de un estudio del derecho penal, y concretamente del régimen penitenciario del siglo XVIII hasta el siglo XIX, estudia la presencia de las relaciones de poder, las tecnologías de control, y la microfísica del poder presente en nuestra sociedad. Para este autor, existen un conjunto de elementos materiales y de técnicas que sirven de armas, de relevos, de vías de comunicación y de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de saber que cercan los *cueros* humanos y los dominan haciendo de ellos un objeto de saber.

Para Foucault, las prácticas penales no son tanto consecuencia de las teorías jurídicas, cuanto un capítulo de la anatomía política. Bajo estas dos premisas, la jurídica y la económico-política, se presentan, además del suplicio, el cual aún no ha desaparecido, dos maneras de organizar el poder de castigar. En una primera visión, se ve al delincuente como aquel que ha roto el pacto social y que, por tanto, representa una afrenta para toda la sociedad. En este caso, el soberano no es quien impone justicia, sino que es la sociedad entera contra el delincuente la que ejerce su derecho de defensa. El castigo se ejerce como forma de recalificar a los individuos como sujetos de derecho, haciendo uso de signos, que aseguren la aceptación universal y la certidumbre de que el delito es castigado.

La segunda visión concibe el castigo no como representación, sino como técnica de coerción de los individuos, que somete al cuerpo y deja un rastro en el mismo; es el proyecto de la institución carcelaria y es ejercido por el aparato administrativo. De estas tecnologías de poder, en el siglo XIX, prevalecerá la segunda imponiéndose entonces el ejercicio físico del castigo junto con la prisión como su soporte institucional. El objeto de la pena ya no es el cuerpo sino el *alma*.

Para el pensador francés, a través del castigo penal si bien se castigan ciertas acciones, en tanto que son objetos jurídicos definidos, no sólo se está juzgando esto, sino que se están juzgando también pasiones, instintos o anomalías. El *alma* como objeto de la pena explicaría entonces la inserción en el ámbito penal de la psiquiatría, la criminología y la antropología criminal, pues su función consistiría en dar una justificación científica al castigo legal de por qué juzgar no simplemente las infracciones, sino a los individuos, no ya sólo lo que han hecho, sino lo que son. Se trata de la sustitución de la semiotécnica punitiva por una nueva política del *cuerpo*.

Para Foucault, la prisión ha sobrevivido y ha triunfado como lugar del castigo a pesar de no lograr realmente la disminución de los delitos, pues el sistema carcelario no estaría destinado a suprimir las infracciones, sino más bien a distinguirlas, a distribuir las y a utilizarlas para someter a los delincuentes. En ese sentido, este autor propone que el sistema penal sería una forma de administrar los ilegalismos, aceptando algunos y reprimiendo otros.

En este sentido sus investigaciones sobre el nacimiento de la prisión se inscriben en el contexto de sus investigaciones sobre la sociedad disciplinaria. Esta sociedad es la condición de posibilidad histórica en la que se funda la prisión. La cual sería el resultado del desarrollo del poder disciplinario, dentro de un conjunto de instituciones donde se expanden estas prácticas de poder. En este sentido, la institución carcelaria preexiste a su utilización sistemática en las leyes penales. De esta manera, se diseñó la institución-prisión antes de que la ley la definiera como la pena por excelencia.

Estos mecanismos disciplinarios arrancan de los siglos XVIII y XIX, cuando colonizaron la institución judicial, y una nueva legislación pasó a definir el poder de castigar como una función general de la sociedad que se ejerce de la misma manera sobre todos sus miembros. La prisión pasa a ser la pena por excelencia en una sociedad donde la libertad es un bien que pertenece a todos de la misma manera, y es universal y constante. La prisión parece traducir la idea de que la infracción ha lesionado por encima de la víctima a la sociedad entera, causando un daño económico-moral en la misma.

Este doble fundamento jurídico-económico de una parte, técnico-disciplinario de otra, ha constituido a la prisión como la forma más inmediata y civilizada de todas las penas. Por tanto, en este sentido, para Foucault la prisión ha estado ligada, desde el origen, a un proyecto de transformación de los individuos. A través del *cuero* social, se elaboraron los procedimientos para clasificar y distribuir a los individuos espacialmente y volver a los individuos útiles y dóciles mediante un trabajo preciso sobre el cuerpo físico, construyendo el *cuero* político, aquel que será el resultado de esta acción.

El ejercicio de poder, de esta manera, no se concibe como una propiedad, sino como una estrategia donde las maniobras, las técnicas y las tácticas se encuentran siempre en actividad dentro de una red de tensas relaciones. Así, este poder más que poseerse se ejerce y, más que ser un privilegio de la clase dominante, es el efecto de conjunto de sus posiciones estratégicas, que manifiesta la posición de aquellos que son dominados. De lo que se trata, es de construir por estos medios un *cuero* político que consiste en un conjunto de elementos materiales y técnicas, que sirven de apoyo a las relaciones de poder.

Así, el sistema carcelario desde sus orígenes ha ejercido un papel técnico positivo que opera transformaciones sobre los individuos. Y para ello ha utilizado tres grandes esquemas: el modelo político-moral del aislamiento individual y de la jerarquía; el modelo económico de la fuerza aplicada a un trabajo obligatorio, y el modelo técnico-médico de la curación y de la normalización.

Por tanto, *Vigilar y Castigar* constituye para mí la base inspiradora y teórica de mi trabajo, ya que no solo es una propuesta teórica que formula una solución al problema del poder y la manera como es ejercido a través de las formas jurídicas, sino que es también una denuncia de los excesos del poder y las transformaciones que ha sufrido. Se podría decir entonces que este texto, en la medida en que denuncia los abusos del poder en el campo penal, es una crítica que podría y debería ser tomada en el derecho como base de su aprendizaje.

Si para Foucault el poder no sólo excluye, reprime y oculta, sino que también produce un determinado tipo de individuo, para George Canguilhem (1966) el poder disciplinario se ejerce a través de la eficacia normativa de la norma. Para este autor, el límite entre lo normal y lo patológico sería muy problemático porque “si lo que es normal aquí puede ser patológico allá, es tentador concluir que no hay frontera entre lo normal y lo patológico” (Canguilhem, 1966:195).

Este autor afirma que la norma es un concepto polémico, eso se debe a que supone que ésta funciona siempre por medio de la suscitación de un enfrentamiento; la norma es un valor que se enfrenta a un antivalor, el cual no será necesariamente su polo contrario. El juego de la

norma no es una dialéctica sino una tensión entre polarizaciones que pretenden ajustarse unas a otras, es decir, normalizarse.

El poder disciplinario es entonces, una modalidad de ejercicio político cuya máxima proliferación y efectividad se debe a la eficacia normalizante de la norma. La genialidad de su reflexión en torno a las normas nos indica que no es posible articular el concepto de la normalidad, es decir, de la adecuación entre los hechos del mundo y los valores de ajuste, a menos que exista correlativamente una representación de normas vinculadas a la posibilidad de contrariar su ejercicio. Esto quiere decir que no es posible tener conciencia alguna de la norma, sino a condición de impugnarla, puesto que ella sólo se formula retroactivamente a partir de una advertencia que solicita su acción reguladora. En el orden lógico, el concepto de lo anormal es siempre posterior al concepto de lo normal porque la negación de la positividad supone la anterioridad conceptual de ésta.

Pero en la experiencia vital y social, lo anormal es históricamente primitivo, porque lo que aparece como primigeniamente caótico, suscita a posteriori el hecho de lo normal, en cuanto éste es resultado de la intención normalizante, es decir, de la acción reguladora. Lo normal entonces, es producto de la solicitud de regulación que surge por la impugnación de la regla. Así, la normalización, la acción de la norma por la solicitud de lo anormal, ha de entenderse siempre como una exigencia, una lucha en contra de un dato que no se ajusta a su forma, aun cuando no le sea precisamente extraño ya que se torna inteligible de forma negativa en función de la exigencia que se le impone. Lo agonístico de la norma se extrae de la relación normal-anormal, ya que ésta no es una relación de exterioridad y contradicción, no es una dialéctica, sino una relación de inversión y polaridad. Los polos que la demarcan son inteligibles entre ellos, y su comunicación es posible aun cuando parezcan excluirse irremediabilmente.

Otra mirada relevante en esta tesis, la ha constituido el concepto de poder de Erving Goffman, el cual se fundamenta en el control sobre los *cuerpos* con la finalidad transformadora de conseguir su *resocialización*.

Para Goffman (1970), la sanción contra la *diferencia* social puede motivar la reclusión de los individuos que son percibidos como tales. Para cumplir este cometido se desarrolló el modelo de custodia, fundamentado en el supuesto que la invalidez y la dependencia son más o menos permanentes en los miembros internos. Este objetivo práctico debe ser conseguido del modo más económico y eficaz posible. Así surge una jerarquía formal y rígida con multitud de normas que persiguen regular las vidas de los internos, mantener el orden y proporcionar el tratamiento disponible.

El concepto de instituciones totales o cerradas de Goffman en *Internados* me resultó tremendamente clarificador, en cuanto que explicaba cuál era el proceso que sufría un sujeto al ingresar en una institución y qué cambios se introducían en el *yo*, y en el sistema de imágenes con que se juzgaba a sí mismo y a los demás. Estos cambios estaban marcados por el control de los sujetos, la deconstrucción de su *yo* y de los roles y capacidades personales que les eran útiles para la vida diaria en el *exterior*:

El futuro interno llega al establecimiento con una concepción de sí mismo que ciertas disposiciones sociales estables de su medio habitual hicieron posible. Apenas entra se le despoja inmediatamente del apoyo que éstas le brindan. Traducido al lenguaje exacto de algunas de nuestras instituciones sociales más antiguas, quiere decir que comienzan para él una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del *yo* (Goffman, 2012:28).

Goffman plantea así, un tipo ideal analítico, el de institución total, y lo compara con una de sus manifestaciones sociales, el sanatorio mental. De esta manera, presenta un modelo de máquina social destinado a la reeducación intensiva de los individuos en los que, por causas diversas y además indiferentes para su funcionamiento, se observa un fracaso del proceso de socialización. La institución total es pues un instrumento creado para resocializar a aquellas personas que no aceptan el orden existente, o bien en el caso que nos ocupa para mantener dentro de él a aquellos individuos cuya desafección puede poner en peligro el orden establecido.

3.2.2 Un *cuerpo* construido

Las concepciones del *cuerpo* no solo resultan centrales para el desarrollo del trabajo de la Antropología médica, sino también para comprender como las concepciones occidentales de mente y cuerpo, individuo y sociedad, afectan tanto los puntos de vista teóricos, como los paradigmas de investigación. El concepto de *cuerpo* que manejamos aparece moldeado por el contexto social y cultural, en el que se sumergen los actores. Como sostiene David Le Breton (2011), el *cuerpo* es un vector semántico, por medio del cual se construye la evidencia de la relación con el mundo. Para este autor, a través de su corporeidad, el ser humano transforma el mundo en un tejido familiar y coherente, disponible para su acción y permeable para su comprensión. El *cuerpo* es un agente activo productor de sentido que le permite al individuo insertarse activamente en el espacio sociocultural.

Por su parte, Foucault (1989) desarrolla la idea del desarrollo de una economía política sobre el *cuerpo* . Sienta la tesis general de que en nuestras sociedades hay que situar los sistemas

punitivos en una cierta economía política del *cuero*, pues, siempre es del *cuero* del que se trata, del *cuero* y de sus fuerzas, de su utilidad y de su docilidad, de su distribución y de su sumisión. El *cuero* está inmerso en un campo político y las relaciones de poder operan sobre él, lo cercan, lo doman, lo someten, lo obligan a unas ceremonias y exigen de él unos signos. Este cerco político del *cuero* va unido a la utilización económica del *cuero*, y solo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez *cuero* productivo y *cuero* sometido. Sin embargo, tal sometimiento no se obtiene por los únicos instrumentos de la violencia o la ideología. Existe un saber del *cuero*, una tecnología política del *cuero*, que es difusa, no formulada en discursos continuos y sistemáticos, compuesta de elementos y de fragmentos, que utiliza herramientas o procedimientos inconexos y no está localizable ni en las instituciones ni en el aparato estatal.

En la sociedad disciplinaria, surge una economía política del *cuero* en la que se deja el castigo de las sensaciones y se pasa a un castigo del *alma* de los individuos. El *alma* no nace culpable, sino que nace más bien históricamente de los procedimientos de castigo y de vigilancia. En el proyecto carcelario, el sujeto del derecho es un simple individuo, un ciudadano que se apartó de la norma, imponiéndose el castigo a un individuo concreto con *cuero* y *alma*. En éste nuevo proyecto, reformador de la modernidad, el castigo tiene que recaer más bien sobre el *alma*. El sujeto del derecho debe por su propia convicción, recapacitar sobre sus acciones, y arrepentirse del delito que ha cometido.

Tal arrepentimiento, que ocurre en la mente, no tendría por qué involucrar el *cuero*. Sin embargo, contraído por el proyecto carcelario, este arrepentimiento va a ser también moldeado por un castigo sobre el *cuero*; un *cuero* que se quiere enderezar, un *cuero* que debe hacer algunas cosas específicas, aunque se resista. Así, el proyecto carcelario afecta más a la vida que al *cuero*, más al *alma* que al *cuero*; *alma* sobre la que se manipulan las representaciones, sobre la que se manejan las representaciones simbólicas de lo que es la vida en sociedad.

En éste *alma* se articulan los efectos del poder y la referencia del saber. Sobre esta referencia se construyen conceptos diversos y se delimitan campos de análisis como la psique, la subjetividad, la personalidad y la conciencia entre otros. El *alma* sería el efecto y el instrumento de una anatomía política del *cuero*.

No he querido olvidar que los conceptos de *cuero* y prisión, junto a las tecnologías de poder y las relaciones que los objetivan, ya habían sido trabajadas por Friedrich Nietzsche (1946) años atrás. Para él, era necesario pensar en cada *cuero* “como una gran razón, una enorme multiplicidad dotada de un sentido propio, guerra y paz, rebaño y pastor” (Nietzsche, 1992:

50). En su caso, se trata de un *cuero* considerado como campo de batalla en el que se disputan su predominio el yo (Ich) y el Sí-Mismo (Selbst); un *cuero* que asimila una disciplina es un *cuero* en el que han triunfado, al menos parcialmente, las fuerzas reactivas. Mientras que, para Foucault, la cárcel detenta funciones concretas dentro de nuestra sociedad, como por ejemplo marcar y separar comportamientos ilegales tolerables de otros delitos inaceptables, para Nietzsche, la prisión es presentada desde un criterio contracultural, por lo que no se la puede entender fuera de las costumbres arraigadas y de su sombría capacidad para conservar lo establecido. Esto se complementa con la afirmación de que es hacia dentro de esa misma cultura donde la batalla por la supresión de la cárcel debe consumarse. Y para lograrlo, es preciso investigar el valor de la prisión y el sentido de la reclusión en tanto poder simbólico.

En definitiva, para Nietzsche un concepto, un sentimiento o una creencia deben ser tratados como síntoma de una voluntad que desea algo. Así, cada pensamiento o creencia, y en última instancia, cada institución, surgen por la presencia de ciertas voluntades, de ciertas fuerzas, de ciertos modos de existencia, de cierta manera de ser en cada individuo, en cada sociedad, sin los cuales no podríamos imaginarnos aquella creencia, pensamiento o institución.

Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987), en consonancia con el trabajo de Foucault, habla sobre un *cuero* político que es sometido y regulado, en este caso desde los paradigmas de la medicina científica. Para las autoras, las concepciones del *cuero* influyen también en la manera en que el cuidado de la salud se planifica y se otorga en las sociedades occidentales. Las autoras examinan críticamente y cuestiona varios conceptos que han sido privilegiados por el pensamiento occidental durante siglos, determinando los modos en que el *cuero* es percibido por la Medicina científica y la Antropología.

Scheper-Hughes y Lock plantean tres *cueros* que se relacionan entre sí. En un primer nivel, y quizás el más autoevidente, está el *cuero* individual, entendido en el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del body-self (ser *cuero*). En un segundo nivel está el *cuero* social, referido a los usos representacionales del *cuero* como símbolo natural a través del cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura, como sugiriera Mary Douglas (1970). Existe un intercambio de significados entre los mundos natural y social. El *cuero* saludable ofrece un modelo de totalidad orgánica; el *cuero enfermo* ofrece un modelo socialmente desarmónico, conflictivo y desintegrado. Recíprocamente, la sociedad en presencia de enfermedad y salud ofrece modelos para el entendimiento del *cuero*. El tercer nivel es el *cuero* político, que se refiere a la regulación, vigilancia y control de los *cueros* (individuales y colectivos), lo que se manifiesta en los procesos de la reproducción y la

sexualidad, en el trabajo y en el ocio, en la enfermedad y en cualquier otra forma de diferencia humana.

Los tres *cuerpos* no solo representan tres niveles de análisis separados y yuxtapuestos, sino la combinación de tres enfoques teóricos y epistemológicos diferentes: fenomenología (el *cuerpo* individual), estructuralismo y simbolismo (el *cuerpo* social), y el posestructuralismo (el *cuerpo* político). Siendo el tercer *cuerpo* el más dinámico para explorar porqué y de qué manera ciertas clases de *cuerpos* son socialmente producidos.

Pero los *cuerpos* individuales no constituyen, tan solo, unidades estáticas que dominar o doblegar. Los *cuerpos* poseen una capacidad de agencia a través de las interacciones sociales, que provocan múltiples transformaciones.

Así, para Correa-Urquiza (2016), el *cuerpo* es el territorio desplegado y extremo desde donde se pronuncia el signo de la llamada *locura*. El *cuerpo* acusa una serie de transformaciones específicas y variadas a partir del momento del diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Dichas transformaciones pueden pensarse, por un lado, como consecuencia de una aproximación al proceso centrada en la dimensión medicamentosa y por otro como consecuencia del estigma social. El *cuerpo* social en la *locura* recibe y construye, en un proceso continuo y dialéctico, una particular manera de padecer y construir el mundo.

Mientras que, desde la aproximación clínica al sufrimiento mental, el cuerpo es poco más que el receptáculo que intenta neutralizar la sintomatología del sujeto, así como el elemento de referencia para observar las consecuencias de la medicación. Para este autor existen dos cuestiones fundamentales en la manera en que se evidencia lo corporal. Ambas operan de manera simultánea y se superponen en un juego dialéctico que imposibilita en ocasiones distinguir qué afectación puede explicarse a partir de qué efecto.

De un lado las intervenciones químico-clínicas que afectan al cuerpo físico y de otro las significaciones sociales relativas a las etiquetas diagnósticas. A través de estas últimas, toma forma física el dominio simbólico del estigma, como consecuencia del *cuerpo* simbólico. Son *cuerpos* que comunican y nos permiten interpretar las transformaciones en tanto producto de las variables química y social, interactuando y superponiéndose constantemente.

Si bien es cierto que sobre el *cuerpo* se ejerce una violencia institucionalizada, es este mismo *cuerpo* el que refleja las interacciones sociales y al mismo tiempo es capaz de producir resistencias y acomodaciones, que lo sitúan como una entidad de subjetivación.

Para Correa-Urquiza, el *cuerpo* de la *locura* no coincide con los ideales hegemónicos; sin embargo, el esfuerzo dedicado a asfixiar el síntoma como elemento sustancial que sostiene

una ilusión terapéutica relativa y la opresión social derivada de una manera específica de significar el sufrimiento, la sitúan en ese modelo hegemónico.

Entiendo las diferentes significaciones sobre el concepto del *cuerpo*, en la medida que estos *cuerpos* conforman un colectivo de sujetos que establecen interrelaciones con un contexto social determinado y sus normas. Colectivo de sujetos que junto con las relaciones que establece en la estructura constituyen el concepto de actor social definido por Eduardo Menéndez (2002).

3.2.3 Un campo de fuerzas

Según Pierre Bourdieu (1994), las interacciones de los agentes sociales se producen en un espacio social entendido como un campo de fuerzas. El espacio social se entiende como una estructura de posiciones diferenciadas, definidas por el lugar que cada agente ocupa en la distribución de especies específicas de capital (simbólico, cultural, económico, político, social), así como del volumen de su capital global. Desde este enfoque, todas las sociedades deben analizarse como estructuras de diferencias, cuyo principio generador:

[...] no es más que la estructura de la distribución de las formas de poder o de las especies de capital eficientes en el universo social considerado, las cuales cambian en cada contexto social específico y en diferentes momentos históricos (Bourdieu, 1994:49).

Toda vez que esta estructura puede modificarse, el dibujo de topologías que describen diferentes estados de las posiciones sociales permite fundamentar un análisis dinámico de los mecanismos ligados a la reproducción y al cambio del espacio social.

Una de las claves fundamentales de esta perspectiva dinámica es la concepción del espacio social como un campo de fuerzas. En este campo se producen luchas en las que los agentes se enfrentan con medios y fines distintos según la posición que ocupan en el espacio social, contribuyendo así a conservar o a transformar su estructura. La posición ocupada en la estructura de la distribución de las diferentes especies de capital condiciona y ordena las representaciones del espacio social y las tomas de posición en las luchas dirigidas a su reproducción o transformación.

Se supone que la proximidad de las posiciones sociales y también de las disposiciones y de los intereses asociados a estas posiciones, favorece el reconocimiento mutuo, el acercamiento y la cohesión grupal. En cambio, la diferenciación propicia antagonismos y enfrentamientos. Cuando los agentes incorporan la estructura de las diferencias objetivas que configuran el

espacio social entra en juego un “principio de visión y división” que pasa a estructurar sus percepciones.

Así entra en juego la relación entre la estructura del espacio social, las disposiciones (o *habitus*) de los agentes sociales y las tomas de posición posibles en los diversos ámbitos de la práctica. El *habitus* para Bourdieu consiste en un sistema de disposiciones estructuradas y estructurantes constituido socialmente, que es adquirido por la práctica y orientado para las funciones prácticas.

Desde esta óptica, la exclusión y la dominación no se pueden entender simplemente como efectos directos del monopolio de capital o de la acción ejercida por un conjunto de agentes investidos de poderes de coacción. Para comprender dichos procesos también es necesario observar los efectos indirectos de un conjunto de mecanismos y acciones, que se producen en una compleja red de coacciones cruzadas que articulan lo simbólico y lo estructural. Este enfoque posibilita la superación de lecturas que tienden a determinismos sociológicos, al sobrevalorar las estructuras o los procesos de producción de sentido. Esta superación se debe a la relación que se establece entre la organización interna del campo simbólico con su función ideológico-política de legitimación de un orden arbitrario y la capacidad de agencia de los actores.

Los planteamientos de Bourdieu indican, pues, la importancia del análisis de los dispositivos que sostienen la creación y el cambio de los aparatos de producción y reproducción simbólica y social. En este sentido, me interesa investigar cómo dicha función ideológico-política de legitimación de un orden arbitrario opera en el discurso de los agentes sociales. Por tanto, el análisis de sus representaciones simbólicas exige prestar atención a los procesos de reproducción ideológica impuestos implícitamente por los aparatos de conservación cultural (Mario Volpi, 2001).

Entiendo pues, el lugar del sujeto situacional-interaccionista en el continuo acción-estructura, como una cuestión de poder, autonomía y regulación. Me parece interesante exponer algunas de las ideas de Goffman (2001) sobre las interacciones de los agentes en la estructura. Según este autor, del mismo modo que el orden de la interacción se enmarca en la estructura social y mantiene con ella una relación que escapa al determinismo en cualquier dirección, el sujeto se construye en un marco normativo general (estructura) y particular (frames), que ordena sus situaciones de interacción y que sin embargo no le exime de desarrollar cierta capacidad de acción.

La genialidad interaccionista de Goffman está en hacer co-responsables de las biografías a su portador y a todos aquellos ante los que la desempeña. Se trata de pensar al sujeto justamente

en algún lugar intermedio entre ambas: el sujeto ha de moverse en un escenario precedente, con sus normas y su gramática, que suponen un mapa de fuerzas estratégicas. Pero el sujeto se hace a sí mismo aprendiendo a moverse en su interior, a encontrar espacios de resistencia, a matizar ese determinismo o incluso resignificarlo. El sujeto puede ser pensado en relación con el debate estructura-acción. Cuando Goffman define al self como una guía para la acción no se sitúa tan lejos de lo que Bourdieu entiende por *habitus*. Ambos conceptos tratan de vincular de modo dinámico la estructura precedente y su actualización en la acción, huyendo tanto del determinismo de las estructuras (que concibe el sujeto como soporte de las estructuras en las que se halla) como del subjetivismo voluntarista (que explica la acción social como agregación de acciones individuales).

En esta relación del individuo con la sociedad, basada en una oposición percibida como natural, por un lado, entre las demandas del orden moral y social, y los impulsos y deseos, por otro, existen diferentes acercamientos a la concepción moderna del individuo.

Para Juliana Marcús (2011), históricamente se ha dado una metamorfosis en la concepción de la identidad que configuró tres etapas en la conceptualización del sujeto. Esta mutación se presenta inicialmente con un sujeto basado en una concepción de la persona humana como individuo totalmente centrado, unificado y dotado de las capacidades de razón, conciencia y acción, considerado una sustancia inmutable con una identidad fija y dada. Más tarde se configura un sujeto sociológico en el que se abandona la idea individualista y se destaca un núcleo no autónomo ni autosuficiente, sino formado en relación a otros significativos. Aquí el sujeto es considerado como producto de la construcción social con una identidad construida a partir de procesos sociocomunicativos.

Por último, se configura un sujeto posmoderno descentralizado, sin identidad fija y permanente sino fragmentado y compuesto de una variedad de identidades que son contradictorias o no resueltas (Stuart Hall, 2003; Belén Alonso, 2005). Podría aseverarse, entonces, que la preocupación por la identidad en los tiempos modernos se vincula a la perdurabilidad mientras que, en la posmodernidad, por el contrario, es cómo evitar su fijación. La estrategia está motorizada por el horror a los límites y la inmovilidad (Zygmunt Bauman, 2003).

Para la reconstrucción teórica de la noción de identidad me interesan, sobre todo, aquellos aportes que la consideran como un proceso en constante configuración. Este proceso involucra, por un lado, una dimensión relacional donde la identidad sólo puede construirse a través de la relación con el *otro* durante las diversas instancias de socialización y resocialización en distintos escenarios de interacción. Desde la fenomenología y la sociología

simbólica las identidades requieren de contextos intersubjetivos para construirse (Edmund Husserl, 1996 y Alfred Schutz, 1995) Dichos contextos aparecen como mundos familiares de la vida cotidiana, al tiempo que el sujeto realiza un esfuerzo constante por incorporar a sus rutinas, aquellas experiencias que resultan extracotidianas.

Por otro lado, el proceso de configuración identitaria, opino que toma en cuenta una segunda dimensión asociada a la narración, es decir, a la trama de los acontecimientos en el relato de sí mismo que hace el sujeto. En la narración, se articulan las acciones de una vida y se construye la identidad del sujeto. Asimismo, las identidades se construyen sobre la base de experiencias previas significativas y se asientan sobre los *habitus* construidos históricamente considerando las trayectorias sociales e individuales.

La identidad se genera en la interacción social y se construye y reconstruye constantemente en los intercambios sociales. Este mismo enfoque lo encontramos en Goffman (2001) en sus estudios de la presentación personal, donde utiliza la metáfora teatral de la puesta en escena aplicada a la vida cotidiana para mostrar cómo los marcos de interacción social van normando los aspectos de la personalidad que se presentan y aquellos que se ocultan o se intentan ocultar. Esta concepción dinámica de la identidad se opone a los planteamientos que la consideran una sustancia estable y permanente, que no puede evolucionar.

Desde esta concepción activa, una misma persona tiene conductas variables según los contextos de interacción social y sobre todo en los contactos cara a cara. En esa interacción se presenta la influencia recíproca de cada uno sobre las acciones del *otro*; hay un actuar para el *otro*. “Doy por sentado que cuando el individuo se presenta ante otros tendrá muchos motivos para tratar de controlar la impresión que ellos reciban de la situación” (Goffman 2001:26-27).

En el mismo sentido que Goffman, Stuart Hall (2003) plantea un abordaje de la identidad que reconoce su carácter procesual, construido y nunca acabado. La historia personal se recrea continuamente en un proceso dinámico, el cual se desenvuelve en la articulación de dos dimensiones analíticas: el plano biográfico y el plano relacional o social. La identidad no sería un conjunto de cualidades predeterminadas sino una construcción nunca acabada y que mantiene una posición relacional sólo temporariamente fijada en el juego de las diferencias. Para Hall la identidad es un proceso que actúa a través de la diferencia y entreaña un trabajo discursivo, y la ratificación de límites simbólicos. Se construye a través de la diferencia y no al margen de ella y necesita del exterior para consolidar el proceso.

Por último, el concepto de identidad para la filósofa y pensadora queer²⁰ Judith Butler (2002) es igualmente dinámico. Para esa autora es el *cuerpo* a través de sus transformaciones quien establece reacciones a una determinada arquitectura y forma de sentir corporal hegemónica que subvierte la idea de *cuerpo* normativo a través de su performatividad. Butler llama performatividad a la “práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (2002:18). El poder reiterativo del discurso produce los fenómenos que regula e impone.

Butler aplica la noción de performatividad a la cuestión del sexo y del género. Así, el sexo es una práctica reguladora que produce los *cuerpos* que controla. Del mismo modo, el género se realiza como acto performativo: el género no es una esencia estática sino un hacer, una reiterada sanción de normas, es decir que alcanza su determinación por repetición. Butler retoma la idea pionera de John Austin (1982) quien introdujo la idea de lo performativo para dar cuenta del hecho de que a través del lenguaje no sólo “se dicen” cosas que describen el mundo, sino que también “se hacen” cosas.

Ahora bien, Butler señala que las palabras tienen un enorme peso, incluso las aparentemente descriptivas, para producir efectos en la modelación de la subjetividad del género. Desde otra perspectiva, Bourdieu (1985) alude a esta dimensión del lenguaje que “realiza cosas”. Según su punto de vista, el lenguaje en tanto práctica está permanentemente construyendo el mundo. No sólo los enunciados performativos hacen cosas con palabras, sino que el poder de nominación es un poder de construcción del mundo. Así, incluso cuando aparenta describir, el lenguaje prescribe fijando un sentido.

Para Butler los actos del habla performativos no son ejercicios libres y únicos, expresión de la voluntad individual de una persona, sino que más bien son acciones repetidas y reconocidas por la tradición o por la convención social. Butler realiza una deconstrucción del género al revelar cómo éste y el *cuerpo* son contruidos social y culturalmente, cuestionando así los planteamientos esencialistas de la identidad. En tanto que el género produce comportamientos y acciones, Butler apunta que habría que reapropiarse de dichos comportamientos, adoptando a la vez ciertas actitudes autorizadas socialmente, para lograr ser lo que cada uno desee ser en cada situación. Las acciones o los *cuerpos* son performativos cuando producen generación de realidad por transformación de la misma. En este sentido, la

²⁰ La Teoría Queer afirma que la identidad sexual es el resultado de una construcción social. Las sexualidades periféricas son todas aquellas que se alejan del círculo imaginario de la sexualidad “normal” y que ejercen su derecho a proclamar su existencia. La disidencia sexual y la de-construcción de las identidades estigmatizadas es pues un derecho humano.

suma de acciones corporales de varias personas, como un ejercicio de performatividad, tiene una enorme potencialidad en la producción de acciones colectivas para la transformación de las relaciones sociales y de poder.

Para la autora ello es posible por el funcionamiento característico de los actos performativos identitarios: se trata de ficciones naturalizadoras que a través de su propia repetición producen la ilusión de una sustancia subyacente en relación causal con sus supuestas manifestaciones. Los actos performativos son, por tanto, vehículos de transmisión cultural, y el reconocimiento de ellos sólo se convierte en subversivo bajo determinadas condiciones.

La teoría de la performatividad conforma una teoría de la identidad en la que ésta deja de ser considerada como soporte causal o fundacional de las prácticas significativas (discursivas, textuales o gestuales) para presentarse como su efecto. Esta teoría prescinde del recurso a un sujeto sustancial que explique la capacidad de acción mediante el dualismo entre acto y agente, un sujeto que preexista de algún modo a las mismas prácticas que, a decir de Butler, lo constituyen. Prácticas especializadas en la tarea de ocultar su propio contenido normativo a través del efecto naturalizador de su representación.

Sin embargo, las implicaciones que para una teoría general del sujeto y la acción tiene la teoría de la performatividad ha sido uno de los puntos más controvertidos en las críticas a las tesis de Butler. Debo estar de acuerdo en que un sujeto discursivamente constituido a partir de las prácticas significativas que constituyen su identidad, performativamente interpretadas como mera repetición de actos impuestos a través de pautas culturales coercitivas, no parece dejar mucho espacio para una teoría de la acción no determinista, compatible con la actividad crítica o subversiva. La idea de un *cuero* normativo que trasciende al sentir corporal hegemónico a través de unas determinadas prácticas es la primordial aportación de la teoría de Butler a la presente investigación.

3.2.4 Desterrando los *saberes expertos*

Los frecuentes intentos de homogeneizar el *cuero*, o de pensarlo exclusivamente a partir de ciertos patrones hegemónicos como forma de entender la salud por parte de la biomedicina, suele transformarse en una práctica que elimina la subjetividad y la posibilidad de diferencia. Desde el enfoque de la Antropología crítica-interpretativa tiene una importancia decisiva, el tratar la dicotomía salud-enfermedad de manera dialéctica y analizarla genealógicamente para descubrir los mecanismos de control social de un lado y las posibilidades de transformación de otro; sin olvidar el estudio de las fuerzas estructurales que propician la transformación molecular de las personas y la mercantilización de la vida.

Según Víctor Turner (1999) los actores sociales tienen una visión limitada de los símbolos, ya que ocupan una posición determinada en la estructura social y desempeñan un papel concreto en el ritual. Esa posición está vinculada a sentimientos, intereses y propósitos concretos. El antropólogo debe, sin embargo, obtener una visión de conjunto del campo significativo del ritual analizando la estructura de la sociedad y distinguiendo sus grupos, relaciones y conflictos.

Durante el desarrollo de mi trabajo, me surgió la necesidad teórica de combinar las dimensiones objetiva y subjetiva de la enfermedad para comprender mejor el proceso social de salud-enfermedad-atención.

Los autores pertenecientes a esta corriente crítica-interpretativa, abogan por el reconocimiento de la relación de los procesos primariamente subjetivos del padecimiento con los marcos sociales, políticos y económicos. Según Scheper-Hughes (1997), el punto de partida es la acción basada en la reflexión crítica. Esta idea de poner en duda la realidad mediada por el *sentido común*, indagando en el sentido *adiestrado* de las estructuras de pensamiento comúnmente aceptadas, pone de manifiesto una crítica del poder y de las ideologías.

Sin embargo, lo novedoso de esta interpretación del mundo social viene dado por la incorporación del análisis crítico de la cultura que permite una aproximación historicista sobre las representaciones de la enfermedad y las relaciones políticas que las producen. En este punto, la influencia de Antonio Gramsci (1980) con su concepto de hegemonía y Foucault con su concepto de biopoder, es más que notoria en el desarrollo de la teoría crítico-interpretativa. Scheper-Hughes (1997) describe con precisión los mecanismos de producción de normalidad y desviación, que se ponen en práctica desde la biomedicina, la psiquiatría y la antropología médica más convencional con el fin de establecer una cultura de la enfermedad que medicaliza cada vez más los problemas sociales.

Para la autora, la enfermedad no es solo un evento aislado, ni un tropiezo desafortunado de la naturaleza, sino una forma de comunicación, el lenguaje de los órganos a través del cual hablan simultáneamente la naturaleza, la sociedad y la cultura. El *cuero* individual deberá verse como lo más inmediato, donde las verdades y contradicciones sociales son puestas en juego, a la vez que, como un locus de resistencia personal y social, creatividad y lucha.

El concepto de hegemonía de Gramsci, le sirve a Scheper-Hughes, para explicar cómo los técnicos y profesionales médicos en el Estado moderno juegan el papel de agentes del consenso para introducir en la vida cotidiana, en el *sentido común*, una serie de construcciones artificiales cargadas de ideología que operan en beneficio de las clases

hegemónicas y al mismo tiempo crean un ilusorio espacio de maniobra, donde las clases subalternas acatan la responsabilidad sobre las desgracias que les acontecen.

Profundizando un poco más en las teorías de Gramsci (1980) encontramos algunas aportaciones interesantes al enfoque crítico-interpretativo de la antropología de la salud, como la comprensión de los aspectos subjetivos y de las formas de incorporación de la dialéctica social, en el que se suma el estudio sobre las transformaciones de la persona, y en donde se mezcla la experiencia vivida con la crítica sociocultural como un proceso de auto-objetivación.

Por su parte, la semejanza que establece el libro de Thomas Szasz (2005): *La fabricación de la locura* entre locura y brujería me permitió acercarme al valioso concepto de la psiquiatrización del mundo. Szasz trata de mostrar cómo el estigma de la *locura* vino a sustituir el estigma de la brujería, conduciendo a una psiquiatrización de la sociedad de nuestro tiempo. Otro punto que analiza es cómo la psiquiatría percibe el fenómeno de la brujería, diagnosticando a las brujas como enfermas mentales que fueron confundidas con posesas o concubinas del diablo por la ignorancia de la época; Szasz subraya este hecho ya que viene a mostrar, a su juicio, como el psiquiatra, consciente o inconscientemente, es el legítimo heredero del inquisidor y asume este rol hasta sus últimas consecuencias.

El concepto de bruja o de *enfermo mental* pretende satisfacer una necesidad social: la construcción del chivo expiatorio que purifique a la comunidad de sus pecados. El *loco* y la bruja, como elementos marginales, cumplen perfectamente este papel en sociedades en donde un hiperracionalismo normalizador pretende encajar a todos los miembros de la comunidad en los mismos estándares.

Pero Szasz me mostraba otro cruel paralelismo. En el interrogatorio con el inquisidor, la bruja tenía muy pocas posibilidades de librarse de la acusación ya que su testimonio, fuera el que fuera, era siempre interpretado en su contra. El *enfermo mental* se encuentra en una situación parecida: si admite los síntomas y los comportamientos supuestamente anómalos que les atribuyen sus acusadores, reconoce la gravedad de su enfermedad; si, por el contrario, niega la *enfermedad* está mostrando que es incapaz de comprender su propia situación y sólo eso justifica el encierro.

Igualmente, preocupante me pareció la idea que expone Szasz sobre que toda persona se presupone a priori necesitada de ayuda psiquiátrica, idea que casualmente favorece los intereses económicos de los profesionales de la psiquiatría, ya que esta extensión de la *enfermedad mental* a la totalidad o, al menos, a la mayoría de la población fue un procedimiento que siguieron los cazadores de brujas para acrecentar su poder e importancia

social. En las sociedades modernas este intento de extender la psiquiatría y la psicología a ámbitos cada vez más amplios como la educación o la selección de personal en una empresa, puede convertirse en una encubierta *caza de brujas* que las mismas víctimas lleguen a considerar real.

Desgraciadamente en mi quehacer diario y en mi entorno social he podido comprobar cómo el continuo aumento de personas con supuestos desordenes psiquiátricos podría ser un ejemplo de lo que nos quiere decir Szasz, estigmatizando a un cada vez sector más amplio de la población con etiquetas que menoscaban la dignidad de los sujetos. La conclusión de Szasz es que llegará un día en donde el trato y la estigmatización social que sufre hoy el *enfermo mental* nos parezca tan injusta y tan infamante como nos parece hoy el trato dado a los negros, a los judíos o a cualquier minoría antiguamente despreciada.

En este mismo sentido de la psiquiatrización del mundo, Ángel Martínez-Hernández (2000) reflexiona sobre el contexto progresivo de biomedicalización de la práctica psiquiátrica que estamos viviendo, al poner de manifiesto el reduccionismo anatómico, biológico y psicobiológico de los procesos mentales.

Para Martínez-Hernández el despliegue cada vez más amplio de los dispositivos de atención psiquiátrica se justifica en relación a realidades patológicas que se perciben como reales sin reflexionar apenas acerca de su naturaleza construida y los intereses implícitos. Para el autor el origen de este “fetichismo” de la enfermedad mental tiene que necesariamente poner sobre la mesa la cuestión de los límites éticos que subyacen en el diseño a través de los psicofármacos de la personalidad y en la forma de gestionar las emociones. Así, el modelo medicalizador y psiquiatrizador del malestar tiende a arrastrar, mediante una fuerza cronificadora, determinadas emociones hacia el diagnóstico, etiquetaje y medicación, casi siempre asociada, a una determinada categoría diagnóstica.

Centrándome en la construcción cultural de la enfermedad mental, Martínez-Hernández (2008) nos muestra dos posturas basadas en el determinismo cultural que tratan de explicar la esquizofrenia. La primera de ellas afirma que la esquizofrenia es una mera construcción cultural, situada en el mismo grado que el parentesco, los mitos o el derecho consuetudinario. La segunda postura está más matizada, pues lo considera construido social y culturalmente en la medida en que todo está “tamizado por el lenguaje y por nuestros hábitos culturales de conocimiento” (Martínez-Hernández, 2008:23).

Según este autor la relación de lo simbólico con lo real es dialéctica. Esa relación es la que permite que lo simbólico pueda materializarse en una realidad objetiva a partir de la imbricación de lo social y lo natural. La *locura* sería una construcción cultural y un símbolo

de las contradicciones sociales desde donde descifrar las estructuras de poder, imponiendo sus propias lógicas. En este sentido no podemos dejar de pensar la enfermedad como una construcción cultural que funciona como una institución de control que dictamina los criterios de normalidad mediante unas relaciones políticas que la producen.

En general, todos los procesos de interacción social y cultural que involucren la existencia de diferentes y a veces antagónicos sistemas de creencias, están sujetos a importantes fricciones (Menéndez, 1992). Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este contexto la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental se ha establecido mundialmente como el modelo hegemónico capaz de resolver, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad. Constituye por tanto un sistema sociocultural con una ideología y unas prácticas susceptibles de análisis.

El modelo médico hegemónico es un concepto propuesto por Eduardo Menéndez (1992), que hace referencia al modelo asistencial organizado por la medicina profesional o biomedicina y cuyas principales funciones serían la de curar, normatizar y legitimar.

Según Menéndez:

[...] constituye un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (Menéndez, 1992:105).

La construcción de este modelo supone la posibilidad de construir subjetividades, y mantener la hegemonía estructural, además de afrontar la atención a la salud y a la enfermedad centrada en la biología. Así mismo supone un desplazamiento de saberes y la detección de una serie de rasgos considerados como estructurales, los cuales deben ser entendidos como un modelo a partir de la estructura de relaciones que opera entre los mismos. Predomina el individualismo, el mercantilismo, el autoritarismo, la eficacia pragmática, la biología, la legitimación jurídica, la identificación con la racionalidad científica y las tendencias inductivas al consumo médico entre otros. Se establece una relación entre el saber y el poder, predominando las fuentes del conocimiento, y relegando los factores socioculturales.

El rasgo estructural dominante en este modelo es el biologismo²¹, el cual constituye el factor que garantiza no sólo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad. Se reproducen toda una serie de prácticas y representaciones tanto para la enfermedad como para la salud, donde se concibe a la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, y a la salud como una normalidad estadística. Todo esto da lugar a la medicalización, a la objetivación y a la clasificación de grupos de riesgo donde se insertan las variables socioculturales y se activan los procesos de estigmatización y de desviación sobre la norma (Menéndez, 1992).

Este modelo, reduce a los individuos a su dimensión física aislándola de toda condición social, histórica y espiritual. En general, se trata de una concepción mecanicista del ser humano, que lleva, entre otras cosas, a las inconsistentes separaciones entre las partes de un todo, entre la mente y el cuerpo, y entre el individuo y la sociedad. Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece la hegemonía del modelo biomédico, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferentes, y mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico. Sin embargo, la hegemonía no implica la inexistencia de la diversidad, por el contrario, prácticamente la hegemonía de un modelo lleva consigo formas de resistencia que hacen posible su transformación y replanteamiento.

Desde este modelo, por tanto, se propone a la medicina como un aparato no sólo ideológico, sino político de estado. Como una compleja institución donde el control se integra a la legitimación, y donde la normalización de conductas exige inclusive el artificio de nuevas categorías nosológicas (Foucault, 1979).

Frente a este modelo médico hegemónico, Menéndez (1992) plantea un proceso salud-enfermedad-atención, tratando de superar las propuestas anteriores que sólo focalizaban la salud y la enfermedad. Según el autor pensar sólo en términos de salud-enfermedad, sería en cierta medida eliminar, lo que hacen los sujetos, grupos o sociedades para enfrentar sus enfermedades. Menéndez entiende la enfermedad dentro de procesos amplios, en donde

²¹Posición teórica mantenida por quienes afirman que los fenómenos psicológicos, sociales y culturales dependen de condiciones orgánicas (biológicas) de modo que para comprenderlos y explicarlos debemos basarnos en los hechos biológicos que les subyacen.

intervienen elementos sociales, políticos, culturales, económicos y subjetivos, todos ellos interactuando en un contexto histórico determinado, y frente a los que hay que actuar.

Para Menéndez este proceso constituye un universal que opera estructuralmente en toda la sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. La enfermedad aparece como parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad y el sujeto se instituye a partir de este proceso. La respuesta social ante la enfermedad constituye también, una estructura necesaria para la producción y reproducción de todo conjunto social, y en consecuencia dichos sistemas no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para convivir con los padecimientos.

3.3 Espacio de la investigación

El contexto en el que se ubica esta investigación es en un centro penitenciario del Estado español. Se encuentra a pocos kilómetros de un núcleo urbano, en un terreno seco y desértico en medio de la *nada* y desprovisto de medios de transporte para llegar hasta él. Si llegas en un día de invierno, puedes observar como un halo de neblina envuelve todo el centro como si de un desacertado intruso del paisaje se tratara.

Sorprendentemente la prisión, a pesar de llevar abierta varios años, no está dotada de medios de transporte públicos para llegar hasta ella. De esta forma, los familiares y los propios internos, cuando regresan de sus permisos penitenciarios, si no disponen de vehículo propio se ven abocados a costearse un taxi desde la población más cercana, hecho este, que provoca que muchos familiares no puedan acudir a visitar a los internos, por la precariedad económica a la que están expuestos. Si bien, los trabajadores del centro podemos acudir a trabajar en un autobús privado, costado para tal fin por la institución.

Dedico un capítulo aparte para la descripción detallada del centro penitenciario, ya que considero que para comprender la génesis, los significados, las funciones y las consecuencias de los procesos interrelacionales, se hace necesario analizar el fenómeno en un espacio concreto. Espacio éste entendido como una unidad corporativa, como una realidad compuesta de estructuras e instituciones sociales, en la que es posible vislumbrar cómo organizan su coexistencia los sujetos sociales en un espacio físico con significados y funciones propias.

Por tanto, para el estudio de las prácticas de los actores, es importante analizar también en qué lugares se desarrollan las prácticas cotidianas y en qué territorios opera el programa PAIEM. Los internos adscritos al programa se encuentran, en líneas generales, viviendo en 5

módulos diferentes, no específicos para ellos, y que por sus características no son considerados módulos conflictivos. El equipo técnico se reúne semanalmente en la sala de juntas del departamento de enfermería de uso exclusivo para los profesionales, y en la que en ningún caso tienen acceso los internos. En cierta ocasión, se permitió la entrada a los internos ordenanzas encargados de los *enfermos mentales*, teniendo buen cuidado de disponer unas sillas ubicadas en un rincón de la sala, que expresara abiertamente la posición relacional de los participantes a la reunión.

El uso de espacios comunes de los internos se determinan en base a las actividades que realizan, así la terapia asistida con perros tiene lugar en el campo de fútbol, las actividades deportivas en el pabellón deportivo y las manualidades y las terapias psicológicas en el departamento llamado sociocultural.

La etnografía se ha desarrollado, y dado mi papel privilegiado como técnica de la institución, en todo lugar en el que tenía contacto con los actores implicados. De esta manera, la observación se ha mantenido en todos los espacios donde se desarrollan las actividades diarias. Así, me ha sido posible compartir conversaciones y confidencias en los pasillos, en las largas colas de los repartos de medicación, en el comedor, en sus celdas, en las consultas médicas, en los patios, en las celdas de aislamiento e incluso en el módulo de seguridad del hospital al que eran enviados en alguna ocasión. En algunos de estos espacios, la privacidad y la legitimación de nuestros saberes no nos estaba permitido desplegarlos, pero era igualmente interesante observar cómo sus comportamientos se transformaban en presencia del poder disciplinario que los envolvía.

Por otra parte, la posibilidad de observación participante con los técnicos iba mucho más allá de nuestras reuniones semanales, ya que cuando surgía algún problema con algún interno me buscaban para que ofreciera una solución inmediata, y esto podía ocurrir lo mismo en la cafetería del centro que en el desarrollo de una consulta médica.

3.3.1 Una feliz posibilidad para la desobediencia

Sin embargo, existe un espacio acondicionado específicamente para los internos del PAIEM desde el inicio del programa. En una ocasión, un jefe de servicios me comentó la existencia de un departamento que no se utilizaba y mi mente comenzó a idear un espacio íntimo para los internos del PAIEM, que pudiéramos sentir como nuestro y que se escapara al control institucional.

El *recinto* consiste en un edificio central de una sola planta rodeado de jardines y pequeños estanques. El edificio posee una luminosa sala central con el techo acristalado donde solemos reunirnos cuando hace demasiado calor. A su alrededor, se encuentran otras salas multiusos donde se realizan diversas actividades como charlas, actividades y relajación. El departamento no tiene instalada línea telefónica ni cámaras de seguridad, por lo que me pareció un espacio perfecto para construir según nuestras propias lógicas y alejados de la constante hipervigilancia.

Tras solicitar permiso de la dirección para la utilización del departamento, comenzamos en el año 2007 el grupo de 16 internos que éramos entonces y yo, a limpiar los estanques, adecentar las salas y plantar algunos árboles frutales que nos suministró un curso de jardinería que se estaba llevando a cabo en esos momentos en el centro. Cuando terminamos de arreglarlo, organizamos una merienda y establecimos nuestras propias normas de funcionamiento, que radicaban esencialmente en permitir la libre expresión de todo aquello que preocupara y ocupara nuestros ánimos y pensamientos.

Sin embargo, la institución nunca ha reconocido este espacio como *lugar*. Después de diez años de utilización exclusiva por los internos del PAIEM, no se ha implantado línea telefónica, calefacción o aire acondicionado. Si nosotros no lo limpiamos, nadie se encarga de hacerlo y permanece como un espacio olvidado, un *no-lugar* para la institución, como diría Marc Augé (1993).

Comenzamos a reunirnos cada semana y allí hablábamos sobre las cuestiones que ellos me reclamaban. En sus inicios, y muy posiblemente al identificarme como médica, sus temas versaban en torno a la *enfermedad* y su *tratamiento*. Poco a poco, nos adentramos en el mundo del estigma, de las posibilidades, de las alternativas y sin darnos apenas cuenta nos encontramos planteándonos la existencia real de los *diagnósticos*, pasando a debatir y deliberar sobre nuestras biografías.

Entre cigarro y cigarro (que permitimos de común acuerdo), entre sobrecogedoras confidencias y entre múltiples declaraciones de intenciones creamos un espacio sin apenas restricciones. Un territorio para las risas, para la intimidad y también para el sufrimiento. Semana a semana, caíamos en la cuenta de que dotábamos de nuevas significaciones a la *locura* (“la más *loca* eres tú”, solían decirme) y encontramos la mejor manera de compartir nuestros pensamientos y nuestra cotidianidad, que no era otra que reírnos de nosotros mismos y de la imagen que proyectábamos al resto. Nuestras reuniones semanales se han convertido en una especie de festejos, donde nos liberamos de las obligaciones y condiciones y donde podemos festejar la *locura* en algunas ocasiones, y también relatar nuestro dolor en otras. Sin

apenas darnos cuenta fuimos legitimando nuestras narrativas individuales y colectivas, y a través de los saberes profanos, desterramos las ideas preconcebidas sobre el corpus de la *locura*.

Creamos un espacio, que según Correa-Urquiza (2009) podría tratarse, de un lugar donde el saber profano se legitima y se mantiene activo, convirtiéndose a sí mismo en oculto, al abandonar dicho espacio. Este autor establece un paralelismo entre la “plaza pública” de Bajtin y la “plaza íntima”. Mijail Bajtin (1974) decía que en la “plaza pública” las relaciones sociales se reinventan fuera de los roles previos, fuera de las imposiciones jerárquicas de la cultura oficial, para entrar en un espacio de simetría que, a su vez, crea nuevos vínculos, nuevas redes más centradas en factores emocionales y de empatía. El factor determinante que hacía de la plaza pública medieval definitivamente el punto de convergencia de lo extraoficial radicaba en el fenómeno de desjerarquización de los vínculos, a partir del cual todos los participantes estaban en igualdad de condiciones y la simetría era un *modus vivendi* circunstancial pero efectivo.

Correa-Urquiza plantea que la “plaza íntima” reproduce esas características de refundación vincular de la plaza pública medieval. Así, como en la plaza pública medieval los actores lograban desprenderse de ciertas pautas y prácticas que en un punto eran propias pero que resultaban de la incorporación individual de las dinámicas de la cultura oficial, en la “plaza íntima” se produce un desarmar de las versiones aprendidas sobre la *locura* construidas individual o colectivamente. Más allá de las estructuras habituales en donde la sociabilidad del sujeto está designada por el denominador común de la *enfermedad*, se habilita un espacio donde la acción se articula más allá de los territorios en donde los parámetros de normalidad están ya prefijados. La “plaza íntima” sería pues, parafraseando a Correa-Urquiza “una feliz posibilidad para la desobediencia” (Correa-Urquiza, 2009:146).

En este mismo sentido Manuel Delgado añade que:

Es en los territorios sin amo, sin marcas, sin tierra, donde se da la mayor intensidad de informaciones, donde se interrumpen e incluso se llegan a invertir los procesos de igualación entrópica y donde se producen lo que Rubert de Ventós llamaba ‘curiosos fenómenos de frontera’ en los que el contacto entre sistemas era capaz de suscitar la formación de verdaderos islotes de vida y de belleza. Honore de Balzac había dicho lo mismo de otro modo: ‘sólo hay vida en los márgenes’. Convicción última de que lo más intenso y más creativo de la vida social, de la vida afectiva y de la vida intelectual de los seres humanos se produce siempre en sus límites (Delgado, 1999:105).

3.4 Diferentes actores en un mismo contexto

Lo primero que aprendí cuando comencé a trabajar en el ámbito de las prisiones, es que los internos forman grupos muy diferentes entre sí, aunque aparentemente pueda parecer lo contrario. Los hay que establecen acuerdos tácitos con el sistema, con el fin de sacar el mayor provecho de la institución. Otros, en cambio, niegan desde el principio su pertenencia a un grupo de personas manipuladas y ordenadas, enfrentándose con todo su ánimo a la difícil cruzada de ganarle la partida al sistema. Una pequeña proporción intentan pasar desapercibidos ocultando sus acciones y convenciéndose a sí mismos que durante este periodo de sus vidas en realidad no existen.

Aunque no debemos olvidar que la inmensa mayoría de ellos adoptan comportamientos diferentes según la situación y el contexto en que se encuentren. Así, reservan los comportamientos oficiales en presencia de la autoridad y los improvisados cuándo están entre su grupo de iguales, gestionando de esta manera sus diferentes identidades en la arena de juego del campo social.

Sin embargo, en relación al colectivo de internos con *enfermedad mental*, es importante señalar que desde su ingreso se ven forzados por el sistema a formar parte de un mismo grupo de iguales cuyo discurso ha sido históricamente negado. El interno se ve despojado de ese *otro* que le pertenece, al entender que no le está permitido mostrar y ejecutar. Se produce un rápido aprendizaje del ocultamiento de su propia *locura*, para adoptar una nueva lógica, que le encumbra en la categoría de *enfermo*.

Me encontraba pues ante una realidad por estudiar, donde mi objeto de estudio ya estaba definido por el sistema, y donde sus prácticas cotidianas estaban inevitablemente relacionadas con la sociedad que los contenía.

Tratando de esclarecer las lógicas de comportamientos y significación de los diferentes actores sociales, mi trabajo tomó forma comparativa desde sus inicios, ya que podía observar en mi práctica diaria cómo algunos internos se adaptaban a la sociedad disciplinaria en la que estaban inmersos, reproduciendo patrones y discursos institucionales, y otra parte de ellos desarrollaban habilidades de desobediencia ante las prácticas homogeneizantes del sistema.

Antes de pasar a detallar los actores sociales de mi investigación, me gustaría referirme al concepto de actor social como unidad de descripción y análisis, pero también como agente transformador. Eduardo Menéndez (2002) propone el análisis de la realidad, desde la concepción del sujeto social como alguien que produce y no sólo reproduce la estructura social y sus significados. La realidad se construiría a partir de las definiciones y expectativas

del actor. De esta manera, el eje de la descripción y el análisis pasaría de estar situado en la sociedad para estar situado en el actor. El actor social no es entendido como sujeto individual sino como un colectivo de sujetos y las relaciones que establecen en la estructura.

La propuesta del análisis del actor consiste en definir la diversidad de actores sociales que, colocados en diferentes posiciones de la estructura, participan en un mismo hecho social. Dichos actores sociales pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también antagónicas. Consiste por tanto en analizar no solo los significados, sino también los procesos, donde el actor antagónico puede apropiarse de significados aparentemente incompatibles con su racionalidad cultural. Por lo tanto, esta decisión metodológica de Menéndez nos orienta de alguna manera a la diversidad en lugar de la homogenización, desvelando actores que cuestionan esa homogenización cultural y estructural antagónica.

Esta perspectiva metodológica nos obliga a recuperar la racionalidad del *otro* y la necesidad de incluir los objetivos de los actores para que estos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos y participen en su resolución. Documentar el punto de vista del actor supone no sólo un objetivo metodológico, sino ideológico y transformador. El hecho de dar voz a los actores sociales implica no sólo escucharlos sino asumir que su voz es tan correcta como la que más.

Por lo tanto, siguiendo este punto de vista del actor pretendo recuperar el significado producido por los diferentes actores, sin olvidar, tanto en la descripción como en el análisis, al resto de los que están interviniendo significativamente en la realidad estudiada.

Así entiendo como actores sociales de mi investigación, el colectivo de internos y el colectivo de técnicos y funcionarios con las diferencias internas de los mismos, así como las interrelaciones que se producen entre ellos. La perspectiva del actor debe ser utilizada asumiendo la existencia de posibles diferencias significativas al interior de una cultura y no proponer a estas unidades como un solo punto de vista con una única identidad esencial. Este posicionamiento nos conducirá a desvelar los conflictos o limitaciones que operan dentro de una comunidad y que pueden ser considerados como parte intrínseca de su cultura.

Decidí pues, llevar a cabo el estudio con los internos integrantes del PAIEM y con los técnicos que los atendían, centrándome en las interacciones. El número de internos ha ido variando durante estos años, siendo la media de unos 45 *enfermos*, que han sido *diagnosticados* según criterios biomédicos. La mayoría de ellos son hombres, siendo el número de mujeres variable en el tiempo, entre 1 ó 3. La edad media se encuentra en torno a los 36 años, aunque también hay algún interno entre los 18 y 20 años y algún otro que

sobrepasa los 50 años. La inmensa mayoría de ellos, si tenían alguno estudio no superaba el nivel básico educativo. El del 60% de ellos son reincidentes.

Los *enfermos mentales* suelen desembocar en la prisión por todo tipo de vicisitudes ocurridas durante la infancia. Sujetos que, a la mala suerte, las ausencias en la infancia, la pobreza, o el acceso muy temprano a todo tipo de drogas, han sumado el desarrollo de síntomas *psicóticos*, alteraciones graves del humor, o severas dificultades en el control de la impulsividad. Por el camino, pueden haber realizado desde pequeños hurtos hasta escabrosos homicidios, pero también muchos otros delitos, como quebrantar una orden de alejamiento hacia un miembro de la familia, epicentro de múltiples conflictos. Antes de entrar por primera vez en la cárcel, muchos de ellos ya han estado en contacto con la red de salud mental comunitaria, que en ocasiones resulta insuficiente e inoperante, en gran medida por la falta de recursos sociales.

Con respecto a los años de condena, podríamos considerar dos grupos: aquellos que por la gravedad de sus delitos deberán pasar una media de 10 años en prisión y los que pasarán una media de 3 años por la relativa importancia de los mismos. Este dato ha servido para valorar la influencia o no de los años de internamiento en la adaptación o resistencia a la institución. Para su inclusión en el programa no existe ningún criterio de exclusión en relación al tipo de delito, si bien este dato es tenido muy en cuenta a la hora de conceder permisos penitenciarios. Siendo cierto que, en no pocas ocasiones, entraron a formar parte del programa internos sin *enfermedad* psiquiátrica definida, en estos casos, el denominador común que les unía al resto era su comportamiento extraño y disruptivo.

A pesar de que he centrado mi estudio en el colectivo de internos pertenecientes al PAIEM, el modelo de referencia para resaltar la diversidad del trato recibido por los funcionarios ha sido la comparación con los internos no adscritos al programa, siendo la interacción entre los sujetos, reveladora y constante en mi trabajo.

Por otra parte, los técnicos constituyentes del PAIEM forman un equipo multidisciplinar compuesto por: el subdirector de tratamiento, el subdirector médico, un psicólogo, un trabajador social, un jurista, un maestro, un médico, un enfermero y un educador.

Es importante resaltar cómo los componentes del equipo han ido variando a lo largo del estudio, ya que en términos generales es un programa que no es bien recibido por los profesionales por la sobrecarga de trabajo y requiere, por tanto, un sistema rotatorio anual para nombrar a sus integrantes. Esto provoca la falta de preparación previa de los profesionales y la incorporación de nuevos criterios en virtud de la cognición del nuevo técnico integrante del equipo.

3.5 Mucho más que tres años

Comencé la investigación en enero del 2014. El programa PAIEM, se implantó en el año 2009, pero mucho tiempo atrás, en el año 2003, una auxiliar de enfermería y yo, ya habíamos iniciado nuestro *propio PAIEM*. Tras un año de trabajo en el centro, observamos cómo los *enfermos mentales*, eran injustificadamente tratados como internos peligrosos y llevados a celdas de castigo en multitud de ocasiones. Nosotras entendíamos la *locura* como una forma diferente de situarse en el mundo y que, por supuesto, no se equiparaba al concepto de agresividad como suponían el resto de funcionarios. Las crisis que sufrían los internos no eran manejadas siquiera desde criterios biomédicos, sino más bien desde criterios regimentales²², apartando de los espacios compartidos al sujeto disruptivo. Una vez en las celdas de castigo, avisaban al médico para intentar conseguir un aplacamiento de su conducta mediante la medicación, y una vez que su *cuerpo* había sido domesticado, se devolvía éste, corregida su *alma* y su *cuerpo*.

Nuestra primera intención fue pues, reclamar un origen biomédico de su comportamiento para intentar aligerarlo de su adscripción regimental. De esta manera, previa solicitud al director del centro, comenzamos a reunirnos quincenalmente en la sala de “ocio” del módulo de enfermería y allí iniciamos nuestra aventura en el delirante mundo de la *sin razón*. Desde sus inicios tomó la forma, sin nosotras ser conscientes, de “plaza íntima”, en referencia al término propuesto por Correa-Urquiza (2009), y fueron los internos los que iban marcando la ausencia de normas y recuperando la dignidad de sus propias lógicas. Poco a poco nos fuimos apartando del modelo biomédico y creamos un espacio para la creatividad y la libre expresión de sus sentimientos. Realizamos obras de teatro, exposiciones de cerámica, talleres de escritura, visitas extrapenitenciarias y nos *olvidamos* de dar nombres a sus sufrimientos, relegando incluso el universo farmacológico. Iniciamos un registro de las actividades desarrolladas y una ficha personal individual con los acontecimientos más relevantes que iban sucediendo. Estas anotaciones han sido de gran valor a la hora de aportar datos en la etnografía de este trabajo, que se extienden más allá del comienzo de la investigación.

De aquellas primeras etapas en el 2003, en las que se primaba la escucha y la solución conjunta de problemas, queda bien poco. Hoy día, el programa está firmemente consolidado en una estructura investida de un aplastante poder disciplinario y biomédico. Así que, cuando comencé esta investigación en el 2014 ya llevaba varios años observando y viviendo la

²² En referencia al régimen penitenciario que garantiza el orden y la disciplina mediante el cumplimiento de normas y disposiciones en el interior de un centro penitenciario.

estructura que iba a analizar, algo que en antropología ocurre con frecuencia al tratarse de una disciplina a la que acceden personas que vienen con un bagaje profesional anterior (Purificación Heras, 2004).

La primera fase de elaboración de mi trabajo de investigación consistió en la búsqueda bibliográfica sobre el estado de la cuestión y en la criba de la ingente documentación teórica que iba a definir mi cuerpo teórico. Esta búsqueda la mantuve a lo largo de toda la investigación, intentando estar al día en todo lo que se refería a mi objeto de estudio: desde la realización del propio diseño del proyecto, consultando fuentes y repensando conceptos, hasta la elaboración del informe final.

A lo largo del recorrido del estudio, este rastreo, me ha sido de gran utilidad, para orientarme sobre el marco teórico a escoger y precisar los objetivos que debía cubrir. Me sirvió de guía también para hacer comparaciones y tener una idea más clara sobre cómo se había enfocado el problema en otros contextos, sin olvidarme de mantener una postura crítica y atenta sobre lo que encontraba.

A medida que avanzaba en la búsqueda, sentía la necesidad de encontrar evidencias empíricas que demostraran o refutaran lo planteado de manera teórica, y de relacionar los conocimientos preexistentes con la realidad observada. Sin embargo, a medida que me imbuía en el trabajo de campo, fue la observación significada de la realidad, la que hacía necesaria su traducción a la luz los conocimientos previos. Era, por tanto, la indagación la que me impulsaba a investigar teorías que pudieran dar respuestas al conmovedor mundo en el que estaba inmersa. Por tanto, la experiencia etnográfica, que ha durado 36 meses, ha tenido lugar hasta los momentos finales del análisis y elaboración de las conclusiones.

La segunda fase de la entrada en el trabajo de campo no fue complicada, ya que mi pertenencia al equipo del PAIEM, me liberó de la ardua tarea de gestionar la entrada. Sin embargo, debía tomar conciencia de mi nuevo papel como investigadora sin obstaculizar por ello la experiencia que venía realizando con los internos.

En la tercera fase de observación fui consciente de que no se construye el mismo conocimiento si es el representante del poder quien propone investigar, que si es un *otro* quien lo hace. Creo que en mi caso la relación que me unía al colectivo de los internos estaba construida desde la horizontalidad, facilitando el rapport y la empatía en nuestras interacciones. El hecho de que los actores sociales desconocieran el desarrollo de la investigación me dio la indudable ventaja de que se produjeran mínimos cambios en las interacciones con la investigadora.

En la cuarta fase de análisis, era consciente de que la producción de conocimientos no es una práctica aislada de la vida, sino que nos implica como sujetos en nuestra totalidad. Así, iba observando cómo se generaban en mí nuevos conocimientos y actitudes en mi interacción con los *otros*. Mi relación con los internos se enriqueció y mi relación con la institución se resquebrajó, al no observar solamente la realidad como había venido haciendo en los últimos años, si no, analizarla y reflexionarla también.

Sabiendo que la perspectiva desde la cual asumo un rol diferente en cada grupo de actores no es la misma, y de que he tratado de jugar conscientemente un rol en las diferentes prácticas desarrolladas, existe, sin embargo, una orientación común en medio del desempeño de funciones diferentes. Esto es, una intención en todos los casos, de llegar al corazón de la práctica, para lo cual las estrategias requeridas son diferentes pues dependen no solo de la voluntad del agente externo, participante periférico, sino también de la estructura establecida por los actores.

Soy muy consciente de que, en el terreno médico, la relación de autoridad se reconoce como desigual. El rol del médico (en mi caso de médica) es considerado como hegemónico y el de los internos como subalterno. Fue por tanto complicado para mí, establecer una distinción de lo que era una recogida de datos etnográfica de lo que era una relación terapéutica con los sujetos, debiendo vadear constantemente entre mi postura de saber y no-saber. El estar etnográfico ha respondido por un lado a la necesidad de observar el fenómeno y, por otro, de analizar las categorías y estructuras subyacentes que se sucedían a lo largo del proceso y que, de alguna manera, determinaban o influían sobre el funcionamiento global del sistema.

Siempre intenté tener presente que toda práctica tiene su porqué, y que mi papel como investigadora consistía en averiguar la lógica de cada comportamiento. Era necesario mantener un estado constante de análisis y reflexión sobre lo observado para llegar al fondo de las prácticas, y comprender por qué hacen lo que hacen los actores sociales. Estas observaciones me llevaban a plantearme nuevas preguntas y me iba dejando sorprender por los procesos que me conducían a través del terreno y se acumulaban desordenadamente en mi cuaderno de campo. Es entonces cuando vi la necesidad de reorganizar y analizar sistemáticamente mis anotaciones, con el fin de reconducirme hacia nuevas preguntas esenciales, que me permitieran seguir avanzando en el proceso. Debo reconocer lo sencillo que era dejarse llevar ante tanto estímulo provocador y olvidar averiguar el sentido, tanto real como simbólico, de las prácticas de los actores.

A estas disertaciones antropológicas, se dedicaba mi mente y le añadía la preocupación, de que el manifiesto interés afectivo por el fenómeno que había decidido estudiar, no me

impidiera ser objetiva en relación a lo observado. No puedo estar más de acuerdo con De Martino cuando afirma:

La objetividad del etnógrafo no consiste en fingir desde el principio de su trabajo que está por encima de las pasiones, con el riesgo de caer en pasiones mediocres y vulgares, dejar que influyan inconscientemente en el discurso etnográfico, como gusanos pululando dentro de un decoroso sepulcro de mármol; se basa, por el contrario, en el propósito de unir su viaje al reconocimiento explícito de una pasión actual, relacionado con un problema vital de la civilización a la que pertenece, a una dificultad de la praxis, a un estímulo de la historia condenada o de la *res gerendae*, y en contar cómo tal pasión se fue objetivando trabajosamente en el transcurso de la investigación etnográfica con la utilización posterior de las técnicas de análisis histórico cultural (De Martino, 1999:25).

Sin embargo, a pesar de que mi relación profesional y afectiva me proporcionaba un acercamiento productivo en relación al objeto de análisis, me fue imprescindible investirme del papel de investigadora, y observar el entramado de relaciones desde una distancia intencionada, al margen de las vinculaciones emocionales. Era necesario visionar la extensión del proceso desde el desapego y crear un sentimiento artificial de no pertenencia a la institución, para construir un conocimiento analítico.

3.6 Un campo de batalla

Como parte del proceso de investigación, me gustaría detenerme en algunas dificultades que he tenido en el trabajo de campo. Es bien cierto que desde los inicios de la investigación he mantenido una posición ideológica sobre lo observado, y no meramente científica; esto me ha posicionado en una indudable pérdida del distanciamiento antropológico necesario que se originaba en el hecho de estudiar mi propio contexto laboral. Me fue preciso, por tanto, idear una metodología que me permitiera el asombro ante la obviedad conocida y que mantuviera bajo control mis propias suposiciones sobre la realidad. Debía permitirme ser removida por el conocimiento de los *otros*, y cuestionarme la rigidez de mis propios valores y condicionamientos.

Esta tarea, que en sus inicios se me asemejaba titánica, comprobé, a través de la acción simbólica y hermenéutica de despojarme de la bata médica en nuestros encuentros relacionales, cómo me daba la grata posibilidad de escucharlos desde sus propias voces y no desde mis preconcebidas interpretaciones sobre el contenido de dichas voces. Ellos hablaban, callaban, gritaban o se enfurecían y yo me maravillaba de descubrir cada día nuevos matices

que me acercaban a sus propias lógicas alejadas de mi etnocentrismo científico. Y para mi sorpresa, descubrí cómo este nuevo posicionamiento me proporcionaba un entendimiento de mi propio proceso en la institución y me otorgaba el resquicio de pensar nuevas respuestas antes viejos planteamientos.

En mis encuentros con el equipo multidisciplinar, no pude ejercitar una acción simbólica que me despojara de mi rol de médica y me acercara a mi rol de investigadora. Yo seguía sentada en mi silla de siempre, con el mismo guion e informes técnicos de siempre, que debía intentar descifrar en clave de lógicas que pudieran expresar la reivindicación de los saberes profanos, sin desvelar abiertamente mi conflicto frente al sistema.

Como investigadora, una suele comprender que trata fundamentalmente con sujetos y estructuras que deben ser consideradas elementos constituyentes del estudio, pero que interactúan y entrelazan sus biografías y significaciones con las del propio investigador. En mi caso, esta objetivación en relación con el *otro* y sus prácticas ha generado un acercamiento en el día a día, ya que el desconocimiento de esta investigación por los actores me ha permitido analizar minuciosamente las acciones del *otro*, sin sentirse observado.

Sin embargo, yo debía realizar un esfuerzo por establecer mi labor investigadora, que se me hacía extraña cuando me sentía inundada por sus confesiones y sufrimientos. Con el paso de los meses, comprendí cómo la idea de una construcción conjunta en torno a una nueva perspectiva para el conocimiento sobre el tema me permitía ser a la vez investigadora y copartícipe en sus propuestas y pasiones. Este doble papel en la investigación demandaba por mi parte un alto grado de disciplina en el rigor científico y en la consideración de mi experiencia, como parte integrante del proceso.

Me tomó algún tiempo tomar conciencia sobre mi propia disidencia en la estructura de poder, y cómo esto influenciaba a la hora de observar y recoger los relatos. Desde siempre me resultó muy complicado aceptar las determinaciones del poder disciplinario sobre los internos, pero mi nuevo posicionamiento ante la estructura, desprovisto intencionadamente de mi legitimidad como médica, me hacía situarme irremediabilmente en el margen de los saberes profanos y cuestionarme inexorablemente los saberes *expertos*.

Acudía a las reuniones con los técnicos con la sensación de entrar en un campo de batalla semanal, donde debía intentar privilegiar las necesidades y solicitudes del colectivo de internos frente a la ejecución implacable de los acuerdos ya tomados de antemano según sus propias normas, y que no solían modificar en atención a las voces del colectivo al que sometían.

Más de una vez estuve tentada de abandonar mis reuniones semanales con los técnicos, ya que, a pesar de formar parte de ellos, me sentía cada día más alejada de sus lógicas y estructuras. Me sobrecogía un sentimiento contradictorio, cada vez que debía ceder ante la herramienta de poder ejercida indecorosamente, con el fin de no situarme fuera de sus dominios y provocar así una ruptura con el sistema. Debía mantener un delicado equilibrio entre lo que pensaba realmente y lo que expresaba abiertamente, pues si se hubiera sospechado mi verdadero posicionamiento, me habría sido imposible contribuir de alguna manera con mis aportaciones al tímido posicionamiento de los saberes profanos.

Yo continuaba asistiendo a las reuniones, a pesar de que el sistema me había desprovisto de capacidad de decisión y esto me permitía observar, desde la barrera, como este vacío en las decisiones médicas era usurpado por los diferentes técnicos que se adjudicaban dicha potestad, en la medida en que los otros se inhibían.

Por otra parte, es cierto que algunos profesionales marcamos preferencias por algunos *pacientes* como estrategia de poder, obviando a otros *pacientes* en la atención y en la afirmación. Caemos en la tentación de validar determinados comportamientos y descalificar otros según las experiencias vitales que despertaban en nuestro bagaje cultural. Tener conocimiento de este peligro, me llevó a indagar sobre experiencias colectivas significando a todos por igual, para poder conformar un modelo común a través de las historias individuales. Quizá debido a mi carácter reflexivo y emocional, me detuve especialmente en dar relevancia a las emociones y sentimientos que eran producidas en los encuentros, así como a observar sus disposiciones ante mi propio discurso médico, del que tuve que invalidarme y desconcertarme en numerosas ocasiones.

Han sido, pues, intensos meses de observación etnográfica en los que me he sentido en muchas ocasiones agotada por un sistema que no permitía la expresión libre de las intuiciones y sensaciones, de los silencios e inmovilizaciones. Se nos exigía formar parte de la maquinaria del poder y el pretender no hacerlo, les proporcionaba nuevos argumentos para relegarnos al mundo de la *sin razón*, enredándonos aún más en nuestros momentos de desánimo y perplejidades.

Fueron nuestros encuentros en el *recinto*, los que me hacían sentir de nuevo el convencimiento de que los saberes *expertos* no eran superiores a los saberes profanos y debíamos seguir reclamando nuestra posición ante el sistema. Nuestras risas, nuestros bailes, nuestras simplezas mantuvieron viva la intención, en muchos de ellos, de ser escuchados y reconocidos como un colectivo singular, investido de su propio proceso de razonamiento.

En este texto he intentado transmitir y describir cómo es el virulento medio que conforman las relaciones de los internos con la sociedad disciplinaria a la que se ven sometidos. Cómo la realidad observada, me ha ido indicando cual era la mejor forma de desentrañarla y cómo el tiempo de observación se convertía en una observación flotante al estilo de Colette Péttonet (1982), que no diferenciaba mis encontradas representaciones en la investigación.

3.7 Comprendiendo la producción social

La elección del método y técnicas utilizadas en la investigación ha obedecido fundamentalmente a la consecución del objetivo planteado: un análisis sobre los procesos que se producen y reproducen en una estructura de poder, en el contexto de una sociedad disciplinaria y cómo estos procesos pueden o no, ocasionar cambios en dicha estructura. Debía observar el fenómeno y analizar las categorías subyacentes que se sucedían a lo largo del proceso y configuraban la construcción del sistema.

Por tanto, he asumido un enfoque que pretende comprender simultáneamente la producción social de significados y la dimensión activa interaccional de los actores sociales en la construcción de sus acciones y, en última instancia, de la realidad social.

Inicialmente, mis propósitos de observación y recogida de datos partieron de preguntas generales con respecto a la naturaleza de las acciones y de la interacción social, observando representaciones y prácticas colectivas: ¿El sistema penitenciario daba respuesta a los escenarios delincuenciales de los *enfermos mentales* o simplemente contenía a los sujetos? ¿Los devolvía a la sociedad, homogeneizados y libres de almas propias? ¿Los internos se veían avocados a reorganizar su *enfermedad* y sus vidas en prisión? ¿El sistema se creía con la capacidad de dominar al *loco* o era el *loco* el que enredaba y los conducía a su *sin razón*?

En base a estas premisas, la observación participante, las conversaciones estructuradas, los relatos de vida y el análisis de lo observado han sido las principales técnicas empleadas.

3.7.1 El corazón de la investigación

La observación participante puede ser considerada como el corazón de la investigación etnográfica. Constituye un método imprescindible para comprender lo que la gente piensa, lo que hace y el por qué lo hace, frente a lo que dice que hace. Se hace necesaria una inmersión en el terreno del *otro* y una actitud auto-reflexiva implícita que acompañe esta tarea. Esta misma actitud es la que ha de llevar al investigador a cuestionarse su propio rol, y los conceptos y teorías desde la que aborda su inserción en una cultura diferente. El trabajo de

campo viene a ser la oportunidad de poner en cuestión la antropología, así como las ciencias de las que provenga aquel que las desarrolle. “La fuerza de estos cuestionamientos la da el haber surgido del contacto con la experiencia concreta de relación e interacción con una comunidad de personas” (Roberto Da Matta 1993:143).

Desde los años setenta, algunos etnógrafos han argumentado que las representaciones sobre uno mismo y las narrativas sobre cualquier hecho cultural dependen, entre otros aspectos, no sólo de la ubicación del informante, sino también de la del etnógrafo (Paul Rabinow, 1977; Renato Rosaldo, 1989). Los antropólogos han sido visualizados en su función de fabricantes de la otredad, quedando necesariamente atrapados en las políticas de la representación, debiendo implicar más que a la problematización narcisista del autor y su texto.

Consideramos, por tanto, que, en la observación participante, la antropología instrumentaliza las relaciones sociales con sus informantes, pero también ésta puede ser utilizada, por los actores en sus interacciones. Los informantes se reapropian de la presencia del antropólogo y pueden convertirle en un agente de prestigio y legitimidad externo.

Pero una cosa es recuperar el papel de los actores o asumir al antropólogo como autor, explicitando la reflexividad del investigador en el proceso etnográfico, y otra reducir la interpretación al punto de vista de los actores, ignorando las estructuras y situaciones que existen independientemente de la experiencia y conciencia de los actores sociales. Se hace necesario visibilizar los límites y presupuestos personales del antropólogo y de los otros actores sociales, sin menoscabar los procesos y estructuras implicadas.

El Hacer-se cómo el *otro* tiene sus riesgos, sus desafíos y sus posibilidades de conocer experiencias en la relación con el mundo. Implica que la propia corporeidad del investigador está en juego allí, modificando el lugar al que se va a observar participando, pero sobre todo experimentando dicho espacio con las diferentes dimensiones de la corporeidad: la subjetividad, la intersubjetividad, las características físicas y los sentidos.

Entre el ir y el volver del etnógrafo hay también un conocimiento que puede orientarse a identificar no sólo los significados que los sujetos dan al mundo y a sus prácticas, sino específicamente comprender cómo los *cuerpos* viven ese mundo, cómo lo sienten o cómo son capaces de moverse en él junto a los *otros*. Y a partir de ello, entre ese ir y regresar del etnógrafo, se puede producir un distanciamiento crítico que permite revelar aquellas contradicciones inscriptas en los procesos de estructuración social cuyas prácticas se plasman atravesando los *cuerpos* y las emociones.

En este contexto, la observación participante constituye una herramienta privilegiada para la descripción detallada y sistemática que implica, no sólo escribir como si fuese una fotografía

de lo social, sino además el aprendizaje del mundo de los *otros*, su inmersión e implicación corporal en el mismo desde sus disposiciones corporales a sus sentidos (Bárbara Kawulich, 2005; Adrián Scribano, 2008). Así, el etnógrafo se inmiscuye de manera *natural* en el juego de las relaciones sociales, y actúa no solo como investigador, sino también desde los distintos lugares y facetas en que puede ser visto por el grupo. Un modo de obtener información que de alguna manera captura o atrapa al sujeto investigador, apropiándose de su propio *cuerpo*, de su personalidad y de su propia situación social hasta lograr hacerlo sumergir física y ecológicamente en el lugar mismo en el que los sujetos investigados miran y responden al mundo. En otro sentido, para Goffman (2001) esto supone cierta modificación corporal que permite acercarse a los sujetos desde donde se pueden registrar sus respuestas gestuales, visuales y corporales respecto de sus actividades y acciones.

Ahora bien, es relevante para la perspectiva que aquí asumo, destacar que tanto la descripción de los sujetos y sus espacios, de sus prácticas y gestos, como el aprendizaje del investigador *in situ*, implican condiciones materiales de vida, disposiciones corporales y formas de ver el mundo ancladas en sentidos configurados socialmente. Más aún, las posibilidades de lograr *rapport* en el vínculo se encuentra en íntima relación, con los modos de estar de quien observa.

Cuando, al inicio de mi investigación, me planteé que preguntas debía formularme, fue Geertz (1998) quien me dio la clave etnográfica. Debía preguntarme sobre todo aquello que diera sentido y valor a las prácticas observadas. El análisis debía consistir en desentrañar las estructuras de significación y en determinar su campo social y su alcance. La etnografía pasaba a constituir una descripción densa, donde lo que encara el etnógrafo es una multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, superpuestas o enlazadas entre sí, no explícitas y que el etnógrafo debe captarlas primero, para poder explicarlas después.

Geertz afirma que la vocación esencial de la antropología interpretativa es:

[...] no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros, qué guardaban otras ovejas en otros valles, y así permitirnos incluirlas en el registro consultable de lo que ha dicho el hombre (Geertz, 1994:40).

El antropólogo debe pues, participar más que observar, buceando en la realidad observada, desentrañándola y haciéndola accesible al mundo conceptual. La descripción densa, propuesta por Geertz, consiste pues en interpretar y buscar las significaciones de la realidad minuciosamente investigada, quedando patente el *yo* del etnógrafo en el discurso

reflexionado. Es un intento de comprender la cultura colectiva sin reducir las particularidades, siendo lógicos y singulares a la vez.

Toda esta observación participante iba quedando reflejada diariamente, en mi cuaderno y diario de campo personal. En este último, vertía mis conflictos cotidianos, mis emociones y mis sentimientos, a modo de acompañamiento etnográfico según las recomendaciones originales de Bronislaw Malinowski (1922), en relación a la práctica de la antropología moderna. Los cambios de ritmo o de dirección en la investigación, así como las decisiones vinculadas a la participación en las prácticas intervencionistas en las que me veía envuelta, eran recogidos minuciosamente en mi diario.

Cada día era necesario destinar una o dos horas a la transcripción de lo observado. Esta práctica habitual me permitía replantearme y cuestionarme la idoneidad de las técnicas empleadas, en función del análisis de los datos. Me permitía registrar los elementos que configuraban la realidad, así como las manifestaciones no verbales que habían acompañado el discurso de los actores y el mío propio.

Especialmente sugestiva me parece la *Observación flotante* sugerida por Pèttonet (1982), que alude a la naturaleza líquida de la realidad social urbana. Propone una etnografía en la que el etnógrafo se sumerge en la marea de los acontecimientos sociales y se deja llevar por sus dinámicas hasta convertirse en parte de ellas. Consiste en mantenerse vacante y disponible, sin fijar la atención en un objeto preciso sino dejándola flotar, para que las informaciones penetren sin filtro, sin suposiciones previas, hasta que hagan su aparición puntos de referencia.

De esta manera he podido apropiarme de una observación, (entendiendo el centro penitenciario como una metáfora de una realidad social urbana) que buscaba estudiar fenómenos no planificados ni provocados, en un escenario cuyas condiciones no habían sido manipuladas previamente, sin descartar más adelante el recurso de la entrevista. Por medio de esta técnica, me ha sido posible captar la actividad social en espacios públicos, constatando las dinámicas de sus actores en un continuo fluir de prácticas y configuraciones estructurantes.

3.7.2 Silencios y palabras

Las entrevistas en profundidad o conversaciones abiertas, como prefiero llamarlas, resultaron ser una técnica imprescindible, ya que las producciones discursivas así obtenidas fueron un material privilegiado para el análisis.

Como técnica inicial, me he aproximado a mi objeto de estudio a través de conversaciones abiertas individuales, que dieron paso a entrevistas grupales que enriquecieron en gran medida la investigación. Mediante esta técnica comenzaba a comprender sus lógicas internas y contrastaba datos obtenidos en las entrevistas individuales. Pude comprobar como en estas conversaciones grupales cada uno mantenía un rol determinado y no existía ninguna voz hegemónica en el discurso.

Me parece relevante destacar, dado mi rol de terapeuta, la distinción entre las entrevistas de investigación social y las entrevistas terapéuticas y clínicas. La entrevista clínica favorece un saber privado, capaz de estructurar y estabilizar una determinada acción personal (Luís Enrique Alonso, 1998). En cambio, la entrevista de investigación social pretende lograr el conocimiento de sentidos y procesos sociales. En el transcurso del estudio me fue necesario mantenerme alerta a este respecto, fundamentalmente a la hora de posicionarme en mi versátil rol.

Entre las diversas variantes de la entrevista no directiva utilizadas en la investigación social, he optado por la entrevista en profundidad. Entiendo la entrevista en profundidad como un proceso comunicativo mediante el cual no sólo se obtiene información de una persona, sino que, a la vez, se pone en marcha la construcción del sentido social de la conducta del sujeto, con el objeto de dar sentido a las prácticas de los actores sociales. Ello se debe, entre otras cuestiones, a que el relato producido en el marco de la entrevista en profundidad es una expresión personal estructurada tanto por hábitos lingüísticos como por estilos de vida.

Por ello, entiendo que la entrevista abierta en profundidad es un instrumento muy útil para el análisis de prácticas discursivas y procesos de producción de sentido que tienen lugar en el marco de la vida cotidiana (Mari-Jane Spink, 1999). Como señala Joelle Bergere Dezaphi (1989), si el investigador pretende ocuparse de las relaciones sociosimbólicas, la actitud no directiva en la entrevista constituye el procedimiento más adecuado. La riqueza informativa intensiva, holística, contextualizada y personalizada; la flexibilidad, la posibilidad de indagación por derroteros imprevistos, la intimidad y el acceso a la información cualitativa de difícil observación, constituyen las principales características de las entrevistas en profundidad (Miguel Vallés, 1999).

Sin embargo, la principal aportación de la entrevista personal para el presente estudio probablemente ha sido la posibilidad de reconstruir el sentido que el sujeto otorga a sus prácticas sociales, así como el lugar que ocupa en cada uno de los ámbitos en los que participa.

Si bien he definido la entrevista en profundidad como una técnica, es evidente que sus definiciones y usos cambian según las perspectivas epistemológicas, teóricas y metodológicas adoptadas en estudios concretos. En este estudio, asumo una perspectiva no representacionista para pensar la producción del conocimiento, basada en la innegable idea de que la realidad es, fundamentalmente, una construcción social.

Partiendo de la hipótesis de que el acercamiento a los sujetos con quién se realiza la etnografía es mayor si utilizamos como guía en la construcción textual la manera de comunicar que ellos emplean, Susan Sontag (1997) nos dice que a medida que disminuye el prestigio del lenguaje, aumenta el del silencio. Añado que el prestigio del silencio aumentará, entre otras cosas, representándolo. Entiendo por tanto el concepto holístico del lenguaje que engloba tanto sus expresiones como sus silencios.

Desde esta óptica, la entrevista es, en sí, una práctica discursiva y, en consecuencia, social. Así, afirmamos con Alonso que:

La entrevista abierta no es, por tanto, un simple registro en el que el investigador hace de fedatario de los hechos; es “el arte del vínculo” – del vínculo biocognitivo que une experiencia y narración, y del vínculo comunicativo que une a entrevistador y entrevistado - y, por tanto, es un juego de estrategias comunicativas, una invención dialógica, es un género discursivo, que antes que someternos a las reglas del lenguaje debe dirigirnos a los usos y a los contextos, a los usuarios y los enunciadore, esto es, a los sujetos como actores sociales (Alonso 1998:71-72).

Ello me supuso romper con la verticalidad relacional, característica de la epistemología lógico-formal. Desde este enfoque, el conocimiento de lo social se desarrolla entre sujetos en una dialéctica relacional, en la que cada uno participa con sus respectivos cuadros de referencia. Tal dinámica requiere la comprensión del investigador no sólo respecto al objeto, sino también la que concierne a sí mismo, ya que la interacción dialéctica que se produce en la investigación transforma tanto al actor investigado como al sujeto que investiga.

Las entrevistas realizadas han consistido en entrevistas abiertas en profundidad. Sin embargo, en ningún momento he establecido preguntas fijas, ni la forma u orden en que los temas de interés deberían ser abordados. Las entrevistas se han caracterizado en todo momento por la apertura y la no direccionalidad. He guiado mis intervenciones por una escucha ajustada a los actores sociales y, al mismo tiempo, a las especificidades de cada sujeto y colectivo.

Decir que el carácter abierto de las entrevistas no era marcado solo desde mi papel de investigadora, sino que, en las entrevistas grupales, eran ellos los que iban direccionando las preguntas a investigar.

La cantidad de entrevistas realizadas con cada sujeto ha estado condicionada, o bien por el criterio de saturación de Daniel Bertaux²³ (1980), o bien por la movilidad de los sujetos (problema particularmente relevante en el colectivo de los internos, que eran conducidos por la DGIIPP a otra prisión sin previo aviso y sin causa aparente). El número de entrevistas en el colectivo de internos ha oscilado entre dos y tres y la duración aproximada de cada entrevista fue de 90 minutos, aunque en algunos casos la entrevista fue de unos 45 minutos, debido a la férrea estructura horaria a la que estábamos sometidos.

Las entrevistas han tenido lugar en un despacho del departamento de enfermería, siendo consciente, de que este hecho provocaba un sesgo en los individuos, que era necesario compensar por mi parte con la horizontalidad y la construcción de los saberes profanos. En otras ocasiones se producían en el espacio del *recinto*, e incluso en alguna oportunidad en el espacio íntimo de la celda del interno donde se producían más confidencias. Toda la información obtenida en las entrevistas, la he ido registrando en pequeñas fichas relativas a cada sujeto. Allí he ido anotando, por un lado, aspectos biográficos; contextualizaciones sociales como la edad, el sexo, la existencia o no de una red social de apoyo en el exterior, la formación académica y los años de condena; aspectos relacionados con su historial biomédico, como la existencia o no de tratamientos y el número de ellos, declaraciones y opiniones de cada sujeto; y observaciones e impresiones que provocaban en mí la interacción con los actores.

El conjunto de entrevistas ha sido de 120 horas fueron analizadas íntegramente. Tras cada entrevista, he realizado una descripción minuciosa de la sesión en mi diario de campo. Con este procedimiento he logrado registrar los elementos del contexto, las manifestaciones no verbales que habían acompañado el discurso de los actores y el mío propio, los gestos, las angustias, los silencios prolongados o la rabia y la frustración expresados a través de manifiestos gestos de impotencia.

En un primer momento, comencé realizando transcripciones literales del discurso de los actores. Luego me di cuenta de que dicho procedimiento podría dificultar la comprensión de las entrevistas por parte de lectores ajenos a las lógicas del colectivo de internos, teniendo en cuenta la peculiaridad y la aparente *incoherencia* del discurso en algunas ocasiones.

El repertorio lingüístico de los sujetos venía marcado por el uso de la jerga contextual y existían manifiestos errores de concordancia y deterioro del lenguaje. Por este motivo, opté,

²³El concepto de punto de saturación es definido por Bertaux como “[...] el fenómeno por el que, superado un cierto número de entrevistas (biográficas o no), el investigador o el equipo tienen la impresión de no aprender ya nada nuevo, al menos por lo que respecta al objeto sociológico de la investigación” (Bertaux, 1980:156-157).

en determinadas ocasiones, por mantener la literalidad del contenido y me permití la licencia de introducir pequeños cambios de forma como la supresión de palabras incompletas o el uso de palabras inteligibles. Aparte de estos procedimientos, a lo largo de las transcripciones he registrado los elementos discursivos y extradiscursivos que consideraba significativos como la entonación, las pausas prolongadas [] o las intervenciones externas.

Las entrevistas con el colectivo de los técnicos no tuvieron un carácter formalmente reglado. La mayor parte de la información con respecto a los técnicos y funcionarios de vigilancia se desprende de la observación atenta, minuciosa y extrañada que he llevado a cabo en la totalidad de los espacios y ámbitos de actuación.

Por último, decir que las entrevistas grupales que tenían lugar en nuestras reuniones me proporcionaron una ingente cantidad de información, en relación a los juegos relacionales que se producían entre aquellos sujetos que se veían doblegados por el sistema y aquellos otros que ejecutaban estrategias de resistencia ante el mismo. Estos espacios de intervención colectiva me han permitido contrastar la producción discursiva individual obtenida en las entrevistas con los discursos colectivos.

3.7.3 Interpretar y definir el mundo

En la búsqueda incesante de la significación de la realidad, se imponía la indagación de una perspectiva metodológica capaz de dar cuenta de la interacción dialéctica entre historia individual e historia social, en la configuración de las prácticas de los sujetos. Con este propósito, considero que la adopción de una perspectiva procesual e ideográfica era la más productiva para delimitar las transformaciones sociales en curso vinculadas a los fenómenos que pretendía analizar, así como el modo en que los actores sociales experimentan y hacen frente a estos procesos. Según Franco Ferrarotti (1983), las bases epistemológicas del método biográfico son una forma de razón dialéctica capaz de comprender la praxis sintética que rige la interacción entre individuo y sistema social. Coincido con este autor en que:

[...] toda praxis humana individual es una actividad sintética, totalización activa de un contexto social. Una vida es una praxis que se apropia de las relaciones sociales, las interioriza y las retraduce en estructuras psicológicas por su actividad desestructurante–reestructurante (Ferrarotti, 1983:128).

Desde esta óptica, los relatos de vida nos sitúan precisamente en la tensión entre la dimensión normativa de la acción y las posibilidades de cambio. La amplia tradición del uso de historias de vida en estudios sobre desviación social y procesos migratorios sugiere que es una técnica

especialmente interesante para investigar procesos de marginalización, crisis, cambio y movilidad social. La adecuación de la perspectiva biográfica a los objetivos de mi investigación, creo que se refleja en la siguiente afirmación de Francoise Morin:

[...] si se pregunta a alguien sobre los fenómenos de ruptura, de anomia, de crisis que estas mutaciones rápidas engendran en los que participan en estas nuevas formas de vida, la historia de vida puede permitir dilucidar las selecciones de un determinado número de estrategias para paliar los desequilibrios y convulsiones de estos cambios demasiado bruscos. El proceso biográfico, en ese caso, está ligado a una dinámica de cambio [...] y se convierte en revelador de interacciones, de conflictos y de retos sociales y políticos (Morin, 1980:100).

Los relatos de vida me han posibilitado una investigación diacrónica, privilegiando la historia de los sujetos y, más específicamente, sus trayectorias de vinculación y desvinculación en relación al sistema en el que están inmersos, como pauta metodológica del análisis del contenido. Los relatos que la gente cuenta sobre su vida personal hablan de lo que hacen, sintieron, les sucedió o las consecuencias que ha tenido una acción, habitualmente contextualizado en relación a los *otros*. La narrativa expresa la dimensión emotiva de la experiencia, la complejidad, relaciones y singularidad de cada acción.

Con el análisis de las narrativas se capta lo vivido de forma subjetiva por el sujeto y la manera en que los individuos interpretan y definen el mundo que les rodea. Los relatos de vida son pues, constructivistas, debido a una continua atribución de significados a las historias que se reconstruyen en torno a un contexto. El acercamiento a las experiencias recogidas ha pretendido priorizar un análisis pormenorizado de los factores que intervienen en los procesos de adaptación o resistencia frente al sistema, llevados a cabo por los sujetos.

Para Jorge Aceves la investigación biográfico-narrativa:

[...] emerge como una potente herramienta, especialmente pertinente para entrar en el mundo de la identidad, de los significados y del saber práctico y de las claves cotidianas presentes en los procesos de interrelación, identificación y reconstrucción personal y cultural (Aceves, 2001:11).

Se trata de otorgar toda su relevancia a la dimensión discursiva de la individualidad, y a los modos cómo los humanos vivencian y dan significado a su mundo, mediante el lenguaje. El juego de subjetividades que se producen en un relato biográfico, basado en un diálogo consigo mismo y con el oyente en busca de una verdad consensuada, es un proceso dialógico, privilegiado, de construcción de comprensión y significado. Es una manera de hacer aflorar y priorizar un yo narrativo y dialógico, con una naturaleza relacional y comunitaria.

Para Antonio Bolívar (2002), la narrativa no sólo expresa importantes dimensiones de la experiencia vivida, sino que, más radicalmente, media la propia experiencia y configura la construcción social de la realidad. Jerome Bruner (1988), nos señaló que la narrativa no es sólo una metodología sino una forma de construir realidad, apropiarse de ella y de sus significados particulares y colectivos, es otra forma de conocimiento igualmente legítima. La reconstrucción biográfica es un juego de intersubjetividades que emerge esencialmente de la persona y de su testimonio, ya sea oral u escrito. No es ya sólo contar, sino dialogar (consigo mismo y con el investigador) y negociar el significado, escribir para facilitar la comprensión y llegar a un nuevo saber dialéctico compartido entre informante e investigador.

El análisis de los relatos aspira a subrayar la complejidad de la red de relaciones entre diferentes territorios, instituciones, prácticas, actores sociales y procesos de significación. Considero que es precisamente la articulación de dichos elementos lo que puede actuar como motor de procesos de adecuación o desobediencia, así como contribuir a la configuración de nuevos espacios de producción por los diferentes actores.

El relato de vida, delimitado por el objeto de estudio y la observación del contexto, no ha perseguido tan sólo la consecución de la lógica interna de la vida de los sujetos, sino que ha buscado configurar, experiencias colectivas a través de relatos individuales y construir lo social a partir de lo individual.

No escuchamos sólo al *enfermo* sino a su contexto y la influencia del contexto en las narrativas. Se trata de analizar el simbolismo y la significación de los propios sujetos, reproduciendo la versión de los fenómenos sociales en los que están inmersos. Consiste en un análisis de las voces como ideario colectivo con una descripción minuciosa y una comprensión más profunda de cómo influye la institución en sus procesos individuales. Con las narrativas escuchamos al *enfermo*, al contexto y a la influencia del contexto en la narrativa de la *enfermedad*; no es por tanto una vivencia pura sino un discurso elaborado en un contexto particular.

Se estudian narrativas de transformación de sujetos situados en una posición de disidencia respecto al orden social establecido, asignando el sentido de lo vivido y buscando significaciones. Aspecto simbólico e interpretativo donde se reproducen la visión y la versión de los fenómenos por los propios individuos en el proceso, indagando sobre experiencias colectivas y sociales que se repitan conformando una especie de modelo único a través de historias individuales.

Con el relato de vida “permitimos existir al *enfermo* antes del criminal, a la persona antes del delincuente” Byron Good (1990:128). Para este autor, narrar sitúa al sufrimiento en la

historia al ubicar los eventos en un orden significativo de tiempo. Para él, la narrativa está organizada en relación con las contradicciones estructuradas en las sociedades y, también, con la indeterminación que se evidencia mediante periodos de ruptura y crisis. La estrategia de Good sería mostrar la viabilidad de una orientación hermenéutica en el análisis del sufrimiento y la enfermedad, que no sea dependiente del empirismo acrítico de la biomedicina. El objeto es el sufrimiento humano como forma de experiencia que mueve a la elaboración de narrativas cuya función es remodelar la realidad y afrontar lo inesperado.

Sin embargo, puede existir una limitación de las formas simbólicas para dar cuenta de experiencias que involucran sensaciones corporales y sentimientos. La experiencia excede su objetivación en formas simbólicas, nos dice Good. No obstante, la enfermedad tiene una estructura narrativa. El intérprete de este tipo de relatos se encuentra, pues, ante la situación paradójica de reducir la experiencia a la textualidad, aun cuando la primera desborda siempre las limitaciones del lenguaje y el campo narrativo. Es el eterno dilema entre hermenéutica y fenomenología, entre significado y experiencia.

Por su parte, Michael Taussig (1995) más acorde con la interpretación de la enfermedad que hacen los *enfermos mentales* con los que he estudiado, señala la instrumentación política de la biomedicina y analiza el proceso de enfermar desde el contexto en el que se sitúan los actores. El autor observa una tendencia de la biomedicina a la reificación de los fenómenos, constituyendo los signos y síntomas como realidades sociopolíticas que permiten entender que el sistema capitalista tiene una forma particular de enfermar los *cuerpos*. Esta reificación de los procesos, alejan al sujeto de las significaciones con las que dota su propio proceso de enfermar.

El *cuerpo* sería una expresión de las relaciones sociales y por lo tanto se debe considerar la forma de vivir el dolor y el sufrimiento como una experiencia de corte individual. Para Taussig, sistemáticamente desde la biomedicina se niega que en estos procesos queden implicados las formas sociales de diferenciación y los contextos históricos particulares.

El interés también reside en la interacción de constructos sociales y personales del padecimiento. Éstos son generados por pacientes, médicos y otros actores; todos ellos sustentan creencias y prácticas culturales que influyen en la autorepresentación y en el posicionamiento social de manera semejante al *campo* de Bourdieu, entendido como espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. Para quienes padecen, las narrativas pueden ser ensayos contestatarios de significado que requieren de giros en los modelos conceptuales, así como en las posiciones sociales relativas y en las expectativas (Laurence Kirmayer, 2000). Así, las narrativas son a menudo generadas

mediante un diálogo intersubjetivo que articula al padecimiento y sus efectos en el contexto más amplio de la vida social. Desde esta perspectiva, narrar el padecimiento es también un proceso tendente a reconstruir el mundo vivido (Good, 1990).

Sin embargo, plantear la biografía como técnica, exige reflexionar sobre las implicaciones y dificultades epistemológicas y metodológicas a las que es necesario hacer frente.

Entre ellas se encuentran la cuestión relativa a la reconstrucción del pasado desde el presente, resaltando las sobredeterminaciones de la memoria y los condicionantes subjetivos y objetivos que intervienen en la estructuración de los recuerdos y olvidos. Es necesario establecer una clara diferencia entre lo vivido y lo narrado, entre la producción discursiva de una biografía y la vida misma. La consideración de la dinámica entre lo individual y lo colectivo implica considerar al individuo como vía de acceso al conocimiento de procesos grupales.

Por último, debemos reconocer que la labor de la investigadora supone una reconstrucción desde una posición de asimetría con relación a los informantes y de una labor de distanciamiento y reflexividad, pese a la importancia de la horizontalidad relacional para las entrevistas biográficas.

He procurado mantener una reflexión profunda sobre todas estas cuestiones a lo largo de mi investigación, poniendo especial énfasis en el contexto en el que se produce la narración.

Entendiendo que la construcción de las prácticas y de la propia subjetividad está marcada desde el inicio por el contexto sociosimbólico, institucional y estructural en el que se encuentran los distintos sujetos, me pareció imprescindible extender el análisis a los condicionantes de la producción de este sentido. De ahí la importancia de reconstruir la dinámica subyacente al relato, y restituir los juegos sociales que atraviesan la producción subjetiva del *yo*. Como observa Daniel Bertaux:

[...] lejos de fetichizar la biografía entera como historia única de un individuo único portador de la inefable condición humana, la perspectiva biográfica debe criticar la “ideología biográfica” y reconocer, por el contrario, que cada vez más, en las sociedades que anima el movimiento incesante del capital, los hombres y mujeres tienden a ser desplazados como peones, trasladados de una región a otra de las relaciones de producción, del territorio, del medio sociocultural (Bertaux, 1980:162).

Desde esta óptica, se sitúa el relato de vida como adscripción de sentido “a posteriori”, que implica intentos de síntesis y, simultáneamente, contradicciones, selección de informaciones y olvidos sobredeterminados por las condiciones de producción del discurso y sus relaciones

con la estructura social. Sobredeterminaciones que se actualizan en la situación de entrevista interviniendo sobre la estructuración del recuerdo y la producción de la historia de los sujetos en el contexto de la investigación.

En esta línea, los planteamientos de Foucault (1973) en *El orden del discurso* son esclarecedores. Al poner el acento sobre las condiciones de producción del discurso, nos ofrece herramientas para entender por qué los informantes hablan sobre determinadas cosas, por qué callan o por que repiten sobre otras cuestiones. A esta consideración es importante añadir que el investigador debe tener una sensibilidad crítica en relación a los condicionantes sociales y culturales de la producción del relato, de la escritura y de la lectura de biografías.

Opino que el tipo de historias que se cuentan y la propia disposición de los sujetos para contarse, están determinados, en gran medida, por el contexto social y cultural en el cual los sujetos están inmersos. Además, es crucial mantener una vigilancia rigurosa sobre los efectos que la labor de movilización de los discursos y su posterior reconstrucción puede producir, puesto que el uso de biografías implica una doble reconstrucción: primero la que hace el informante al relatar lo vivido y, luego, la que hace el investigador al analizar y producir su propio discurso sobre los discursos recogidos.

Por último, destacar la preocupación que me ocasionó el reflexionar hasta qué punto podemos conocer las prácticas a través de los discursos, más allá de las prácticas discursivas. Decir que me sitúo en el modelo teórico de Eduardo Crespo (1991), que explica cómo la productividad del análisis de los discursos biográficos dependen de su encaje en una teoría de la acción que explique la producción social de significado y permita dar cuenta de la relación entre estructuras y prácticas y en el mantenimiento o transformación de las circunstancias de la realidad en la que se sitúan. Este enfoque exige vincular los aspectos subjetivos de la construcción de los discursos y prácticas de los actores, a las dimensiones sociosimbólicas y estructurales en las que están inmersos, así como restituir la dinámica del espacio social en el que se encuentran.

3.7.4 La función social del discurso

El texto de la tesis se asienta sobre las reflexiones y el análisis que ha provocado todo el proceso de la interacción, prácticas y discursos de los actores sociales. La primera consideración respecto al procedimiento analítico remite al proceso de selección de datos. Debido a la ingente cantidad y a la cualidad del material obtenido en la observación participante y en particular en la observación flotante, me ha sido bastante complejo transcribir todas las sensaciones percibidas. ¿Cómo trasladaba los silencios, las miradas

cómplices, sus corporalidades, sus taciturnas súplicas o sus conformidades obligadas y embarazosas?

Es por eso, que el texto presentado está basado en el análisis de las entrevistas en profundidad, en los relatos de vida y en la interacción de los actores sin obviar la información no lingüística que sonaba como música de fondo durante todo el proceso, y que era recogida minuciosamente en el diario de campo y en las fichas individuales, las cuales han jugado un papel fundamental en la reconstrucción de las dinámicas que rigen la estructuración de los relatos.

Este material ha sido imprescindible para restituir los condicionantes sociales y subjetivos que atravesaban la producción discursiva fruto de las entrevistas. Decir también que, en todo momento, me he guiado por la búsqueda de factores explicativos de las diferencias y pautas comunes, es decir, de la tensión entre homogeneidades y heterogeneidades, encontradas en cada una de las dimensiones (individual y colectiva), teniendo en cuenta la posible permeabilidad entre los grupos de actores sociales estudiados.

Compaginando el interaccionismo simbólico, que analiza el sentido de las prácticas desde la perspectiva de los actores y pone el énfasis en la importancia del significado, los datos obtenidos se han analizado a su vez relacionando el contenido de los discursos de los actores con sus prácticas cotidianas y el contexto en los que ambos se originaban. Con este fin, me he apoyado en el enfoque sociohermenéutico de análisis del discurso propuesto por Luís Enrique Alonso (1998), que privilegia la situación y la contextualización social e histórica de la enunciación.

Desde esta perspectiva, el análisis del discurso no consiste en un análisis interno de textos: ni lingüístico, ni psicoanalítico, ni semiológico. No se trata de buscar ningún tipo de estructura subyacente de enunciación, ni de sintaxis combinatorias. Como destaca Alonso, lo que se trata es de emprender “la reconstrucción del sentido de los discursos en su situación micro y macrosocial de enunciación” (Alonso, 1998:202). Por tanto, la tarea consiste en analizar cómo la realidad social construye los discursos y cómo los discursos construyen la realidad social.

Tal enfoque implica un desplazamiento del interés por la dimensión estructural del discurso hacia sus funciones sociales, cognitivas e históricas. Y ello supone contemplar los contextos sociales e institucionales que enmarcan la producción discursiva analizada. Alonso subraya que la interpretación como comprensión social del texto nos remite a una pluralidad de órdenes comunitarios complementarios:

[...] una comunidad lingüística que enmarca la polisemia de los enunciados; una comunidad cultural en la que se atribuyen los sentidos a las acciones simbólicas; una comunidad histórica que recorta temporalmente los signos; y una comunidad sociopolítica que determina los poderes y los grupos desde los que se enuncian y se leen los mensajes (Alonso, 1998:213).

Según este autor, estos son los órdenes en los que se producen la codificación de los enunciados y la decodificación de los sentidos de los discursos, así como el encuentro entre el horizonte del texto y el horizonte del investigador que lo va a interpretar. En mi caso, el acercamiento a los discursos analizados estuvo marcado por una perspectiva de base interpretativa y, en este sentido, hermenéutica y dialógica, en la medida en que ha intentado contemplar las diversas voces que participan en la construcción de los textos recogidos.

En lo que se refiere a los procedimientos técnicos, en un primer paso he realizado numerosas lecturas del material, que me llevaron a la construcción de un esquema analítico inicial basado en ejes temáticos muy amplios. Después de realizar una división temática del material, procedí a un análisis categorial y semántico pormenorizado mediante la técnica de análisis de contenidos de Laurence Bardin (1986), buscando identificar repertorios interpretativos (Jonathan Potter y Margaret Wetherill, 1988) comunes y disonantes.

A juicio de Bardin, el análisis de contenido es un conjunto de instrumentos metodológicos, aplicados a lo que él denomina como discursos (contenidos y continentes) extremadamente diversificados. El factor común de estas técnicas consiste en una hermenéutica controlada, basada en la deducción.

En tanto que esfuerzo de interpretación, el análisis de contenido se mueve entre dos polos: el del rigor de la objetividad y el de la fecundidad de la subjetividad. Disculpa y acredita en el investigador esa atracción por lo oculto, lo latente, lo no aparente, lo potencial inédito, lo no dicho y que está encerrado en todo mensaje. Según este autor, el mayor interés de este análisis de contenido reside en la obligación que impone, de prolongar el tiempo de latencia entre las intuiciones o hipótesis de partida y las interpretaciones definitivas.

Para el autor los procedimientos de análisis de contenido obligan a fijar un tiempo entre el estímulo-mensaje y la reacción interpretativa, frente a la intuición fácil y azarosa. Esta técnica se constituye en un instrumento de respuesta a esa curiosidad natural del hombre por descubrir la estructura interna de la información, bien en su composición, en su forma de organización o estructura, bien en su dinámica. Así, centra su búsqueda en los vocablos u otros símbolos que configuran el contenido de las comunicaciones y se sitúan dentro de la lógica de la comunicación interhumana.

No menos importante me parece el tema sobre la literatura antropológica y sobre el que tan brillantemente reflexiona Geertz (1989). La intención del autor no es ajena al resultado que presenta de su investigación. En algunas cuestiones como la pureza, la objetividad o la cualidad se pierden. En otras se gana, si quien escribe es consciente de lo que hace, además de aportar el bagaje académico y experiencias de que disponga, evitando que la propia escritura llegue a convertirse en “[...] un artificio retórico destinado a mover mercancías intelectuales en un mercado competitivo” (Geertz, 1989:152).

Y ese bagaje al que me refiero es el que cuestiona la propia epistemología antropológica. Ya no se trata tanto del método, del cómo nos acercamos a las diversas realidades culturales humanas, sino por qué lo hacemos, desde qué hipótesis, con qué objetivos o con qué resultados:

El análisis de cómo consigue sus efectos y cuáles son éstos, de la antropología escrita, no puede seguir siendo una cuestión marginal, minimizada por los problemas de método y las discusiones teóricas (Geertz, 1989:158).

Desde el comienzo de *El antropólogo como autor*, Geertz nos habla sobre la relación entre el arte de la comprensión y el arte de la presentación, en una antropología tan íntima que ambas partes resultan básicamente inseparables. Para Geertz aceptar una vertiente literaria en la escritura antropológica es fácil, lo difícil proviene de sus implicaciones teóricas, es decir, reconocer que una parte importante de la tarea consiste en la construcción de una identidad textual, la firma o medio por el cual el autor se manifiesta en el texto.

Si aceptamos que la etnografía está inexorablemente ligada a la escritura, parece interesante reflexionar sobre los procesos de producción de la escritura etnográfica, las relaciones de poder implícitas en la función de la autoría, y las distintas estrategias de representación de la realidad empleadas en la escritura. Una de las principales preocupaciones de Geertz es la manera en que el escritor se impone al lector, cómo funda su autoridad. El argumento clave para el autor, es que estos modos de dominación de la antropología se establecen a través de una determinada construcción textual, estableciéndose una relación de poder y lenguaje. Conviene entonces analizar la manera de escribir de Geertz y cómo él no hace ningún intento de reflexividad, lo cual es coherente para un autor que piensa que la subjetividad del escritor no puede ser reducida.

Según Geertz, la comprensión de los textos etnográficos proviene de un contrato narrativo, que se establece entre el escritor y el lector y que se soporta en unos presupuestos que son, a la vez, sociales, culturales y literarios. Es posible que los hechos hablen por sí mismos, pero

para comprenderlos deben hacerlo en nuestra lengua y remitir a nuestros parámetros. El problema de crear discursos convincentes es en gran parte un problema literario, y ello se hace evidente cuando se utiliza un enfoque testimonial. En este sentido, las diferencias entre el *yo* que los autores crean se corresponden con la forma textual empleada, al igual que esta última es definida por el *yo*. La recreación de un espacio narrativo, especialmente la creación de una retórica particular que reafirme el haber estado allí acentúa la elección de unos recursos literarios discursivos que estructuren y enmarquen el relato.

Ha sido por ello una constante en mi quehacer narrativo, evitar que la visión subjetiva hiperautorial, no coloreara los hechos objetivos no autoriales, estableciendo una tensión entre la mirada fría y distante del físico y la hiperpresencia del autor romántico. Creando una antropología humanista que rompiera la brecha con los *otros*, pero a la vez tomando una distancia prudencial y persiguiendo una descripción minuciosa a modo de novela realista que construya textos científicos a partir de experiencias etnográficas.

Soy consciente de una manifiesta presencia autorial en el texto que pudiera despertar dudas sobre la científicidad y objetividad de lo investigado. Sin embargo, creo como Geertz que la creación de una identidad textual dota al texto de una mayor credibilidad y humanismo. Humanismo preciso, a mi parecer, a la hora de vivenciar y relatar las narrativas de esas *otras* maneras de estar en el mundo.

IV

ESCENARIO DE OBSERVACIÓN

Yo cuando salga de aquí quiero ser funcionario,
pero no me dejarán ¿verdad? Mira lo bien que
vivís aquí todos, con vuestro jardincito,
charlando de vuestras cosas y fumando al solecito.
(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

En este capítulo se detalla el espacio social donde se desarrolla la investigación, describiendo la estructura, la organización jerárquica y sus funciones, así como la clasificación interna de los internos. Considero importante definir previamente estas estructuras, ya que entendiendo que las interacciones de los agentes sociales se producen en un espacio social pensado como un campo de fuerzas (Bourdieu, 1994), se hace necesario conocer dónde y de qué manera tendrán lugar esas luchas en las que los agentes se enfrentan con medios y fines diferentes.

Al Centro Penitenciario se llega por una bifurcación que nace de una carretera nacional. El centro ocupa una superficie de parcela de 308.150 m² y 72.972 m² de superficie construida y pertenece al Sistema Penitenciario español con una población media de 1.300 internos. El 4% de esta población son mujeres. La prisión constituye uno de los 82 centros de las prisiones españolas. El centro está concebido arquitectónicamente según el nuevo modelo de prisiones *Tipo*, como un núcleo urbano autosuficiente, con una tipología modular donde conforman el espacio relacional, por una parte, los profesionales que según el Código Penal español deben garantizar la seguridad y la custodia de los penados y desarrollar labores de reeducación y reinserción social de los mismos, y por otra los internos sometidos a las penas privativas de libertad.

4.1 Simulando el *Panóptico* de Bentham

La Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios (SIEP SA), que es la compañía estatal encargada del diseño, planificación y ejecución de las nuevas instituciones penitenciarias, ha desarrollado este centro *Tipo* de cárcel que ha servido de base para la construcción de los centros penitenciarios de los últimos años. Ello se debe a que a finales de los años ochenta los centros penitenciarios que existían en España se habían quedado obsoletos y saturados. El PSOE (Partido Socialista Obrero Español), por entonces en el

poder, decidió iniciar una reforma en el sistema penitenciario español, tanto en sus leyes como en su funcionamiento²⁴.

A partir de esa época se gestionó la construcción de nuevos centros penitenciarios *Tipo*, para lo cual, se enviaron técnicos a otros países buscando los modelos adecuados. El diseño de los nuevos centros perseguía la aplicación de una funcionalidad que permitiera adecuarlos a los nuevos objetivos de rehabilitación y formación de los internos. El resultado fue la construcción de las nuevas macro-cárceles repartidas por toda España con una capacidad aproximada de unos 1.800 a 2.000 internos por centro.

Los cambios introducidos en las nuevas prisiones reforzaron el perímetro exterior con altos muros, extensas alambradas y una torre de control elevada y sólo accesible vía subterránea, para evitar la toma del centro neurálgico durante los motines, desde donde se pudiera controlar todo el sistema de seguridad del centro emulando quizá el sistema *Panóptico* de Bentham (1791). Mediante este sistema se induce en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad que garantiza el funcionamiento automático del poder. Como dice Foucault (2009:205) “[...] el detenido no debe saber jamás si en aquel momento se le mira; pero debe estar seguro de que siempre debe ser mirado”. Esta estructura, puede incluso constituir un aparato de control sobre sus propios mecanismos, pues desde la torre el director puede observar y vigilar a todo el personal.

El propio Jeremy Bentham hizo una descripción del panóptico:

Una casa de penitenciaría debería ser un edificio circular, o por mejor decir, dos edificios encajados uno en otro. Los cuartos de los presos formarían el edificio de la circunferencia con seis altos ,seis pisos o niveles, y podemos figurarnos estos cuartos como unas celdillas abiertas por la parte interior [...] Una torre ocupa el centro, y esta es la habitación de los inspectores [...] la torre de inspección está también rodeada de una galería cubierta con una celosía transparente que permite al inspector registrar todas las celdillas sin que le vean, de manera que con una mirada ve la tercera parte de sus presos [...] pero aunque esté ausente, la opinión de su presencia es tan eficaz como su presencia misma. Entre la torre y las celdillas debe haber un espacio vacío, o un pozo circular, que quita a los presos todo medio de intentar algo contra los inspectores [...] El todo de este edificio es como una colmena, cuyas celdillas todas pueden verse desde un punto central (Bentham ,1791:36).

²⁴ No debemos olvidar, que muchos dirigentes de ese Gobierno habían entrado en las cárceles franquistas por motivos políticos, y conocían de cerca el Sistema Penitenciario español.

La tipología de los centros *Tipo* se formaliza sobre la base de una estructura urbana modular en la que se integran edificios, calles y plazas. La ordenación está basada en la definición de diversos anillos concéntricos de seguridad alrededor de un recinto interior, identificado como Urbanización Interior. Se trata de, mediante la asignación coercitiva del espacio, establecer dónde debe estar cada interno en cada momento, cómo reconocerlo, a qué departamentos tiene acceso, estableciendo de este modo una vigilancia constante mediante el poder disciplinario. La disposición concéntrica del sistema de vigilancia funciona, como diría Foucault (1975), como un intensificador de poder, ya que puede reducir el número de los que ejercen el poder y aumentar el número sobre los que se ejerce; puede actuar de forma preventiva dado su carácter constante de presión y actúa de manera automática. Se garantiza así la economía, la eficacia y la continuidad del sistema de poder.

Este diseño dota al centro de edificios que albergan los servicios generales comunes, así como amplios espacios polivalentes de uso común que se utilizan tanto para talleres de trabajo como para aulas de formación. También le confiere espacios para un gran número de actividades deportivas como natación, squash, cancha de baloncesto, campo de fútbol, de atletismo y de lugares ajardinados de comunicación y convivencia con la familia en los días de visita.

Mediante la diferenciación de zonas residenciales, central de equipamientos, de trabajo y perimetral, se busca garantizar altos niveles de seguridad y eficiencia, así como justificar también la mejor habitabilidad posible para el desarrollo de las actividades culturales, educativas, deportivas o laborales. Existen diferentes tipos de edificios que se clasifican según la posibilidad o no de acceso de los internos a los mismos:

Los edificios externos, excepto el departamento de comunicaciones familiares, son los utilizados por personas no internas en la institución: control de accesos, oficinas, cuerpo de guardia y jefatura de servicios. A estos espacios no pueden tener acceso los internos excepto algún preso de confianza para portar paquetes del exterior al interior o para realizar labores de jardinería en el recinto exterior. En esas ocasiones, los internos utilizan una puerta auxiliar para llegar al exterior que rodea intencionadamente la jefatura de centro y de servicios. En la jefatura de servicios es donde se ejecutan todas las órdenes y disposiciones de la actividad diaria del centro, siendo el centro neurálgico de las operaciones regimentales. En ningún caso tienen acceso a las oficinas o despachos de los mandos del centro. Próximo a él y vedado también para los internos, se encuentran los despachos del equipo de tratamiento formado por psicólogos, educadores y trabajadores sociales.

Los edificios de servicios son los utilizados por internos de forma no continuada: cocinas, lavandería, talleres productivos y la zona llamada sociocultural donde se realizan actividades deportivas, lúdicas y de formación. Las diversas actividades del módulo de sociocultural se integran en un plan racional, concebido ex profeso para lograr los objetivos de la institución. A estos espacios tan sólo pueden acceder internos previamente seleccionados por el equipo de tratamiento, por su buen comportamiento o por determinadas aptitudes consideradas necesarias para el desempeño de las actividades y trabajos cualificados. La posibilidad de acceder o no a estas dependencias se utiliza como método de premio o castigo según el comportamiento del interno se adecue o no a las normas impuestas por el centro.

Los edificios residenciales, tienen una presencia permanente de internos y son los módulos residenciales donde viven los internos, que se describen con detalle en el siguiente epígrafe.

En el centro penitenciario, los internos tienen la posibilidad de trabajar en la panadería, la lavandería, el economato, el servicio de limpieza y jardines o como ordenanzas²⁵, recibiendo un salario a cambio. También existe la posibilidad de trabajar en los talleres productivos, donde el interno recibe un sueldo según el número de piezas realizadas. Estos talleres se encuentran tanto en la zona de talleres como en algunos módulos donde se intenta potenciar la vida laboral de los internos (M5, M6, M de jóvenes, M de mujeres y M terapéutico).

Los internos trabajadores se encuentran afiliados al régimen general de la Seguridad Social. La actividad productiva de los talleres penitenciarios se autofinancia, en la medida en que no está subvencionada a través de los Presupuestos Generales del Estado, siendo importante por tanto asegurar su viabilidad económica. Sólo los internos que mantienen buen comportamiento tienen opción de trabajar en talleres, utilizándose al igual que el sistema de cambio de módulos como herramienta de premio o de castigo.

Debido a esto último, los internos del programa PAIEM no suelen ser admitidos en los talleres, presuponiendo por parte de la institución un bajo rendimiento laboral, en contraposición a la opinión de Foucault (2009:156) de “[...] en el buen empleo del cuerpo, que permite un buen empleo del tiempo, nada debe permanecer ocioso o inútil”.

La idea de Foucault de que el *cuerpo* queda construido desde el poder como un cuerpo-máquina, y que debe ser útil para la institución, aplicando mediante la disciplina una economía positiva que persiga la utilización productiva del tiempo, en los internos PAIEM, no suele ser aplicada. La institución, salvo algunas excepciones, suele adjudicar a sus

²⁵ Interno de confianza de la institución que desarrolla diferentes funciones dentro de la institución, apoyando las funciones del funcionariado y mediando entre éstos y el resto de internos.

cuerpos la característica de *no productividad*, provocando una pertinaz insistencia en solicitar la incapacidad legal para estos internos, como veremos en la etnografía.

4.2 Donde se albergan los *cuerpos*

Los módulos residenciales son un conjunto de dependencias dentro del centro penitenciario que permite que los internos que residen en ellos desarrollen en su interior todas las actividades de la vida ordinaria. Los módulos residenciales albergan unos 130 internos cada uno, y están ubicados de dos en dos y separados por una garita de funcionarios en el centro que da cobertura a ambos módulos. Una parte de las celdas de dichos módulos dan a las zonas ajardinadas comunes, que son surcadas por los caminos que comunican todos los módulos entre sí y que son utilizadas tanto por el personal como por los internos. La otra parte de las celdas dan a los patios interiores de dichos módulos, donde habitualmente se realizan actividades deportivas o simplemente se deja pasar el día paseando.

En el interior de los módulos están las celdas, que dan cabida a dos internos y que cuentan con ducha y retrete cada una, el despacho sanitario, el despacho de psicólogos y educadores para atender a los internos, el comedor, el office desde donde se reparte la comida, un pequeño gimnasio, una sala de estudio, una sala de actividades polivalente y un servicio con duchas por si alguno quiere ducharse fuera del horario de permanencia en las celdas. El centro está compuesto por 14 módulos residenciales con un total de 723 celdas, todas ellas con rejas en las ventanas, siguiendo la arquitectura del centro *Tipo*. Todas las celdas son dobles, excepto en el módulo de aislamiento que son individuales y en enfermería que pueden llegar a albergar hasta 4 camas.

En el Centro existen diferentes tipos de módulos residenciales:

- Módulo de Respeto
- Módulo Ordinario
- Módulo de Aislamiento
- Módulo de Ingresos
- Módulo de Enfermería
- Módulo de Jóvenes
- Módulo de Mujeres
- Módulo Terapéutico

El módulo de Respeto es una unidad de máxima exigencia dentro del sistema penitenciario. Tienen su origen en el año 2001 en el centro penitenciario de Mansilla de las Mulas (León), y

en la actualidad están implantados en todos los establecimientos penitenciarios de España. Según la DGIIPP, la finalidad de los módulos de Respeto es lograr un clima de convivencia y máximo respeto entre los residentes del módulo. En ellos se persigue que el interno deje de vivenciar el módulo y sus normas como algo impuesto para considerarlo como algo propio. El factor fundamental es la participación del interno en la vida, las tareas y las decisiones del módulo, a través de grupos de trabajo y comisiones de internos.

En la práctica diaria vemos cómo el funcionamiento está altamente normatizado, y cada acción esta previamente definida y posteriormente evaluada tanto por los funcionarios como por la figura del interno de apoyo. Este último se encarga de hacer efectivas las normas y tiene potestad para imponer castigos a todo aquel que no cumple las pautas, previamente decididas en la asamblea semanal. De esta manera, la noción de poder se va imbricando y embebiendo en todos los componentes del sistema para garantizar el biopoder sobre el interno. En el centro son módulos de Respeto el M2, M3, M de mujeres, Jóvenes, M5, M6, M4, M8 y M terapéutico.

El módulo ordinario es un módulo de baja exigencia donde las normas son aplicadas de manera más laxas, debido a la alta conflictividad de los internos allí ingresados. Estos módulos son utilizados como medio de castigo cuando un interno comete alguna infracción en los módulos de alta exigencia. Las peleas, el consumo de drogas y la falta mutua de respeto son mucho más frecuentes en estas unidades. En el centro son módulos ordinarios el M7 y el M1.

El módulo de Aislamiento es donde están los internos con especial vigilancia. Este módulo está destinado a los internos clasificados en Primer Grado (que se explicará más adelante), y a los castigados con días de aislamiento por haber cometido alguna falta grave, es decir, por sanción disciplinaria. Todos aquellos sujetos que mantienen actitudes que se valore que sobrepasan la frontera de la norma y la moderación, son ingresados en el módulo en espera de que el sujeto deponga su actitud. El régimen de vida en estos módulos es el llamado de Régimen cerrado.

Durante su permanencia en este módulo, los internos tienen reducidos una gran parte de sus actividades habituales como son: la posibilidad de ver la televisión, la compra de cigarrillos o de cafés, la salida diaria al patio, la salida extramodular o el número de llamadas y comunicaciones con sus familiares, lo cual es decidido en función de la peligrosidad del sujeto o del incidente cometido. Así permanecen encerrados en su celda un total de 22 horas diarias, con salidas individuales a patio de dos horas. No pueden disfrutar de actividades

lúdicas como el resto de internos y sus comunicaciones familiares están sometidas a una estrecha vigilancia.

El módulo de Ingresos es el módulo donde se recibe a los sujetos, se les explica el funcionamiento del régimen disciplinario y las normas a seguir. Es allí donde es visitado por el médico para dictaminar su estado de salud a su llegada, y por el educador para decidir el módulo que le será asignado según el tiempo de condena, antecedentes comportamentales, tipo de delito o reincidencia. En este módulo, se hace un examen muy detallado sobre las posibles enfermedades infecciosas para evitar futuros contagios y/o transmisiones, la existencia de lesiones ocasionadas por otras instituciones extrapenitenciarias para evitar posteriores denuncias hacia la institución, y la situación mental del interno unido a un posible riesgo de suicidio. Si esto último se detectara, existe un minucioso protocolo que es puesto en marcha de manera inmediata, llamado PPS²⁶.

En el módulo de Enfermería residen internos con enfermedades agudas o crónicas, octogenarios, *enfermos mentales* y, en general, cualquier interno que por cuestiones de salud vea dificultada la vida cotidiana en un módulo genérico. Sin embargo, existen también otros criterios de ingreso que sin ser estrictamente médicos se valoran como tal, como pueden ser el tipo de delito (violaciones o parricidios), la complejidad del carácter de un sujeto que le impida las relaciones sociales normalizadas en el resto de módulos, o cualquier tipo de comportamiento disruptivo que altere el orden del resto de módulos.

A pesar de ser un módulo eminentemente médico, se da la paradoja de que los ingresos y las altas las puede realizar tanto profesionales de la medicina como el director del centro, con lo cual queda desvirtuada su función cuidadora y protectora de la salud, pasando a convertirse en un cajón de sastre para todo sujeto cuyo comportamiento no cumpla las normas regimentales y que por sus características particulares no pueda ser ingresado en el módulo de aislamiento. En este módulo, debido a las características de los internos, la relación con el funcionariado y con el equipo médico es mucho más flexible y cordial, dándose relaciones recíprocas de aparente aprecio. El nivel de control asimismo es más reducido que en otros módulos, permitiendo la permanencia en las celdas todo el día si así lo desea el interno.

²⁶ El Programa de Prevención de Suicidios fue creado en el 2005 por DGIIPP, como un programa individualizado de detención y prevención de conductas suicidas, ante el aumento de suicidios en prisión en los últimos años. El interno es valorado previamente por el médico y el psicólogo quienes decidirán que medidas deben ser adoptadas, como: acompañamiento 24 horas por un interno de apoyo, ingreso en enfermería, retirada de objetos con los que pudiera atentar contra su vida o visita diaria por los profesionales. Semanalmente se evalúa la evolución del caso, acordando el mantenimiento en el programa, la modificación de las medidas adoptadas, o en caso de dejar de existir riesgo, la baja en el mismo.

El módulo de Jóvenes está destinado a los internos con edades comprendidas entre los 18 y los 21 años de edad y tiene las mismas infraestructuras que el resto de módulos. La formación y los talleres laborales tienen especial relevancia en este módulo con el fin de mejorar la reinserción posterior del interno.

El módulo de Mujeres está destinado a las internas mujeres y tiene las mismas infraestructuras que el resto de módulos. A pesar de que se persigue que los talleres laborales y formativos tengan relevancia en este módulo con el fin de mejorar la inserción sociolaboral de las internas, la realidad es que se destinan muchos menos recursos materiales y personales y por lo tanto el número de actividades en el módulo es reducido.

El módulo Terapéutico alberga internos incluidos en un programa integral de drogodependencias. Constituye un espacio socioeducativo y terapéutico, libre de las interferencias que genera la droga, fomentando cambios en los hábitos, actitudes y valores de los internos residentes, creando un ambiente dinámico y personalizador, en el que adquiere mayor eficacia la intervención multidisciplinar dirigida a la normalización y reincorporación social de los internos.

La estructura modular está concebida para que los sujetos no puedan salir del módulo a no ser que sean requeridos por algún funcionario para realizar alguna actividad extramodular en la que previamente han sido aceptados, o tengan que acudir fuera de la prisión por motivos médicos, judiciales u otros motivos extraordinarios. Por lo tanto, la opción de salir del módulo se convierte en un bien codiciado por los sujetos, para romper la monotonía diaria o para tener la opción de relacionarse con compañeros de otros módulos.

Este es el caso de los internos encargados de servir la comida, quienes acuden tres veces al día a la cocina, paseando por los espacios libres intrapenitenciarios. Estos momentos son aprovechados para establecer relaciones con internos de otros módulos o con otros profesionales penitenciarios que habitualmente no van a su módulo. Este puesto es muy deseado por los internos y queda reservado a los que muestran un comportamiento ejemplar y empatizan con las peculiaridades de cada profesional con los que se relacionan. Esta situación les conduce a la necesidad de ejercer un vaivén de identidades simuladas con el fin de agradar al profesional que debe decidir sobre él.

La decisión sobre a qué módulo debe de ir cada interno es tomada por el equipo de tratamiento a no ser que el director tome otra decisión en cuyo caso prevalecerá siempre esta última. Esta decisión se basa en el sistema de clasificación que considera criterios de reincidencia, peligrosidad del sujeto, tipo de delito, tipo de tratamiento que requiere y características psicológicas.

Frecuentemente, y de manera ostensible, el traslado de internos de un módulo a otro es utilizado como recurso regimental para impartirles el castigo o la recompensa que su comportamiento *merezca*. El sujeto aprende de esta manera a comportarse en base a un *sistema de módulos* según el objetivo que persiga. Se constituye por tanto una especialización espacial en virtud de la cual, el sistema castiga o privilegia a los sujetos, y éstos intentan equilibrar como mecanismo compensatorio a la desmembración del *yo* que se provoca en el sistema. No debemos olvidar, por otra parte, como en las instituciones totales como dice Goffman (1970) los privilegios no equivalen a prerrogativas, sino que son en realidad ausencia de privaciones.

4.3 La *hidra* vigilante

El modelo organizativo del centro se dispone según una estructura piramidal, compuesta por el director del Centro Penitenciario como máximo responsable, asistido de cinco subdirecciones (Subdirección de Tratamiento, Subdirección de Seguridad, Subdirección de Régimen, Subdirección Médica y Administración) así como un amplio abanico de funcionarios que trabajan en dichas subdirecciones. Los funcionarios pueden trabajar en las oficinas de los departamentos exteriores, en el interior de los módulos y departamentos interiores o en oficinas ubicadas en el interior de los centros. Por otra parte, existe un amplio número de profesionales que trabajan en el área de tratamiento: psicólogos, juristas, educadores, trabajadores sociales, monitores deportivos y ocupacionales; así como en el área médica: facultativos, enfermeros y auxiliares. Dicha estructura piramidal demarca y organiza los diferentes dispositivos de control dentro de la institución y permite el correcto funcionamiento interno de cada centro, a la vez que posibilita la continua relación y coordinación con los Servicios Centrales ubicados en Madrid.

Esta estructura piramidal, propicia la creación de una cierta ansiedad flotante que se retroalimenta en un círculo vicioso. Los internos se sienten amenazados por otros internos y por los funcionarios. Los funcionarios, por los internos y la Administración. Y la Administración, por los funcionarios y por los agentes sociales (políticos, sindicatos, prensa y jueces entre otros).

Para el desarrollo de las funciones de cada establecimiento penitenciario existen los siguientes Órganos Colegiados:

- Consejo de Dirección.

- Junta de Tratamiento, que tendrá a su disposición, como unidades de estudio, propuesta y ejecución, el Equipo de Técnicos necesarios.
- Comisión Disciplinaria.
- Junta Económico-Administrativa.

Las funciones de coordinación entre los diferentes Órganos Colegiados corresponden al director del establecimiento.

La eficacia de los acuerdos de los Órganos Colegiados, con la excepción de los adoptados por la Comisión Disciplinaria, quedará demorada hasta que se produzca la aprobación por el director del Centro. En el caso de que su valoración fuera negativa, por estimar que los acuerdos adoptados perjudican gravemente el régimen del centro o conculcan la legislación, el Reglamento Penitenciario o las circulares, instrucciones u órdenes de servicio dictadas por los órganos directivos de la Administración Penitenciaria, no serán validados hasta la aprobación del Centro Directivo.

El Consejo de Dirección debe supervisar e impulsar la actividad general del centro penitenciario, elaborar las normas de régimen interno para su aprobación por el Centro Directivo, fijar el número de Equipos Técnicos del centro penitenciario y determinar su organización, funcionamiento y composición conforme a las normas de desarrollo de este Reglamento, fijar los días en que puedan comunicar los internos y establecer los horarios de las comunicaciones y ejercer las demás competencias que le atribuye el Reglamento.

La Junta de Tratamiento debe establecer los programas de tratamiento, supervisar la ejecución de las actividades programadas por el Equipo Técnico, formular en función del estudio de los penados las propuestas de grado inicial de clasificación y de destino al establecimiento que corresponda, conceder los permisos penitenciarios de salida, elevar propuestas de los beneficios penitenciarios y de la libertad condicional y formar y custodiar el protocolo correspondiente a cada interno.

La Comisión Disciplinaria debe ejercer la potestad disciplinaria penitenciaria y acordar la concesión de las recompensas que procedan a los internos, sin perjuicio de la competencia del director para la imposición de sanciones por faltas leves y de las atribuciones de los Jueces de Vigilancia²⁷.

La Junta Económico-Administrativa es el órgano colegiado encargado de la supervisión de la gestión de personal, económico-administrativa, presupuestaria y contable del establecimiento.

²⁷ El juez de Vigilancia Penitenciaria es una entidad jurídica que se encarga de salvaguardar los derechos de los internos y vela para que se cumple la legalidad en los diferentes procesos del internamiento.

En cada establecimiento penitenciario existen los siguientes Órganos Unipersonales:

- El director
- El administrador
- El jefe de servicios
- El subdirector de tratamiento
- El subdirector médico

El director de un centro penitenciario ostenta la representación del Centro Directivo y de los órganos colegiados del establecimiento que preside, y es el obligado, en primer término, a cumplir y hacer cumplir las leyes, reglamentos y disposiciones en general y especialmente las que hacen referencia al servicio.

Le corresponde dirigir, coordinar y supervisar la ejecución de las directrices del Centro Directivo, así como inspeccionarlos y corregir cualquier falta que observare en los mismos; representar al centro penitenciario; adoptar las medidas regimentales urgentes necesarias para prevenir y, en su caso, resolver cualquier alteración individual o colectiva del orden en el centro; adoptar, ante hechos o actuaciones de los internos que se presuman faltas disciplinarias, las medidas cautelares que procedan hasta que recaiga acuerdo definitivo; disponer, la excarcelación de los detenidos, presos y penados a su cargo; autorizar, las comunicaciones, visitas, salidas al exterior y conducciones de los internos; asumir la representación del Organismo Autónomo Trabajo y Prestaciones Penitenciarias, con la función de dirigir y supervisar sus actividades en el centro y llevar a cabo cuantas tareas o cometidos le atribuya el Centro Directivo en relación con sus funciones como responsable del centro penitenciario.

El administrador se encarga de dirigir los servicios administrativos del establecimiento, extender los talones de las cuentas bancarias del Centro penitenciario, cuidar de los niveles de calidad y coste de los bienes y servicios, efectuar las transferencias de los saldos de peculio en los supuestos establecidos y rendir las cuentas ante los órganos competentes con el visado del director y el informe de la Junta Económico-Administrativa.

El jefe de servicios es el encargado de la coordinación de los servicios del área de vigilancia bajo la dirección y supervisión de los mandos del centro y, en consecuencia, debe adoptar provisionalmente las medidas indispensables para mantener el orden y el buen funcionamiento de los servicios, dando cuenta de ellas al director.

El subdirector de tratamiento se encarga de establecer los programas de tratamiento o los modelos individualizados de ejecución penitenciarios para cada interno, de la clasificación

interna y de definir las actividades a realizar en función de las peculiaridades de la personalidad del interno y del tiempo de duración de la condena.

El subdirector médico se encarga de garantizar una asistencia sanitaria integral y orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación, garantizando una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población. Así mismo, formaliza los correspondientes convenios de colaboración en materia de salud pública y asistencia sanitaria, en los que se definirán los criterios generales de coordinación, protocolos y procedimientos con el sistema nacional de salud.

En cada establecimiento penitenciario existen los siguientes profesionales penitenciarios:

- Juristas
- Psicólogos
- Educadores
- Trabajadores Sociales
- Personal Sanitario
- Personal de Vigilancia

Los juristas son los encargados de estudiar toda la información penal, procesal y penitenciaria de cada interno y de realizar la valoración jurídica para su clasificación, que determinará la programación del tratamiento que ha de seguir. Redactan y fundamentan los acuerdos adoptados por la Junta de Tratamiento y realizan informes para las autoridades judiciales y la Administración Penitenciaria. Los servicios jurídicos de cada centro penitenciario proporcionan orientación legal actualizada de su situación procesal a los internos.

Los psicólogos estudian las variables que determinan el comportamiento del interno para emitir informes e identificar las carencias y necesidades que deben ser tenidos en cuenta a la hora de asignar los programas de tratamiento y los modelos individualizados de intervención para cada recluso. Son los responsables de llevar a cabo los programas terapéuticos.

Los educadores deben conocer, asesorar e informar, tanto de temas penitenciarios como extrapenitenciarios a cada uno de los internos que tienen asignados, observar su conducta y emitir los correspondientes informes que quedan reflejados en la carpeta de seguimiento. Desarrollan los programas de intervención terapéutica y las actividades culturales y deportivas de los internos que tienen asignados.

Los trabajadores sociales son los encargados de resolver la problemática sociofamiliar que ha desencadenado supuestamente el ingreso en prisión del interno. Proporcionan información y

asesoramiento en general, median en la restauración de los vínculos familiares deteriorados o rotos para tratar de favorecer la reinserción social del interno. También son los responsables de propiciar la inserción laboral de aquellos reclusos cuya situación penitenciaria les permite acceder al trabajo. Entre sus funciones se encuentra, además, la labor de apoyo y seguimiento a los liberados condicionales y a las personas sometidas a penas alternativas.

El personal sanitario es el encargado de la actividad sanitaria tanto preventiva como asistencial de los internos dentro del establecimiento penitenciario. Deben asegurar que la atención sanitaria sea de calidad mediante la utilización racional y eficiente de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Determinan los criterios para la derivación al nivel especializado de los enfermos que la precisan y hacen un seguimiento de ella. También son los responsables de asegurar el correcto cumplimiento de los programas de salud establecidos por la dirección del centro o por la administración sanitaria competente.

El personal de vigilancia representa la inmensa mayoría del colectivo de trabajadores del sistema y desarrolla diversas y variadas funciones dentro de los centros. Además de garantizar el mantenimiento del orden, está directamente implicado en las tareas educadoras y de rehabilitación de los presos. Su trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con los equipos terapéuticos y educativos del centro y su aportación resulta un factor imprescindible en el proceso de reinserción de los internos.

En base a este modelo organizativo y sin llegar a la rigidez de estereotipos que describe Goffman (2012), en el centro penitenciario se produce una clara separación relacional, entre el grupo sometido de los internos y el grupo supervisor de los funcionarios. Los internos viven dentro de la institución y tienen limitados sus contactos con el mundo exterior y los funcionarios cumplen una jornada laboral y están socialmente integrados en el mundo exterior.

Cada grupo tiende a representarse al otro con rígidos estereotipos hostiles: el personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal petulante, despótico y mezquino. El personal tiende a sentirse superior y justo, los internos a sentirse inferiores, débiles, censurables y culpables (Goffman, 2012:23).

Por lo tanto, las relaciones sociales entre ambos grupos de actores sociales están determinadas en la mayoría de ocasiones, por el principio de autoridad y formalmente prescritas en multitud de actos relacionales como el tono de voz, la disposición corporal o el respeto de los tiempos.

Todas estas restricciones de contacto ayudan presumiblemente a mantener los estereotipos antagónicos. Poco a poco se van formando dos grupos social y culturalmente distintos que tienen ciertos puntos formales de tangencia en común pero muy escasa penetración mutua [...] de modo que cuando cualquiera de ambos grupos se refiere a los fines o intereses de la institución se refieren implícitamente a los fines e intereses del personal (Goffman, 2012:25).

No comparto con Goffman la idea de la escasa penetración relacional y cultural entre los actores, ya que es precisamente en esta interacción donde se construye la naturaleza de los vínculos institucionales. Sin embargo, si estoy de acuerdo en que los estereotipos antagónicos se refuerzan por esa relación de dominación de un grupo sobre el otro.

4.4 Clasificando las *almas*

Tal y como recoge el art. 72.1 de la LOGP, las penas privativas de libertad se ejecutan según el sistema de individualización científica organizado en grados, el último de los cuales es el de la libertad condicional, conforme determina el Código Penal. El sistema de clasificación en grados supone una profunda modificación del sistema progresivo clásico y se caracteriza por una gran flexibilidad, ya que permite la clasificación inicial del penado en cualquier grado, salvo el de libertad condicional, y la progresión o regresión individual según la evolución del interno durante el tiempo de condena. Esta clasificación en grados permite la individualización del tratamiento y la asignación del régimen penitenciario más adecuado a dicho tratamiento.

Los grados son nominados correlativamente, de manera que:

1. El Primer Grado corresponde a un régimen en el que las medidas de control y seguridad son más restrictivas (régimen cerrado).
2. El Segundo Grado se corresponde con el régimen ordinario.
3. El Tercer Grado coincide con el régimen abierto, en cualquiera de sus modalidades.

El art. 100.2 del Reglamento Penitenciario permite flexibilizar e individualizar aún más el cumplimiento de la pena privativa de libertad, ya que recoge un modelo de ejecución que combina aspectos característicos de cada uno de los grados de tratamiento. Dicha medida es estudiada individualmente para cada penado y debe fundamentarse en un programa específico de tratamiento.

- Primer Grado. Son clasificados en primer grado los penados que presentan una peligrosidad extrema o manifiesta inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, así a los preventivos en quienes concurren idénticas circunstancias. La clasificación

excepcional en primer grado se realiza a propuesta de la Junta de tratamiento, que requiere de los informes razonados del jefe de servicios y del equipo técnico, y habrá de ser motivada. El acuerdo por el Centro Directivo se pone en conocimiento del Juez de Vigilancia Penitenciaria y el interno tendrá derecho a recurrir dicho acuerdo. La permanencia del interno en régimen cerrado será por el tiempo mínimo necesario, hasta que desaparezcan o disminuyan significativamente las razones o circunstancias que sirvieron de fundamento para su aplicación. Cada tres meses como máximo se revisará tanto la clasificación como la asignación de modalidad de vida del interno.

- Segundo Grado. Son clasificados en segundo grado los penados en quienes concurren unas circunstancias personales y penitenciarias de normal convivencia, pero sin capacidad para vivir, por el momento, en semilibertad.
- Tercer Grado. El tercer grado se aplica a los internos que, por sus circunstancias personales y penitenciarias, estén capacitados para llevar a cabo un régimen de vida en semilibertad. Existen una serie de consideraciones al respecto:
 1. Periodo de seguridad: cuando la duración de la pena de prisión impuesta sea superior a cinco años, el Juez o Tribunal podrá ordenar que la clasificación en tercer grado no se efectúe hasta el cumplimiento de la mitad de la pena. En cualquier caso, cuando la duración de la pena impuesta sea superior a cinco años y se trate de determinados delitos enumerados en el art. 36.2 del Código Penal, la clasificación en tercer grado no podrá efectuarse hasta el cumplimiento de la mitad de la condena. Tal como establece la Ley Orgánica 5/2010.
 2. El abono de la responsabilidad civil derivada del delito: es un nuevo requisito, introducido por modificación de la Ley Orgánica 7/2003, para la clasificación o progresión a tercer grado. La valoración del abono se realiza en base a: la conducta observable del interno para restituir lo sustraído, reparar el daño e indemnizar los perjuicios materiales y morales; las condiciones personales y patrimoniales del culpable para satisfacer dicha responsabilidad; las garantías que permitan asegurar la satisfacción futura; la estimación del enriquecimiento que el culpable hubiera obtenido por la comisión del delito y la naturaleza de los daños y perjuicios causados por el delito.
 3. La clasificación inicial de un interno en tercer grado de tratamiento es posible, ya que, como nos recuerda el art. 72.3 de la LOGP, siempre que, de la observación y clasificación de un penado, resulte estar en condiciones para

ello, podrá ser situado inicialmente en un grado superior, salvo el de libertad condicional, sin pasar necesariamente por los grados que le preceden.



V

CÓMO ACABARON EN EL PANÓPTICO

En el futuro no habrá esquizofrenia porque habrá tecnología y sabrán lo que ha hecho el chaval [...] lo que ha sufrido [...] y no lo que pone en los libros.

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

5.1 Psiquiatría Penitenciaria. Breve repaso histórico

Como recoge Luís Fernando Barrios (2003) en su repaso histórico por la psiquiatría penitenciaria, esta disciplina a nivel penitenciario, al igual que en el resto de la medicina ha tenido frecuentemente una posición secundaria. En los últimos años, se han impulsado reformas y realizado progresos en la comprensión de la realidad psicopatológica observada en los centros penitenciarios y en la atención psiquiátrica dispensada a las personas privadas de libertad, pero como veremos esto no siempre ha sido así.

Asclepiades (124-56 a.C) fue el creador del término “alienus” (locura) y con él hacía referencia a enfermedad que tornaba extraño al que la sufría. El primer centro que se tienen referencias y que podría considerarse ya como hospital psiquiátrico se construyó en Bagdad hacia el año 792, aunque algunos textos nombran un centro de características similares en Fez en el siglo VII.

5.1.1 Asistencia psiquiátrica hasta 1800

En España se crea en 1410, por el padre Jofré, lo que sería el primer centro europeo dedicado exclusivamente a la patología psiquiátrica, tal como se entendía en aquel entonces: “hospital de Santa María d’inocents, folls i orats”. Hasta entonces, la asistencia a los pacientes mentales se realizaba en establecimientos pertenecientes a hospitales generales, aunque buena parte de ellos eran encerrados y encadenados, cuando no quemados. El hecho de que esta institución se crease como hospital, significa que se creó para el cuidado de los enfermos mentales. Al poco tiempo se construyeron instituciones análogas en Zaragoza, Sevilla, Valladolid, Barcelona y Toledo lo que indica que en España existía una especial sensibilización en el cuidado de los enfermos psíquicos.

En base a los documentos existentes de la época, podemos deducir que, en España, durante siglos, el enfermo mental estaba en igualdad de derechos con los demás, y existía una amplia

tolerancia social. La hospitalización psiquiátrica se mantenía entonces, en unos límites de calidad y humanismo superiores al resto de Europa.

Por otra parte, el principio clasificatorio y la especial consideración del enfermo mental delincuente reclamaban una institución específica. Aunque los psiquiátricos penitenciarios remontan sus orígenes a finales del siglo XVIII, pudiendo citarse como precedente de ellos la Bastilla en Francia, que había venido siendo utilizado como asilo de seguridad en el que se alojaban locos criminales, será a lo largo del siglo XIX cuando se extiendan por Europa y Norteamérica.

Es fundamental en el proceso de creación de psiquiátricos penitenciarios la reforma inglesa. John Howard (1726-1790) en *The State of Prisons in England and Wales*, hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sanos y numerosos políticos y filántropos británicos promovieron, entre otras ideas humanitarias, la reforma de las instituciones que albergaban locos delincuentes. Pero en España, en la primera mitad del siglo XIX, la mezcla de locos y delincuentes era común.

5.1.2 Siglo XIX

Como comentábamos anteriormente hasta el siglo XIX la hospitalización psiquiátrica en España se había mantenido dentro de unos límites de calidad y humanitarismo superior al resto de Europa. Pero en la primera mitad del XIX apenas hay nada relevante que tenga relación con la psiquiatría que empieza a realizarse en Europa.

Dos acontecimientos justifican en gran parte el declive: la guerra de la independencia y el proceso desamortizador. Lo cierto es que en la segunda mitad del XIX es patente la falta de cobertura asistencial psiquiátrica oficial; y aunque el Estado dispone (Decretos de 1864, 1876, 1885 y 1887) que hasta no se dispusiera de suficientes recursos fueran las Diputaciones Provinciales las que se hicieran cargo de los enfermos mentales, lo cierto es que debe de ser la Iglesia la que intente resolver el problema.

El estado de la sanidad penitenciaria no era mejor. Afirma Luís Garrido (1983:396) que “durante un gran período de la historia penitenciaria, que llega hasta los comienzos del siglo XX, la asistencia sanitaria ha sido uno de los puntos más oscuros, tenebrosos y deficientes de los diversos sistemas carcelarios en todos los países” y, en lo que a España respecta, en el siglo XIX solo el presidio de San Agustín de Valencia, dirigido por Montesinos, contaba con una buena organización y asistencia médica. La penuria de la asistencia durante la estancia en prisión contrastaba con el rigor rituario sanitario del ingreso, pelado, afeitado y reconocimiento médico (Ordenanza de 20.5.1804).

No fueron fáciles, por tanto, los comienzos de la asistencia psiquiátrica penitenciaria, y no será hasta la promulgación del Real Decreto (R.D.) 1.9.1897, cuando pueda hablarse de Psiquiatría Penitenciaria (en Inglaterra, por el contrario, existía un específico establecimiento para locos delincuentes desde 1816, y en Francia desde 1838 legalmente los alienados no podían estar reclusos en prisión). Esta será fruto de un doble movimiento reformador: el campo penitenciario y el de la medicina.

Desde el campo penitenciario el movimiento reformista del sistema de penas privativas de libertad, que tiene entre sus figuras más señeras a John Howard (1726-1790), Cesare Beccaria (1738-1794) y Jeremy Bentham (1748-1832), irá cuajando en nuestro país a lo largo del XIX. Concepción Arenal, Rafael Salillas y Fernando Cadalso dieron un importante impulso científico y práctico en el campo penitenciario a finales del XIX, consecuencia del cual es el R. D. 3.6.1901, que propugnaba la implantación del sistema progresivo de cumplimiento de penas. Precisamente uno de los fundamentos teóricos de la creación de unidades hospitalarias psiquiátricas es el principio clasificatorio que propiciaba el sistema progresivo y que tiene sus antecedentes normativos en la Ordenanza General de 1834.

La enajenación como causa eximente de la responsabilidad ya aparece recogida en los Códigos Penales de 1822 (art. 26), 1848 (art. 8.1) y 1870 (art. 8.1). La asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se prevé tanto en el Reglamento General de los Presidios peninsulares de 1.5.1807, que prevé la asistencia de médico y cirujano y preceptúa la creación de hospitales, como en la Ordenanza General de los Presidios del Reino, promulgada el 14.4.1834, que transforma los presidios militares en civiles, y reitera la integración de un médico dentro de la plantilla de cada presidio (médico que tendrá la condición de militar retirado del Ejército o de la Armada), por lo demás también dejó en manos de los militares los cuadros directivos de las penitenciarias.

Desde el campo de la medicina, confluyen dos fenómenos: a nivel europeo la preocupación que por los pobres e indigentes transmite la Revolución francesa y a nivel español, el movimiento renovador de la psiquiatría. Este último proceso aparece ligado, según Julián Espinosa (1966), a tres hechos: la Ley de Beneficencia de 1822, la aparición de los primeros psiquiatras y la creación de sanatorios privados (especialmente en Cataluña). La época de finales del XIX y comienzos del XX es especialmente prolífica en el campo psiquiátrico: creación de psiquiátricos: [San Baudilio de Llobregat (1854), Sanatorio Dr. Esquerdo (1886), Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos (1877) y Nueva Belén, dirigido por el Dr. Giné y Partagás (1864)]; celebración de Congresos [Primer Certamen Frenopático (1883) y Congreso Internacional de Medicina de Madrid de (1903)] y la creación de publicaciones

especializadas [Revista Frenopática Española (1881), Revista Frenopática Barcelonesa (1885), Archivos de Terapéutica de Enfermedades Nerviosas y Mentales (1904) y el primer Tratado de Psiquiatría: Juan Giné y Partagás (1836-1911)].

En la ley de beneficencia se señala que los hospitales de los locos deberían estar separados del resto y no deberían estar instalados obligatoriamente en las capitales sino en los lugares más adecuados. También se establecía una separación de los pacientes entre hombres y mujeres y según el tipo de enfermedad y se prohibía la utilización de los malos tratos. Sin embargo, esta ley, fue derogada en 1823 al llegar al poder los absolutistas. Es importante señalar cómo esta ley ha marcado algunos rasgos esenciales del diseño de nuestros hospitales psiquiátricos durante más de un siglo, fundamentalmente en cuanto a la ubicación geográfica y a la organización en unidades separadas por sexo y patología.

El precedente inmediato de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios es el manicomio de Santa Isabel de Leganés. Su origen radica en el hecho de que, a diferencia de Cataluña en donde a lo largo del XIX se prodiga la creación de instituciones psiquiátricas, en Madrid la situación era penosa: el proyecto de un sanatorio modelo no cuajó y para paliar la situación se habilita en 1851 un viejo convento como manicomio, el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid), regentado por un sacerdote y atendido por el médico del pueblo en sus inicios. En 1885 será declarado Sanatorio Modelo, recibiendo el nombre de aquella institución que nunca llegó a construirse.

Bajo la dirección de un administrador, el médico era una figura secundaria. Según su Reglamento Orgánico, aprobado por R. D. 12.5.1885, este manicomio era un establecimiento general de beneficencia dependiente del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, destinado al cuidado y tratamiento médico-moral de los enajenados (art. 2), siendo los acogidos bien pobres, bien pensionistas (art. 3). El asilo se dividía en cuarteles diferentes para hombres y mujeres cada uno de los cuales se subdividía en departamentos independientes dedicados a la observación, a enfermos sujetos a tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes (art. 90).

La idea de construir el primer manicomio judicial surge en 1886. A partir de 1887 se irán trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Más hubo protestas en el manicomio de acogida, lo que provocará la expulsión de los dementes reclusos.

En 1888 se hace una estadística de la situación de los locos criminales, que da como resultado: 220 locos varones y 18 mujeres, repartidos entre los hospitales de Elda (Alicante),

Agudos (Córdoba), Gerona, Santa Creu (Barcelona), y Málaga y los manicomios de San Baudilio de Llobregat, Castellón, Cádiz, Conxo de Santiago, Granada, Santa Isabel, Instituto frenopático de Las Corts (Barcelona), Murcia, Toledo, Valladolid y Zaragoza.

Se improvisó entonces una penitenciaría hospital en El Puerto de Santa María, que fue dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20.3.1894. Este centro, nuestro primer psiquiátrico penitenciario, contaba entonces con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5ª sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semi-tranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación, pero el experimento tampoco duró, y esta penitenciaría pasaría a ser destinada a mujeres delincuentes. La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico era patente, ya no sólo por las consideraciones doctrinales arriba expuestas, sino también por una razón práctica: los inconvenientes regimentales derivados de la convivencia de enfermos y sanos, que es puesta de manifiesto por la Exposición de Motivos del R. D. de 1 de septiembre de 1897:

Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que, no obstante, al haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente recluidos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran (Gaceta de Madrid, 5 de septiembre).

5.1.3 Asistencia en el siglo XX

En el R. D. de 1897 tres eran las soluciones de destino previstas para los enfermos mentales que hubieran delinquido: a) Los manicomios, para los exentos de responsabilidad penal por causa de enajenación que hubieran delinquido, los penados que enloquecieran cumpliendo condena de prisión correccional y para las penadas que enloquecieran cumpliendo condena en la Penitenciaría de Mujeres de Madrid, cualquiera que fuera la gravedad del hecho delictivo cometido. b) Las familias, a cuyo cuidado estarían los exentos de responsabilidad criminal que hubieran cometido delitos menos graves, previo acuerdo del Tribunal Sentenciador. c) La Penitenciaría-Hospital, destino de: penados varones cuyo cumplimiento de condena (de presidio correccional, cadena perpetua o de muerte) se hubiera suspendido por enajenación, penados varones que cumplieran condena de presidio correccional o cadena

perpetua y que se supusieran en estado de perturbación mental y penados varones que padecieran epilepsia.

La falta de instalaciones psiquiátricas, a pesar de lo dispuesto por el R.D. 1.9.1897, persiste los durante los primeros años del siglo XX. De este período son los Reglamentos de Servicios de Prisiones de 1913 y 1930. El Reglamento de 1913, aspiró a dar unidad y armonía al gran número de disposiciones penitenciarias hasta entonces vigente. Encomienda a los médicos penitenciarios el examen de ingreso (incluido el estado mental) de todo recluso (art. 111.7). Pero si algo caracteriza esta época será la escasez presupuestaria que retrasaría la creación y/o adaptación de un centro adecuado para los reclusos enajenados.

Por R. D. 26.1.1912, se dispuso la constitución en El Dueso de un grupo penitenciario compuesto por una Colonia industrial y agrícola (preexistente a la publicación de ese Real Decreto) y un Manicomio Judicial. Éste constaría de una sección para observación de presuntos dementes y otra para tratamiento y asistencia de los trastornados declarados. Los reclusos se subclasificaban, a su vez, en las categorías de: tranquilos, semi-agitados, agitados y paralíticos, distribuidos en departamentos diferentes. Posteriormente el R. D. 7.6.1913, estableció el destino de este Centro exclusivamente para varones, destinándose las mujeres dementes a un pabellón especialmente destinado al efecto en la Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares. Pero el retraso en el acondicionamiento de El Dueso motivó que en 1913 se dispusiera el ingreso de los pacientes en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, hasta tanto se habilitara el citado manicomio Judicial.

Los presos locos se destinan, a falta de centro específico, a los manicomios provinciales, donde tampoco serán bien recibidos, por lo que vuelven a las cárceles. Un acontecimiento, ciertamente curioso, acabará con la situación: la queja de un diplomático extranjero acerca de la situación de un penado demente de su país recluido en un presidio español. Ello provocó que por R. D. 13.8.1917, por fin se habilitara provisionalmente como manicomio penitenciario para albergar a los dementes reclusos de las prisiones centrales, el pabellón existente en la suprimida Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María.

En 1926 se crea una comisión para estudiar el problema de los alienados en España, proponiéndose como una de las principales medidas, la creación de una Escuela de Psiquiatría, nombrándose una comisión para gestionar la cesión de terrenos propiedad del Ministerio de Gracia y Justicia para la edificación de la escuela.

En 1928 se promulga un nuevo Código Penal, y el mismo año, por R. D. 6.2.1928 se destina a los enfermos mentales al manicomio del Puerto de Santa María. El pensamiento penitenciario de la época entendía que el manicomio criminal había de participar de un doble

carácter: casa de salud en lo terapéutico y prisión en lo social que reclamaba seguridad de custodia.

5.1.4 II República (1931-1939)

En los años que preceden a la República, Gonzalo Rodríguez Lafora (1929) intentará tanto mejorar la asistencia clínica como introducir la psiquiatría científica en España. Para ello utilizará la Liga de Higiene Mental²⁸, creada en 1927 y de la que fue primer presidente Santiago Ramón y Cajal. Uno de los principales temas tratados en la Liga fue la reforma de la Ley de 1885. Tras el Anteproyecto de 1930, ello cuajaría en el Decreto sobre la Asistencia a enfermos mentales de 1931, en el que es notable la influencia de Lafora.

El período republicano alumbró un nuevo Código Penal, el de 1932, en el que es de destacar la nota humanitarista que se materializa en un conjunto de disposiciones. La Orden de 13.5.1931 retiró de las prisiones los grillos, hierros y cadenas de sujeción; el Decreto 22.3.1932 otorgó la libertad a los septuagenarios con buena conducta que ofrecían garantías de hacer vida honrada en libertad; por su parte, el Decreto de 5.7.1933 estableció un Hospital psiquiátrico judicial para los enajenados mentales, alcohólicos y toxicómanos, y el Decreto 9.6.1934, creó el reformatorio de Alcalá de Henares para vagos y maleantes.

Durante el régimen republicano el edificio que con anterioridad estuviera destinado a prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, acogerá ahora el llamado Hospital Psiquiátrico Judicial, por Decreto 5.7.1933. En lo que a clasificación respecta, el Decreto 5.7.1933 añade a la anterior relación del RSP (Reglamento de Servicio de Prisiones) 1930, como destinatarios del Hospital Psiquiátrico Judicial de Alcalá, los penados que presenten síntomas de epilepsia, a los alcohólicos crónicos y toxicómanos, a los *invertidos* sexuales y a los procesados que presenten síntomas de enajenación mental.

5.1.5 El régimen franquista

Una de las primeras características del régimen franquista en cuanto a las cárceles se refiere, consistió en una militarización del sistema penitenciario. Se produce una labor represiva, y al igual que en otros regímenes totalitarios, se trata médicamente a desviados y no conformistas con el tipo de sociedad propugnado. La sanidad se empobrece y una de las causas es el exilio de médicos y científicos prominentes.

²⁸ La Liga de Higiene Mental se creó en España por Real Orden de 25 de enero de 1927 con el objetivo de estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tendieran a conseguir la profilaxis de la locura, a mejorar la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y a condensar las reglas más indispensables de la higiene mental individual.

Se aprueban una serie de decretos y reglamentos. En el Código Penal de 1944 queda claro que la finalidad de la pena es simplemente el castigo, y, en cualquier caso, la condena debe servir para conseguir la regeneración moral y la redención evangélica (Luís Garrido, 1983). Según este código, los sentenciados que incurran en enajenación, los penados no enajenados que presenten trastornos psíquicos, los epilépticos, los alcohólicos crónicos y toxicómanos, y los procesados que presenten síntomas de enajenación, tienen como destino el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario.

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (Instituto Psiquiátrico Penitenciario en sus orígenes) cuya construcción se inició en 1944. Ubicado en el Complejo Penitenciario de Carabanchel, junto al Centro de Detención de Hombres, el Hospital General, el Reformatorio de Jóvenes y la Escuela de Estudios Penitenciarios, cubriría a partir de entonces las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas.

El RSP de 1956, tiene como principal novedad su adaptación a las Reglas Mínimas de Ginebra de 1955, con expresa regulación de los derechos y deberes de los reclusos y con respeto a la personalidad humana. El Reglamento contempla un amplio repertorio de centros especiales, como el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario y los centros de psicópatas, perversos sexuales y de deficientes mentales. Hasta su clausura, en 1984 y en 1990, serán Huesca y León los centros destinados a psicópatas y deficientes mentales.

En 1968 se introduce el tratamiento criminológico: aparecen los Equipos de Observación y Tratamiento. Paralelamente, la psiquiatría clínica en 1947 crea la primera cátedra de Psiquiatría.

5.1.6 Restauración democrática.1976

La LOGP 1/1979, prevé tres tipos de establecimientos: de preventivos, de cumplimiento y especiales (art. 7 LOGP). Dentro de la categoría de los especiales se comprendían, a su vez, los hospitalarios, los psiquiátricos y los de rehabilitación social (art. 11 LOGP).

El grupo parlamentario Socialistas de Cataluña propuso en el trámite de elaboración parlamentaria de la LOGP la presencia de un médico-psiquiatra en cada prisión, propuesta que no sería acogida. El Reglamento Penitenciario (R.P.) de 1981, mantiene la clasificación anterior de establecimientos si bien suprime la referencia a los centros de perversos sexuales.

5.1.7 La reforma penal y penitenciaria de 1995. Situación actual

El nuevo Código Penal de 1995, no hace sino ponerse al día con el de otros estados modernos, en consonancia con una Constitución, ya veinte años vigente que habla de derechos y libertades, de garantías jurídicas para todos los ciudadanos y por tanto también para el enfermo mental que comete un delito. Era, en fin, una exigencia democrática.

Mientras que, en el manicomio clásico, la reclusión no tenía límites temporales, el Código Penal limita el tiempo de internamiento. El enfermo mental recluido en un centro especial no debe permanecer más tiempo que el que le habría correspondido como condena en un centro penitenciario en caso de no existir la enfermedad mental (Art.101).

La normativa para la asistencia psiquiátrica en prisiones ha quedado dictada por el R.D. 190/1996 de 9 de febrero, y en la Ley General Penitenciaria, realizándose mención manifiesta a las necesidades de asistencia psiquiátrica (Art.209 del RP; Art. 36 y 39 de la LGP).

Otra importante novedad, es el intento de favorecer la rehabilitación a través del arraigo en el medio familiar. A tal efecto se propugnan dos tipos de centros: Los establecimientos hospitalarios de Alicante y Sevilla y las unidades psiquiátricas de los centros penitenciarios.

En la actualidad, el ingreso en los establecimientos o unidades psiquiátricas se lleva a cabo en los casos previstos en el artículo 184 RP 1996: a) detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación; b) personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario y, c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador.

Brevemente, señalar que la asistencia especializada en los establecimientos hospitalarios en la actualidad se lleva a cabo por personal especialista, integrado en equipos multidisciplinares (art. 185 RP), utilizándose criterios clasificatorios basados en exclusivos criterios asistenciales (art. 188.1 RP), restringiéndose la libertad sólo en la medida en que ello sea imprescindible (art. 188.2 RP), no aplicándose el régimen disciplinario común (art. 188.4 RP), en el que el empleo de medidas coercitivas es una medida que sólo puede ser admitida por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible (art. 188.3 RP), previéndose la colaboración de otras Administraciones Públicas para proseguir la asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico (185.2 RP).

Si bien Luís Fernando Barrios (2003) señala que la realidad es otra bien distinta. Para el autor, el enfermo mental recluido en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios tiene

una peor condición que cualquier otro recluso. Y ello, ya no sólo en razón a su enfermedad, tradicional fuente de marginación, sino porque el marco jurídico-administrativo en el que se desarrolla su estancia restringe las garantías de informadores de los que sí dispone el resto de la población reclusa (jurista, educador), y porque en multitud de ocasiones remite a órganos netamente regimentales decisiones que para cualquier otro interno de las prisiones españoles son resueltas por órganos de tratamiento. A ello se une la precariedad asistencial de personal especializado, las consecuencias indirectas que provocan el irregular reclutamiento de dicho personal o la nula o escasa formación específica del personal asistencial o de vigilancia.

Debo unirme pues a las recomendaciones efectuadas por la ponencia que trató la atención a la salud mental de la población reclusa en el Congreso de la AEN, celebrado en Oviedo en junio de 2003, donde se afirmaba que los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Fontcalent debían ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma.

En la actualidad, la asistencia psiquiátrica penitenciaria de carácter hospitalario se lleva a cabo en los establecimientos Hospitalarios de Alicante, creado en 1983 y Sevilla, creado en 1990.

5. 2 Almas y cuerpos ductilizados

A pesar de que la Institución Penitenciaria no tenía vocación de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral para los *enfermos mentales* que se encontraban en prisión, ésta se vio abocada a ello, en la medida en que el sistema judicial, dictaba sentencias condenatorias a una gran mayoría de *enfermos mentales*. Desde esta realidad, la Institución Penitenciaria se ha visto convertida y construida como un recurso asistencial que se encuentra fuera de la red del sistema nacional de salud (SNS)²⁹ y que debe velar por el diagnóstico y la detección temprana de los *enfermos mentales*, el correcto tratamiento y rehabilitación, y la adecuada derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad.

El encontrarse fuera del SNS supone muchas dificultades en cuanto a la continuidad de la asistencia médica de los *enfermos mentales*, lo que ya había relatado Purificación Heras (2008) que ocurría con otras personas al abandonar la prisión, en el caso del tratamiento con

²⁹ En el sistema sanitario Público Vasco, donde sí tienen trasferidas las transferencias de salud del sistema penitenciario, los internos no son reclusos en psiquiátricos penitenciarios, sino que son atendidos en unidades judiciales de los hospitales públicos. De igual forma en este sistema de salud, la continuidad en la asistencia sanitaria de los enfermos mentales está garantizada y facilitada por los mecanismos de información y comunicación.

metadona. A pesar del déficit en la continuidad, objetivado tanto por el sistema penitenciario como por el SNS, no existe un protocolo de derivación e información entre ambos.

Como resultado de esta carencia, los *enfermos mentales* llegan a prisión en numerosas ocasiones sin diagnóstico ni tratamiento psiquiátrico y a la hora de su puesta en libertad no se facilita la derivación al SNS ni se ofertan recursos asistenciales desde el exterior de la prisión. Es labor, por tanto, del centro penitenciario la búsqueda de recursos sociosanitarios para el interno a su puesta en libertad.

En la mayoría de las ocasiones, encontramos a una familia ampliamente desinformada y sin capacidad de esa búsqueda de recursos que precisa el paciente. Se proporciona al interno un informe médico que debe entregar en su centro de salud, que en la mayoría de las ocasiones no sabe dónde está ni que debe de hacer. Por otro lado, no se nos permite a los profesionales sanitarios concertar una cita desde el centro penitenciario directamente con el centro de salud mental que le corresponde. Es frecuente, por tanto, la interrupción del tratamiento al no establecer contacto con el servicio de salud mental de referencia, y en numerosas ocasiones no volverán a estar en tratamiento hasta que vuelvan a prisión, tras alguna posible recaída o la repetición de las conductas delictivas que provocaron su primer ingreso.

La realidad suele ser un interno en la puerta del centro penitenciario, sin ningún familiar que acuda a recogerlos, sin saber muy bien a dónde dirigirse y qué hacer con el informe médico, si es que aún lo conserva. Esto suele dar lugar a una desorientación del interno, que habitualmente encamina sus acciones hacia objetivos más hedónicos e inmediatos que acudir a un centro de salud. Sus opciones varían entre acudir a visitar a un amigo que llevan mucho tiempo sin ver, búsqueda y consumo de drogas o simplemente dejarse llevar fuera de los muros penitenciarios sin ningún objetivo prefijado.

5.2.1 Lo que la sociedad no quiere

Hace ya algunos años, como se describe en el informe realizado en 2007 por la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas, se advierte que alrededor del 12% de los reclusos necesitan tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra va en aumento. Hacer frente a las necesidades que plantean estos *enfermos* en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe (Hans Salize, Harald Drebing y Christine Kiev, 2007), la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. Según un informe del año 2008 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales

y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud.

Es cierto que, tal y como se recoge en las Recomendaciones (N.º R 98) del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. La OMS estima que en las sociedades occidentales la incidencia de alteraciones psiquiátricas en las prisiones es hasta siete veces mayor que en la población general (Eric Mendelson, 1992).

En 1998 se publicó en el Reino Unido uno de los estudios más completos hasta entonces, sobre la morbilidad psiquiátrica en los internos de las prisiones de Inglaterra y Gales. Este informe fue consecuencia de un artículo en el que dos años antes Lord Ramsbotham, principal responsable de la Inspección de las prisiones, denunciaba un trato discriminatorio de la administración británica en el manejo que se daba a los *enfermos* por el hecho de estar internados en prisión (Nikola Singleton, 1998). Este artículo generó en Inglaterra y Gales una corriente de opinión entre diferentes grupos sociales de presión, que provocó el inicio del proceso de transferencia de la asistencia sanitaria dependiente del Servicio de Prisiones, al Sistema Público de Salud, un proceso que culminó en abril de 2006.

Como ya se ha dicho, los países de nuestro entorno vienen experimentando desde los años ochenta un aumento de presos con trastornos psiquiátricos. Entre 1989 y 1990, en Holanda se realizó una investigación sobre la prevalencia de trastornos psíquicos entre presos con penas breves, de entre 18 y 24 años en el establecimiento penitenciario Nieuw Vossenveld. Esta investigación arrojó que el 79,9% de los presos, durante el año de la investigación o el año anterior a la investigación cumplen los criterios para un diagnóstico psiquiátrico (Gerda Van't Hoff, 2009).

El estudio PRECA, realizado en 2006 con el objetivo de disponer de datos epidemiológicos relacionados con la salud mental de los internos en los centros penitenciarios españoles, nace de la inquietud de profesionales de distintos ámbitos de la salud mental, del grupo de trabajo de Salud Mental de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Este estudio indica que la prevalencia de padecer trastorno mental en población reclusa es del 45,9%, dato muy similar al obtenido por el Ministerio del Interior, sobre la salud mental en el medio penitenciario en el 2007. En comparación con estos datos, en una muestra de población general española se estimó que la prevalencia de trastorno mental fue del 15,7% (Joseph María Haro et al., 2006).

Este hecho se debe a un conjunto de razones entre las que se encuentran la desaparición de los manicomios, el desbordamiento de las unidades de salud mental del sistema asistencial público, el considerable aumento de población general que carece de recursos de todo tipo, entre los que encuentran un buen número de personas con trastornos mentales y el aumento de los trastornos mentales provocados por el consumo de sustancias tóxicas, estrechamente relacionadas con conductas delictivas en la búsqueda de dicha sustancia (José Manuel Arroyo-Cobo, 2011).

Entre estas razones, me gustaría señalar la inadecuada gestión de políticas públicas que no fomentan la coordinación entre las administraciones encargadas del manejo de estos pacientes (Julie Steel et al. 2007). Esto provoca una relación aparentemente irreconciliable entre los puntos de vista de la administración de justicia, que persigue el cumplimiento estricto de la ley, y de la administración sanitaria que busca la curación y la rehabilitación como objetivo principal. Este sería el argumento fundamental para explicar actuaciones erráticas de la administración con estos *enfermos*, a los que se les debería mantener al cuidado de terapeutas especializados que procuraran su rehabilitación social y al tiempo sometidos a la tutela de los tribunales, algo que hoy en día es extraordinariamente raro.

Según Mariano Hernández y Julián Espinosa (2000), la frecuencia de conductas delictivas en personas que padecen trastornos mentales mantiene una estrecha relación con las deficientes condiciones sociales como el paro, la carencia de hogar y vivienda con el consiguiente vagabundeo en la calle, la inmigración, los traumas biográficos, el haber sido víctima de abusos, la pobreza, además del abuso o dependencia del alcohol u otras drogas. Todas ellas constituyen situaciones de riesgo, tanto para sufrir enfermedad mental, como para incurrir en conductas delictivas. De esta manera, se construye un triple estigma para los sujetos que padecen riesgo de exclusión y padecimiento mental: las drogas, la prisión y la enfermedad mental.

Lo anteriormente expuesto no debe hacernos pensar que existe una correlación entre trastorno mental y delincuencia, sino más bien se podría establecer una relación entre exclusión social, trastorno mental y prisión. La enfermedad mental puede causar comportamiento delictivo, en la medida en la que contribuye a un estilo de vida caótico, vulnerable socialmente, estigmatizante y marginal. En otros casos, la perniciosa influencia individual de un proceso mental grave o crónico está en el antecedente de un acto incomprensible, impulsivo e impredecible que conduce a una conducta delictiva. Así, un trastorno mental puede acabar en un fracaso de adaptación social, derivando a comportamientos delictivos y a una sentencia penal. Y es así como muchos enfermos

mentales llegan al sistema penitenciario en los países occidentales, (Hernández y Espinosa, 2003).

Por tanto, los servicios sanitarios de las prisiones deben atender un gran número de internos con trastornos mentales porque, o bien los presentaban a su ingreso, o se mantenían en un nivel subclínico y se han exacerbado a consecuencia de su estancia en prisión.

5.2.2 El loco encarcelado

Al aumento de la incidencia de trastornos mentales en el sistema Penitenciario actual, hay que sumar el efecto específico que puede ejercer la prisión sobre las personas internas, (Elizabeth Burney y Geoffrey Pearson ,1995). Estos autores describen una serie de problemas, como son: el riesgo de suicidio; problemas por adaptación al medio penitenciario; los derivados de la frecuente masificación de centros con dificultad para garantizar el principio básico de privacidad e intimidad del interno; la escasez de personal o su deficitaria formación; la ausencia de información adecuada sobre los diferentes aspectos de la vida en el centro estrictamente reglamentados; la arbitrariedad con que se hacen cumplir tales reglamentos; el aislamiento prolongado o indefinido, los malos tratos físicos o psicológicos; el posible incumplimiento de las normas relativas a los derechos fundamentales de las personas internadas; los traslados arbitrarios de cárcel y el internamiento en prisiones alejadas del medio familiar entre otras cuestiones.

Los sujetos diagnosticados de *enfermedad mental* dentro del sistema penitenciario presentan notables diferencias con respecto a los sujetos que no están privados de libertad. En primer lugar, es innegable el estigma que aporta la institución al interno, pero a esto hay que añadirle la desconfianza que el sistema despierta, provocando una menor cooperación del sujeto en cuanto a medidas terapéuticas se refiere. En la institución se generan pocos espacios para la recuperación y las posibilidades de negociación se reducen al mínimo.

Por otro lado, dada la inercia y la falta de iniciativas que se producen en el individuo, el consumo de drogas³⁰ suele ser una buena opción de escapar del sistema y, como consecuencia, se producen un mayor número de descompensaciones. A pesar de las disidencias que se puedan tener frente a la institución, el poder disciplinario orienta conductas de una forma mucho más normada que en el exterior.

La compleja organización de la vida en un centro penitenciario, siempre presidida por el control y la disciplina, por las restricciones de todo tipo y la convivencia forzada, por los

³⁰ Siguiendo los datos del propio PRECA, el 87% de los enfermos mentales que se encuentran en prisión consumen tóxicos.

horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de los *enfermos mentales*. A pesar de ello, teniendo en cuenta el tiempo que el interno permanece en el mismo entorno, la prisión podría constituir un espacio terapéutico ejemplar, donde ese tiempo y espacio nos permitiera crear relaciones terapéuticas de confianza y negociación.

La potenciación de estos espacios y la formación de los funcionarios en el manejo de personas con trastornos mentales, debería ser una pieza importante en la construcción de ambientes positivos, donde se fomentaran las relaciones de respeto y de empatía. Estos espacios deberían ponerse a disposición de los sujetos, sin que se convirtieran en guetos donde agruparlos y separarlos del resto de internos de la prisión para que no *obstaculizaran* la vida *normal* en el centro.

Tampoco debemos olvidar cómo la prisión puede ser un dispositivo capaz de detectar tempranamente las dificultades asociadas a la marginación social, rescatando a *enfermos* crónicos de una espiral de deterioro y conflictos reiterados con la justicia.

Teniendo en cuenta las particularidades del *enfermo mental* en los centros penitenciarios, desde la DGIIPP se consideró necesario resolver las controversias y dilemas éticos y legales que determinan la actuación clínica en casos concretos, como por ejemplo, las condiciones de aplicación del tratamiento en contra de la voluntad del *enfermo*, los protocolos de traslado desde los lugares de detención y custodia del *enfermo mental*, comisarías y centros penitenciarios, a recursos socio-asistenciales, tanto para diagnóstico de un cuadro agudo como para la derivación y seguimiento, una vez que el paciente sale del sistema penitenciario (José María Civeira, Ángel Dolado, Paulino Querol, 2010).

5.3 Algunas consideraciones judiciales

Las controversias entre los planteamientos estrictamente jurídicos y los fundamentados en criterios clínicos respecto a la derivación, tratamiento y custodia de alguno de estos *enfermos mentales* sometidos a la tutela de los tribunales, ha sido una preocupación para las autoridades sanitarias penitenciarias en los últimos años. En España, es especialmente llamativo el problema suscitado con los *enfermos* sometidos a medidas de seguridad, por tanto, declarados no responsables de su conducta delictiva. Los tribunales pretenden con esa medida de seguridad, asegurar un correcto tratamiento y, por tanto, alcanzar la rehabilitación de estos *enfermos*, que, sin embargo, suelen agotar el tiempo de la medida de seguridad

privativa de libertad hasta el último día, en un recurso asilar de bajo perfil rehabilitador como es un hospital psiquiátrico penitenciario.

Por otra parte, los hospitales psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario se encuentran sobreocupados porque soportan una excesiva derivación de *enfermos* que han entrado en el sistema judicial pero que no encajan en el perfil clínico de un *enfermo mental* que precisa asistencia hospitalaria.

Las causas de esta derivación inadecuada son múltiples: descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial, estigmatización de estos *enfermos* que causa rechazo en los recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse, presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación, y ausencia de políticas de prevención y control de la enfermedad mental en pacientes crónicos con una red de apoyo social deficitaria, entre otras, lo que provoca que esos *enfermos* acaben empeorando y teniendo comportamientos antisociales, en ocasiones reiterados y finalmente graves.

En el año 2011, la DGIIPP publicó un análisis de la situación de los hospitales dependientes del sistema penitenciario, en el que se trataba en profundidad este problema, y donde se debatían soluciones para resolver estas controversias, entre lo estrictamente jurídico y lo estrictamente clínico, a la hora de decidir sobre el futuro del tratamiento de estos *enfermos mentales* que entran en contacto con el sistema judicial.

El vigente Código Penal establece como lugares de internamiento, en el caso de los exentos de responsabilidad criminal conforme al art. 20. 1º CP “un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie” (art. 101.1 CP). Como ya vimos el fin de las instituciones penitenciarias es, según el art. 1 LOGP, “la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad”. Por ello la Administración Penitenciaria dispone de establecimientos específicamente destinados al cumplimiento de medidas de seguridad.

El art. 7 LOGP enumera el tipo de centros penitenciarios, citando junto a los establecimientos de preventivos y de cumplimiento de penas, los llamados “Establecimientos especiales”. A su vez, estos establecimientos, “en los que prevalece el carácter asistencial”, son de varios tipos:

- Centros hospitalarios
- Centros psiquiátricos
- Centros de rehabilitación social

Además, el art. 183 RP alude a la existencia de Unidades Psiquiátricas Penitenciarias. En la práctica la oferta asistencial se reduce en la mayoría de los casos, a los establecimientos

hospitalarios psiquiátricos, ya que el resto de los centros y unidades citados o no son receptivos, o no están preparados para asumir a un colectivo de *pacientes mentales* que han cometido delitos graves y crean una gran alarma social. Sin embargo, son numerosos los casos de cumplimiento de medidas de seguridad en establecimientos penitenciarios ordinarios (especialmente en el caso de concurrencia de pena y medida de seguridad).

Comparto la opinión de José Jiménez (1996) de que el destino a establecimientos psiquiátricos penitenciarios debiera reservarse para los casos de largas condenas. El aumento de casos, que está teniendo lugar en los últimos tiempos, de *pacientes* ingresados para cumplir medidas inferiores a un año (en ocasiones de sólo dos o tres meses) pienso que debe reflexionarse. El internamiento de corta duración no creo que sea el más adecuado para el tratamiento, que debe tener cabida en el propio ámbito comunitario, con mejores resultados y con los controles que sea necesario disponer.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios adolecen sin embargo de importantes carencias. La red hospitalaria psiquiátrico-penitenciaria es muy reducida (el establecimiento de Fontcalent en Alicante 380-400 camas, Sevilla 180-190 camas, ambos saturados). La dotación de personal especialista (especialmente psiquiatras) es escasa y otro tanto sucede con el personal de enfermería.

La existencia de solo dos hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes de la Administración Central (sólo el de Alicante tiene un Pabellón de mujeres) conlleva un efecto devastador desde el punto de vista del desarraigo. Son muchos los internos que se encuentran a cientos de kilómetros de sus familiares (en el caso de las internas, todas ellas se encuentran alojados en el único pabellón psiquiátrico penitenciario de mujeres del módulo 1 del hospital psiquiátrico de Alicante). Carecen estos centros de un reglamento propio, que facilitaría el fin tratamental de la pena, ya que el RP no cubre las necesidades de regulación y la estructura organizativa es considerablemente diferente a la existente en otros centros hospitalarios de la red sanitaria del estado. Opino que, al margen del dispositivo de seguridad, la estructura organizativa debería tener como modelo otras instituciones hospitalarias y no el resto de establecimientos penitenciarios ordinarios.

A la escasez de hospitales psiquiátricos penitenciarios se une el hecho de que las Unidades psiquiátricas penitenciarias (art. 184 RP) no han sido creadas hasta la fecha en el ámbito de la Administración Central, a pesar de que el RP establece:

La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos través del arraigo en su

entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes (Reglamento Penitenciario, art.191.2).

Las únicas previsiones de cumplimiento de medidas de seguridad privativas de libertad en centros penitenciarios ordinarios están contenidas en los art. 8.1 LOGP que establece, que en los establecimientos de preventivos “también podrán cumplirse penas y medidas privativas de libertad cuando el internamiento efectivo pendiente no exceda de seis meses”.

A lo largo de la historia nuestros Códigos Penales se han centrado en categorizar, sin tener en cuenta los contextos sociales y biográficos de la persona. Por otro lado, hasta que el Código Penal de 1995 estableció una limitación objetiva a la duración de las medidas de seguridad (en atención a la pena establecida para el delito cometido), las personas con trastorno mental a las que se imponía la medida de seguridad de internamiento permanecían indefinidamente privadas de libertad, en ocasiones en virtud de la comisión de pequeños delitos. Esta situación fue severamente denunciada por la Comisión de Legislación de la AEN en diversos documentos, así como por el Defensor del Pueblo en su célebre informe de 1991 *Sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*.

El Código Penal de 1995, estableció un sistema de respuesta a los hechos delictivos, basado en la dualidad de las penas y/o medidas de seguridad, según se apreciase la imputabilidad o inimputabilidad del sujeto. Así se estableció la existencia de dos grandes grupos de sujetos que se diferenciaban por las necesidades asistenciales que presentaban en el sistema penitenciario:

Por un lado, los enfermos mentales que son declarados por los tribunales no responsables del delito cometido (inimputables) el Tribunal tiene la posibilidad de someterles a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerles internamiento psiquiátrico (involuntario) en uno de los dos psiquiátricos penitenciarios que existen en España, por un periodo que en ningún caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle.

Y por el otro, los enfermos mentales que han sido declarados culpables de algún delito (imputables) y se encuentran cumpliendo la pena en un centro penitenciario ordinario.

Por lo que respecta al orden penal, el art. 20 del Código penal vigente, considera exento de responsabilidad criminal al que “al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. A este tipo de infractores penales “se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un

establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie” (art. 101.1 CP).

Durante la ejecución de la sentencia, es decir, mientras dure el internamiento, el Juez o Tribunal sentenciador pueden, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria y mediante un procedimiento contradictorio, “sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate” (art. 97.b CP).

Es decir, pueden sustituir el internamiento: por la “sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter sociosanitario” por un período no superior a 5 años (art. 105.1.a CP). Bien entendido que “en el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará tal medida sin efecto” (art. 97.b CP). O lo que es lo mismo, dando por finalizado el tratamiento médico externo (tratamiento ambulatorio) el sujeto concernido devendría nuevamente internado, si bien por tiempo limitado: “el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo”, (art. 101.1 CP). El Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, es el que debe realizar el seguimiento de la efectividad del tratamiento ambulatorio.

No obstante, podemos plantear que una evolución desfavorable del sometido a tratamiento ambulatorio no necesariamente debe comportar el reingreso en el establecimiento para proseguir el internamiento, ya que si tal empeoramiento se experimentó con la medida sustitutiva (tratamiento ambulatorio) pudiera suceder que tampoco la medida sustituida (internamiento) fuera la adecuada en la nueva situación, por lo que cabría imponer al sujeto una medida distinta a la sustituida.

El juego de medidas contempladas en el art. 105.1 CP admitiría, en principio, tal posibilidad en el caso de enfermos mentales. Tales medidas son, además de la sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter sanitario, la obligación de residir en un lugar determinado, la prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe, la prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas, la custodia familiar, el sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares y la prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o el tribunal sentenciador.

La opción entre el internamiento y cualquier otra medida de seguridad no privativa de libertad corresponde al órgano juzgador, y aunque éste puede decidir imponer una medida

privativa de libertad (internamiento para tratamiento médico) debería entenderse que ésta sólo es posible en ausencia de otro tratamiento o medida que pudiera ser más adecuado. En algunas resoluciones judiciales, se justifica la imposición del internamiento calificando la misma como “una medida dirigida al tratamiento médico del acusado, inimputable en su actuar, y con un pronóstico de peligro para el futuro” y a la vista del fracaso de un anterior tratamiento ambulatorio durante el que tuvo lugar el hecho delictivo.

El equipo multidisciplinar que atiende al interno debe presentar al Juez de Vigilancia Penitenciaria un informe indicando la necesidad de mantenimiento, cese o sustitución del internamiento. El Juez de Vigilancia Penitenciaria “estará obligado a elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta” (art. 97 CP), correspondiendo la decisión final al Juez o Tribunal sentenciador.

Por su parte, la Instrucción 19/2011 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dictada en desarrollo de los Arts. 20, 21 y 22 del R. D. 840/2011 de 17 de junio, manifiesta una clara preocupación por procurar que estas personas, a la salida del centro penitenciario, cuenten con los apoyos necesarios para evitar la marginación y el retorno al sistema penal. Esto supuso un cambio radical de enfoque.

Hasta ahora, lo que los textos legales evidenciaban es que estas personas fuesen “incapacitadas judicialmente”, de ahí las comunicaciones y remisión de testimonios al Ministerio Fiscal a efectos de valorar la adopción de esta medida.

Desde mi punto de vista no son sentencias de incapacitación lo que necesitan las personas calificadas como *discapacitadas* y *enfermas*. Antes que nada, los sujetos demandan que, al recobrar la libertad, cuenten con los apoyos necesarios que les permita llevar una vida digna. Algunos contarán con familiares que los reciban; otros requerirán apoyo de organismos e instituciones públicas o privadas. El retorno a la libertad debe ser preparado al menos con seis meses de antelación, buscando la coordinación con las familias y la red sociosanitaria. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias señala:

La intervención penitenciaria, no se agota en el espacio y el tiempo penitenciarios, sino que demanda por su propia naturaleza un conexión estrecha con entidades públicas y privadas de reinserción y una permanente previsión de futuro, con atención a las redes familiares, a los recursos comunitarios de tratamientos y tutela, así como a la participación del tercer sector, a fin de rentabilizar terapéuticamente el paso por el sistema penitenciario de estas personas (Instrucción 19/2011 de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias).

La preparación de la puesta en libertad conlleva:

1. La gestión, en su caso, de los documentos y reconocimientos que facilitan el acceso a las prestaciones sociosanitarias. Así, debe ser este un momento idóneo para tramitar, en los casos en que proceda, las ayudas y apoyos previstos en la denominada “Ley de Dependencia”. Actualmente sin este reconocimiento no es posible acceder a ninguna prestación social en la Comunidad. La evaluación deberá realizarse en el propio centro penitenciario por los órganos competentes de cada comunidad Autónoma, a solicitud del propio interno o, en caso de carecer de capacidad para ello, a solicitud de los servicios sociales penitenciarios.
2. El establecimiento de cauces o incluso de convenios tanto con órganos públicos o del tercer sector. Ejemplo de ello y, de buena práctica, es el convenio de colaboración firmado el día 24 de marzo de 2014 en Madrid, entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), con objeto de integrar a los reclusos con padecimiento mental, en los recursos laborales de la citada fundación (en tanto permanecen en prisión) y en los recursos residenciales de la misma, (al tiempo de la salida). En el caso del centro penitenciario existe un convenio con la FEAFES (Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental) que a día de hoy no se ha materializado en la derivación de ningún *paciente* a su puesta en libertad.

5.4 Posibles soluciones

A pesar de todo ello, la institución penitenciaria se ha visto en la necesidad de enfrentarse al reto de poder garantizar una continuidad con la atención sanitaria recibida en el SNS. La Constitución Española (1978), al igual que otras constituciones, reconoce explícitamente el derecho a la salud de todos los ciudadanos. La Ley General de Sanidad (1986) reconoce el derecho a recibir atención a los problemas de la salud mental sin ninguna discriminación respecto a otros problemas de salud. Según esta ley el SNS atenderá a los pacientes mentales en la misma red asistencial que el resto de los pacientes (en España no hay una legislación sanitaria específica diferenciada para la asistencia psiquiátrica). Por lo tanto, la persona privada de libertad mantendrá su derecho a la salud, como el resto de la población general. El enfermo mental no deberá sufrir ninguna discriminación con respecto al resto de los enfermos.

Sin embargo, como dicen Hernández y Espinosa (2000), esto no siempre es asumido por los responsables de las prisiones o los médicos de las mismas; no siendo infrecuente que se nieguen a tratar a los *enfermos mentales* y tiendan a trasladarlos rápidamente a un hospital psiquiátrico, sobre todo si hay uno penitenciario.

La OMS, la organización de naciones unidas (ONU), la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de nuestro país han publicado recomendaciones generales para impulsar, coordinar y orientar los esfuerzos de las instituciones sanitarias públicas, de manera que en prisión se garanticen las mismas oportunidades de tratamiento que tienen los *enfermos mentales* fuera de los centros penitenciarios, (Sue Wilson, 2004).

Entre esas recomendaciones, exponen cómo, para garantizar la continuidad y equivalencia de la asistencia en la institución penitenciaria es básico contar con un programa de atención al *enfermo mental* adaptado a ese medio.

La Oficina Europea de la OMS en octubre del 2008 publicó una declaración donde se establecían una serie de criterios para mejorar la asistencia de los enfermos mentales en las prisiones europeas. En este documento se advierte de la excepcionalidad de la situación y la dificultad en mantener en el medio penitenciario los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental. Este enfoque consiste en: potenciar la autonomía de los enfermos, prestar la continuidad y accesibilidad de los cuidados, atender de manera interdisciplinaria y dotar de una atención equitativa a los pacientes.

El objetivo final es dirigir el tratamiento a la recuperación social del enfermo con la corresponsabilidad de todas las instituciones involucradas en su rehabilitación. En resumen, la OMS, persigue la máxima calidad asistencial en un entorno como el penitenciario que no favorece el cuidado de los enfermos mentales graves.

La realidad es que la autonomía de los *enfermos* se ve en gran medida mermada, ya que pertenecen a un colectivo estigmatizado, sobre el cual se suelen tomar decisiones, sin tener en cuenta sus preferencias o sus puntos de vista. El sistema penitenciario posee un sistema disciplinario altamente normatizado que deja pocos resquicios para la autonomía o las decisiones individuales. Por otra parte, el objetivo final que plantea la OMS sobre la recuperación social del enfermo a través del vaso tratamiento, con la corresponsabilidad de todas las instituciones, dista mucho de la realidad. Según vimos anteriormente, el sistema penitenciario no garantiza la continuidad de la asistencia médica de los *enfermos mentales* una vez puestos en libertad, y en menor medida aún, alcanza la recuperación social del sujeto.

Según las recomendaciones de la OMS, en los centros penitenciarios comunes del estado español, se propusieron como respuesta a las necesidades de estos enfermos, la puesta en marcha de un programa de actuación específico, el *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión* (PAIEM), que reunía todas las directrices sobre cómo los *expertos* deben abordar la asistencia de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios.

5.4.1 Un programa a su medida

La respuesta a estas necesidades comenzó a plantearse en junio de 2007 cuando se publicó el *Plan de Salud Mental de IIPP*. Después de un periodo de pilotaje de las actuaciones que se proponían en el plan, y tras la evaluación de los resultados, se elaboró el Protocolo de Aplicación del *Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales* (PAIEM) en centros penitenciario, publicado en septiembre de 2009. En este documento se resumen las directrices de la Secretaría General sobre la asistencia a los problemas de salud mental en el medio penitenciario que propone dar relevancia fundamentalmente a la multidisciplinaridad, la equidad con los servicios asistenciales externos, la continuidad asistencial facilitando el enlace con los servicios de psiquiatría de la comunidad, la flexibilidad y disponibilidad de recursos, el diseño de un programa individualizado y la corresponsabilidad de las autoridades gestoras de los centros.

La multidisciplinaridad, abriendo la participación a todos los profesionales de la prisión interesados en los *enfermos mentales*. El programa prevé la creación de equipos multidisciplinarios en los centros, impulsados por el director y los subdirectores de tratamiento y de sanidad, pero compuestos por todos aquellos profesionales que puedan intervenir en las actividades asistenciales con los *enfermos* : personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de asociaciones u ONGs (Organizaciones no Gubernamentales), juristas, maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia.

La equidad, lo que implica poner al servicio de los *enfermos* en prisión unos dispositivos asistenciales equivalentes a los existentes en la comunidad, con el objetivo de alcanzar los mismos estándares de calidad asistencial. Otra propuesta es la continuidad asistencial, tanto en el momento del ingreso en prisión como a la salida en libertad, facilitando el enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad. De igual modo proponen a las ONGs e instituciones del tercer sector como instituciones relevantes, tanto en la

rehabilitación psicosocial en las prisiones como en la mediación insustituible en la reinserción social.

La flexibilidad y disponibilidad de recursos poniendo a disposición de los *enfermos*, todos los espacios y recursos terapéuticos del centro: talleres, módulos de respeto, Grupo de Ayuda al Drogodependiente (GAD), programa de discapacitados, deportes, terapeutas específicos; con el objetivo de lograr su integración efectiva. Todos ellos proponen el diseño de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación que persiga un seguimiento tutorizado en el proceso rehabilitador de cada interno. Lo hacen planteando la corresponsabilidad de las autoridades gestoras de los centros en su funcionamiento, desde la dirección hasta los máximos responsables de sanidad y tratamiento de cada prisión.

Los objetivos del programa son:

- Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental
- Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario

Teniendo todo lo anteriormente en cuenta, el programa PAIEM consta de tres fases:

- Primera fase que persigue el diagnóstico y estabilización del enfermo
- Segunda fase de rehabilitación psicosocial que implica la elaboración del programa de intervención de acuerdo a las características clínicas y la repuesta al tratamiento farmacológico. Para ello se realizará:

Evaluación de habilidades y discapacidades

Diseño del programa de rehabilitación

Ejecución y Seguimiento

- Tercera fase que pretende una adecuada derivación y reinserción del enfermo mental.

El programa debe ser puesto en marcha por el director del centro, mediante la constitución del equipo multidisciplinar y el diseño del programa. Una vez constituido el equipo, se diseña el programa de intervención del centro, donde se determinan las funciones y responsabilidades de cada uno de los componentes del equipo, se elige el coordinador y se establece el calendario de actuaciones que incluirá las reuniones periódicas del equipo. El programa debe ser aprobado previamente por la Junta de Tratamiento y el Consejo de Dirección del centro.

El programa está dirigido específicamente a los *enfermos mentales* que se encuentran cumpliendo una pena privativa de libertad y por lo tanto fueron considerados responsables del delito que cometieron por el tribunal sentenciador. Los *enfermos mentales* considerados inimputables y por tanto sentenciados a una medida de seguridad y que no se encuentran en los psiquiátricos penitenciarios, también son integrados en el programa, a falta de otros programas específicos en los centros penitenciarios.

La identificación de internos con *enfermedad mental* se realiza tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en el centro. En el caso de que cualquier profesional detecte un posible trastorno mental, lo pone en conocimiento de los servicios sanitarios y/o de los profesionales que integran el equipo multidisciplinar con el fin de que se adopten las medidas necesarias.

El principal criterio de inclusión en el programa PAIEM, es la presencia de sintomatología conductual que interfiera en la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado. Los internos con enfermedad mental aguda deben de ser en primer lugar estabilizados en el módulo de enfermería y una vez conseguido este objetivo, pueden pasar a formar parte del programa.

Los profesionales deben realizar un plan personalizado e individualizado de rehabilitación, con el fin de asignar objetivos, planificar actividades y evaluar a los internos incluidos en el programa. El programa especifica la necesidad de estudiar de forma individual a cada enfermo, mediante su clasificación en tres niveles de intervención, donde se evalúa preferentemente la presencia o no de conductas disruptivas o de riesgo y la presencia de síntomas que interfieran significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio. Según la capacidad de respuesta del interno se aplican diferentes medidas más o menos intrusivas de seguimiento y observación directa de sus actividades diarias. Estos niveles de intervención se detallan en el Anexo I (Protocolo del PAIEM), donde se clasifican a los sujetos según las características clínicas y la calidad de respuesta.

- En el nivel uno se observa una buena respuesta al régimen disciplinario y no existen conductas disruptivas, por lo tanto, puede hacer vida normal en los módulos.
- En el nivel dos el interno tiene una respuesta parcial e interfiere parcialmente en el funcionamiento diario por lo puede hacer vida normal en los módulos, pero con el apoyo de un ordenanza³¹.

³¹ La figura del interno ordenanza en salud mental es asignada por el equipo del PAIEM, y tiene la función de ayudar al enfermo en todas aquellas tareas que se determinen por el equipo y que le ayuden en su proceso de integración.

- En el nivel tres la respuesta es inadecuada y sus conductas obstaculizan notablemente en el buen funcionamiento del módulo por lo tanto precisa de un estricto control e ingreso en enfermería.

Esta clasificación se realiza por todo el equipo, pero con especial relevancia por el tutor del interno. Cada miembro del equipo multidisciplinar será tutor de uno o varios internos. El tutor debe tener una actitud cercana, directa, estable y empática con el interno y de esta manera aumentar el conocimiento sobre él y fomentar la autoestima, seguridad y motivación en el interno. Se constituirá en la persona de referencia para el interno que lo escuchará e intentará responder a sus demandas de manera personalizada.

Sin llegar a formar parte del equipo multidisciplinar, existe la figura del “ordenanza del PAIEM”. Son internos especialmente valorados por la institución en relación a su comportamiento y colaboración con el centro. Son formados en materia de salud mental durante 4 meses por la Dirección General en los centros penitenciarios y reciben un sueldo como trabajadores asegurados. La intención del programa es que funcionen como mediadores entre los *enfermos* y la dirección y que realicen funciones propias del agente de salud. Agente de salud entendido como un miembro de la comunidad con la que trabaja, integrado dentro de un equipo de personal sanitario.

Tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y los internos de la comunidad, con el fin de mejorar la circulación de la información, las iniciativas y los recursos entre ambas partes. Asimismo, se encarga de dinamizar acciones de promoción de la salud e influir tanto en el interno como en el equipo sanitario sobre las decisiones a tomar.

La realidad es que la formación que reciben consiste en nociones básicas de salud, como primeros auxilios, nutrición, comunicación o historia de la psiquiatría y no en contenidos propios de la salud mental. La formación es impartida por un profesional que no es especialista en salud mental y por lo tanto el ordenanza del PAIEM, no tienen la formación necesaria para comprender los diferentes comportamientos de los sujetos o facilitar mecanismos compensatorios. En los capítulos de etnografía se profundizará más sobre las interacciones del ordenanza del PAIEM con el conjunto de los actores sociales.

El seguimiento y evaluación del programa se realiza mediante fichas de evaluación semestrales y deben remitirse con esa periodicidad a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Se evalúa la composición del equipo disciplinar, el número y diagnóstico de internos integrantes del programa, así como su asistencia a las actividades del programa y las actuaciones realizadas en materia de reinserción y rehabilitación social.

Con el objetivo de evaluar el funcionamiento y los resultados obtenidos por el programa de atención integral al *enfermo mental* entre los años 2009-2013, la DGIIPP cuatro años después de la implantación generalizada del Protocolo en el 92% de los centros penitenciarios, elaboró un informe donde se ponían de relieve los resultados obtenidos y se proponían mejoras.

Los datos se recogieron a través de un cuestionario elaborado por un grupo de trabajo de profesionales de la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. El grupo de trabajo reelaboró un cuestionario que se conformó como anónimo y semiestructurado con 34 preguntas cerradas, abiertas y mixtas, que incluían preguntas acerca de hechos, actitudes, opiniones, experiencias, situaciones y procesos del PAIEM.

El cuestionario se envió en febrero de 2013 a los directores de los 68 centros penitenciarios (el PAIEM no se desarrolla en los hospitales psiquiátricos ni en las prisiones de Cataluña) para que lo facilitaran a todos los componentes de los equipos PAIEM.

El cuestionario fue respondido por 331 profesionales pertenecientes a 62 establecimientos penitenciarios ordinarios de los 68 que tienen equipos PAIEM. Entre los profesionales que contestaron al cuestionario destacan principalmente psicólogos, educadores, médicos y trabajadores sociales.

La evaluación estaba, fundamentalmente orientada a conocer la percepción de los miembros de los equipos PAIEM sobre la mejora de la calidad asistencial de los *enfermos mentales* ingresados en los centros penitenciarios y analizar la aceptación, participación y valoración del programa por parte de los profesionales. No se analizó, en esta evaluación, la percepción de los internos integrantes del programa, respecto al mismo.

Los profesionales al cuidado de los *enfermos* percibían mayoritariamente mejoras en las carencias y *discapacidades* en más de la mitad de los casos de los internos incluidos en el programa.

La mitad de los internos del programa estaban alojados en módulos comunes y la otra mitad, en módulos de respeto. Se valoró como positivo la pertenencia a estos módulos, alegando que convivían con otros internos y compartían actividades con otros programas específicos, que permitían al *enfermo* una convivencia menos estresante mientras desarrollaba nuevas capacidades de interacción en un entorno progresivamente más exigente.

En caso de incidente regimental de un interno incluido en el PAIEM, en la mayoría de los centros el funcionario hacía un parte disciplinario reglamentario (en el 64,5 % de los casos). Son minoritarios los centros en los se elaboraba por parte del funcionario de vigilancia o del

propio equipo PAIEM un informe específico en el que se hiciera constar que se trataba de un interno del programa. Añaden, en la evaluación, que este informe podría ser utilizado por la Comisión Disciplinaria para la valoración de las circunstancias de la falta a corregir en relación con la situación psíquica del interno.

Observaron que la recogida de la información sobre la inclusión en el programa y evolución de los internos no estaba sistematizada, y por lo tanto cuando se trasladaban de un centro a otro se producía una pérdida de información que podía provocar una interrupción relevante en la continuidad rehabilitadora y terapéutica.

La preparación para la salida en libertad se efectuaba de forma deficiente o no se realizaba en un tercio de los centros. Esto ocasionaba una pérdida de continuidad asistencial, farmacológica y psicoterapéutica en el interno una vez es puesto en libertad. El informe señala que todo ello provoca un incremento considerable en los factores de riesgo de recaída, descompensación psíquica y reincidencia delictiva.

Por último, destacaban cómo en el informe que reciben los internos de denegación de permiso, aparece en muchos casos marcada la casilla de “09 B Trastorno psicopatológico” sin más explicaciones. El hecho de que en el informe de denegación de permiso penitenciario apareciera cómo motivo el padecer un trastorno psicopatológico, vieron que podía provocar una vivencia realmente negativa en el interno. Si no se acompañaba de más explicaciones comprensivas se podía favorecer el estigma y provocar en muchas ocasiones que el interno se desligara del programa.

Vemos pues, como a pesar de que la mayoría de profesionales perciben mejoras en las *discapacidades* de los internos, no se especifica a que mejoras concretas se refieren y el propio sistema detecta numerosas deficiencias en el funcionamiento del programa tras cuatro años de funcionamiento.

5.4.2 Implantación del programa en el centro penitenciario

Dentro del plan general de instituciones penitenciarias sobre el abordaje de la atención a los *enfermos mentales*, en la prisión se implantó el programa PAIEM en el año 2009.

El equipo multidisciplinar del programa está compuesto por:

- Personal sanitario: médica y enfermero
- Psicólogo
- Educador
- Trabajador social

- Jurista
- Maestro
- Subdirector de tratamiento
- Subdirector médico

Este equipo es responsable de la intervención con los *enfermos mentales* desde el momento del ingreso en prisión del interno hasta la excarcelación del mismo. Entre sus funciones se encuentran, como hemos visto: detectar la existencia de patologías; establecer criterios de priorización en las diferentes intervenciones del equipo técnico, inclusión y clasificación modular; realizar la evaluación de habilidades y discapacidades; definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar; diseñar y ejecutar el plan de reincorporación social y asesorar y emitir los oportunos informes para la junta de tratamiento o para la autoridad legal.

Los responsables directos del equipo multidisciplinar son el subdirector de tratamiento y el subdirector médico, que dependen en último término de la supervisión del director del centro. Los técnicos del programa en su mayoría son designados por la dirección del centro de manera involuntaria, provocando continuos cambios en la composición del equipo multidisciplinar. Pertenecer al equipo del PAIEM conlleva un trabajo extra que no tienen el resto de profesionales y que supone compartir o subyugar una cota de poder que normalmente poseen en su totalidad en su parcela diaria como *experto*. Por este motivo aproximadamente cada año los técnicos suelen pedir el cambio a otro programa penitenciario.

De acuerdo con la base del sistema sanitario penitenciario, el equipo de atención primaria está constituido por médicos, enfermeros y personal auxiliar cualificado, quedando la psiquiatría en un segundo nivel de especialización. La realidad diaria es que los médicos de prisiones se ven abocados al tratamiento especializado psiquiátrico sin una verdadera especialización ni formación adecuada. Esto provoca no pocas fisuras en el sistema, que en ocasiones retarda diagnósticos y ocasiona internamientos en unidades psiquiátricas de agudos que podrían haberse evitado con una correcta capacitación.

El psiquiatra consultor del centro penitenciario no forma parte de la plantilla del equipo sanitario y suele acudir a pasar consulta a los internos que son derivados por el médico de atención primaria, de forma mensual. La consulta suele durar una media de 15 minutos, lo que impide el conocimiento de experiencias individuales y la verdadera comprensión de los padeceres de los sujetos. El psiquiatra objetiva síntomas que trata con fármacos y los sujetos

pasan a ser entidades nosológicas que ya tienen de antemano un tratamiento adjudicado a dicha patología.

El psicólogo como integrante del equipo de tratamiento centra su función fundamentalmente en valorar la peligrosidad potencial intrainstitucional del interno y clasificar su paso por los distintos grados regimentales según su comportamiento.

Como veremos en la etnografía, suele ser bastante frecuente las luchas de poder entre los diferentes integrantes del equipo, que compiten por obtener la máxima legitimidad ante los *otros*. La figura del psiquiatra es utilizada en numerosas ocasiones para *conseguir* atribuir un diagnóstico a un interno con comportamientos anómalos que no cuadran con el discurrir habitual de la prisión. Si la médica del equipo no detecta ninguna alteración clasificada como entidad diagnóstica, inmediatamente se derivará al interno al psiquiatra para conseguir dicho diagnóstico e incorporar al sujeto al programa.

La identificación de los internos para su inclusión en el programa se realiza por los profesionales sanitarios a su ingreso en prisión, o por algún otro profesional integrante o no del equipo multidisciplinar, que detecte algún comportamiento *anómalo*. Como veremos en la etnografía esto provoca la inclusión en numerosas ocasiones, de internos que no cumplen los criterios de inclusión del programa atendiendo a su diagnóstico, pero que provocan graves alteraciones en el sistema.

Los internos del programa, según el protocolo elaborado por la DGIIPP, pueden participan tanto en las actividades comunes del centro (educativas, formativas, deportivas, terapéuticas, laborales, recreativas, culturales, ocio y tiempo libre) como en las actividades específicas del programa PAIEM, (psicomotricidad, habilidades sociales, toma de conciencia de enfermedad, terapia con animales, huerto terapéutico, autocontrol, autoestima, etc.), dando prioridad a éstas últimas.

Sin embargo, la realidad de los internos del PAIEM, es que no tienen tan fácil acceso tanto a las actividades comunes como a las específicas, según el programa pretende y suele ser la rutina diaria la que marca sus vidas.

A las 8 de la mañana los funcionarios hacen el recuento de internos y éstos deben estar despiertos y contestar con algún gesto o palabra a la revisión matutina. Sobre las 9 bajan a desayunar después de haber recogido y limpiado sus celdas. Algunos de ellos, tienen problemas para esta labor y son ayudados por los ordenanzas del módulo. Una larga cola les espera para recoger el desayuno y suelen sentirse aturdidos y algo cohibidos frente al griterío del resto de internos. De forma habitual son los últimos en recoger su bandeja, que consiste

en un pan con mantequilla y mermelada y un vaso de café. Se buscan unos a otros para sentarse juntos y así no tener que soportar las miradas incómodas de los demás internos.

Al terminar el desayuno sus pasos se dirigen al patio en un eterno deambular hasta que no son avisados para hacer alguna actividad. Los otros internos acuden a talleres, escuela, polideportivo y demás quehaceres, pero los integrantes del PAIEM tienen dificultad para acudir a dichas actividades, bien porque sus capacidades cognitivas no son estimadas como *capaces* por los profesionales o bien porque ellos prefieren dedicarse a no hacer nada *productivo* para el sistema. Sus preferencias se inclinan más por pasar la mañana paseando, pensando, dibujando o escribiendo, en un intento de disfrutar sus verdaderas apetencias y no las del sistema.

El polideportivo suele cansarles ya que su estado físico se encuentra deteriorado por el uso y abuso de medicamentos y la falta de actividad física. Las actividades comunes no les motivan demasiado pues deben realizar el esfuerzo de buscar la aceptación de los *otros* en vez de ocupar sus tiempos en sus verdaderas aficiones. En la escuela, la medicación o sus propias ensoñaciones les impide prestar la atención necesaria que se les exige al resto de alumnos y en los talleres es tremendamente difícil que sean admitidos ya que el sistema no tiene confianza en su *capacidad de producción*.

Con respecto a las actividades específicamente programadas para ellos, la realidad es que en la mayoría de ocasiones no se realizan por parte de los profesionales o no son lo suficientemente atractivos para los participantes. La actividad deportiva y de educación para la salud son las más constantes en su realización. Los ordenanzas del PAIEM, intentan proponer actividades modulares que sean más sugerentes para ellos o simplemente acompañarlos en sus tiempos y espacios propios. Decir que los ordenanzas no tienen permiso del director para realizar actividades extramodulares con los internos sin la presencia de un técnico y solo las practican en su propio módulo, en la medida en que se lo permiten.

Entretenidos o desocupados en sus asuntos pasan la mañana hasta la una del mediodía en que deben ponerse de nuevo a la cola del comedor, donde una vez más rehúyen las miradas y comentarios del resto. Suelen recoger un plato de pasta, ensalada o legumbres acompañado de salchichas, pollo o hamburguesas. El yogurt o la fruta es la parte de la comida más apreciada por la mayoría de internos y suele servir de moneda de cambio para un cigarrillo o alguna pastilla estimulante.

La hora de la siesta es un momento muy valorado por la mayoría y buscan evadirse y descansar durmiendo la mayor parte del tiempo, hasta las cinco de la tarde, hora en la que deben bajar de nuevo al patio a dejar pasar el tiempo hasta las 19 horas, que es cuando se

cena en la prisión. La cena es muy similar a la comida y de nuevo se buscarán unos a otros, aunque no tengan costumbre de hablar demasiado.

Esta monotonía es interrumpida tres veces al día, por el momento de reparto de medicación que deben acudir a la enfermería del centro. Estos momentos son aprovechados para charlar con los internos PAIEM de otros módulos, intercambiar acontecimientos y relajarse con bromas y conversaciones distendidas. Para muchos de ellos, es el único momento del día en el que salen del módulo y pueden disfrutar del aire libre de los jardines y del pequeño paseo.

Después de cenar, a las 20 horas, suben de nuevo a su habitación donde se quedarán dormidos enseguida, pues el efecto de la medicación les hace dormirse sobre las nueve de la noche.

Los pequeños actos que entretienen sus vidas son las ocasiones que acuden a la consulta médica, la entrevista con el educador o el psicólogo y sobre todo la visita de algún familiar que pueden acudir de forma semanal, aunque la mayoría de ellos o no reciben visitas o estas son mensuales.

Las actividades de los demás internos cómo son la búsqueda activa de droga, el intercambio de propiedades, la confabulación o el engaño, actividades más propias del mundo carcelario, están muy reducidas en los internos PAIEM, ya que no suelen ser admitidos en estas operaciones por el resto de internos o son ellos quienes no desean mezclarse con el bullicio desordenado habitual del patio.

Los integrantes del programa y a petición expresa del director, no se encuentran todos en el mismo módulo, con la finalidad de favorecer su integración y huir de la estigmatización. Ocupan preferentemente módulos del respeto como el módulo 5, 6, 2 y 3 y los módulos de Enfermería, Mujeres y Jóvenes.

En determinadas ocasiones son destinados a módulos conflictivos como el 7 ó el 1, con el objetivo de provocar una llamada de atención en el interno, sobre un comportamiento disruptivo.

En cada módulo hay un ordenanza del PAIEM que es el encargado de velar por la recuperación e integración del interno. Realiza tareas de acompañamiento, de escucha, les ayuda en sus tareas cotidianas, está pendiente de su estado anímico y alerta al sistema sobre cualquier anomalía que presente el interno. Esta figura supone un gran apoyo para el interno, como veremos más adelante, pues se establece un vínculo emocional muy intenso, que en muchas ocasiones facilita enormemente la estabilización del sujeto. En los módulos de Jóvenes y Mujeres, no hay ordenanza pues se considera que debido al escaso número de

integrantes (dos o tres miembros) del programa en estos módulos, no resulta *rentable* para el centro.

Por otra parte, con la implantación de la figura del tutor, entre los miembros del equipo multidisciplinar, ya vimos que se buscaba la posibilidad para el interno de disponer de una figura cercana ante la que poder expresar sus necesidades e inquietudes. En la práctica diaria del centro, esta figura se suele limitar a un conocimiento más detallado de los delitos, tiempo de condena, antecedentes comportamentales y demandas del interno, sin dar una respuesta real en la mayoría de los casos, a las expectativas del interno.

En relación con las reuniones de equipo, estas se realizan de forma semanal, durante aproximadamente 1 hora. A ellas acuden los miembros del equipo que estén trabajando ese día y excepcionalmente el director del centro. Previamente se realiza un acta con los temas a tratar unos días antes y se expone en intranet para que todos los profesionales tengan acceso a ella y puedan recabar información para elaborar informes si fuera necesario. En las reuniones las decisiones sobre los *pacientes* no se toman de forma conjunta y no suele prevalecer la opinión del tutor que es la persona que más información debiera tener del interno. La toma de decisiones se ejerce por el miembro del equipo más legitimizado por la mayoría que varía en el tiempo, según el juego de poder que se desarrolle en esos momentos entre los técnicos. En el capítulo de etnografía se desarrollarán estas cuestiones en profundidad.

Con respecto a la continuidad asistencial, en el momento de la salida en libertad, no se facilita el enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad, excepto en honrosas excepciones.

Tras siete años de funcionamiento del programa, no se ha realizado ninguna evaluación sobre su funcionamiento y posibles mejoras, salvo la evaluación centralizada que se efectuó en el 2013. Si bien es cierto que se propuso analizar en nuestro centro los resultados obtenidos en el informe de la DGIIPP, no llegó nunca a realizarse.



VI

EN LAS REDES DE LA INSTITUCIÓN

Yo antes no tenía tanto odio, ahora tengo mucho [...] soy como un tigre enjaulado que si me sueltan despedazo [...]
¿Le parece poco, todo el día aquí metido y no poder poner la música que me gusta a mí?
(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

Antes de adentrarme en la descripción y análisis de la etnografía, me parece esclarecedor y demostrativo, acotar los conceptos claves de la investigación en cuanto a *carrera moral* se refiere. En cierta manera creo que este capítulo puede ayudar a comprender el artificio metodológico utilizado para la exposición etnográfica, mostrando una narrativa que describe los diferentes procesos a los que se ve sometido un interno, cuando ingresa en un centro penitenciario. Por otro lado, muestra el principio teórico de mi hipótesis de partida según la teoría de Goffman (1970) sobre el proceso de los sujetos cuando ingresan en la institución.

Utilizo el término *carrera moral* según el concepto de Goffman (1970) que hace referencia a la secuencia regular de cambios que el proceso de internamiento en una institución introduce en el sujeto, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí mismo y a los demás.

La inclusión de los sujetos en la *carrera* se produce de manera involuntaria y supone un intento de supresión de las diferentes subjetividades anteriores al internamiento. Es cierto que los individuos ingresan en la institución con una historia previa como *enfermo mental*, si bien en este proceso, los sujetos son adscritos a una doble categoría de interno y *enfermo*, y se sofocan sus posibilidades de existir fuera del concepto otorgado. Esto desencadena, una serie de fenómenos que contradicen las intenciones expuestas por las propias dinámicas resocializadoras de la pena privativa de libertad y que tienen lugar en el contexto de una sociedad disciplinaria. Así, en la mayoría de ocasiones, las narrativas de los internos quedan surcadas por la normatización y homogenización del sistema.

Utilizo el término *enfermo mental* como categoría sociológica que emerge desde la interpretación que hace el entorno, sobre determinados comportamientos considerados anómalos por la sociedad que lo juzga (Goffman, 1976). Desde esta perspectiva la concepción psiquiátrica de una persona sólo cobra significado en cuanto altera el orden social y su propio destino. Diríamos que la *locura* está en los ojos del que la teme. La *locura* no sería admitida como una forma quizás singular de estar en el mundo, sino como un desorden en las

instituciones sociales y en el propio devenir del sujeto. Sentencia social que no permite la ausencia de productividad social o el exceso en las expresiones y revelaciones del *yo*, aunque todo ello no provoque ninguna alteración en el normado curso social.

Este imaginario social condiciona la percepción de los sujetos que califican y la del propio individuo, que en muchas ocasiones se vive y se ve desde este imaginario (Juan Luís Pintos, 1995). Sin embargo, si atendemos a esta dimensión sociológica bien podríamos admitir la *enfermedad mental* como síntoma de una sociedad enferma. Teniendo en cuenta que la sociedad vigente es la que marca el modelo paradigmático a seguir, no podría permitirse así misma considerarse enferma y promotora de la desviación que persigue y corrige.

El término *prisión*, hace referencia al sentido dado por Goffman al hablar de instituciones totales como:

[...] un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente (Goffman, 2012:15).

Según Goffman la característica central de las instituciones totales es la ruptura de las barreras que separan de ordinario tres ámbitos básicos en el ordenamiento social: el trabajo, el ocio y el descanso. Todos los aspectos de la vida del individuo pasan a desarrollarse en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Cada etapa de la actividad diaria se realiza en la compañía inmediata del resto de miembros. Cada una de las etapas se encuentran estrictamente programadas mediante un sistema de normas explícitas y las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional concebido para lograr los objetivos propios de la institución.

De este modo cuando una persona ingresa en una institución penitenciaria se ve sometido a una serie de disposiciones internas, que introducen en el *yo* una secuencia regular de cambios comunes a todos los miembros de esa categoría social. Esta carrera se relaciona con asuntos subjetivos como la identidad del *yo* y con asuntos formales como las relaciones jurídicas y el estilo de vida de una institución cerrada. Podemos por tanto fluctuar entre lo privado y lo público sin caer en el error de quedar validado tan sólo uno de los dos supuestos.

En cuanto a terminología se refiere, me gustaría detenerme en el concepto de identidad que entiendo da sentido a los individuos. En los últimos años diversas disciplinas han iniciado un proceso de deconstrucción de la noción de identidad como integral y unificada. Desde esta perspectiva, la identidad no se presenta como fija e inmóvil, sino que se construye como un proceso dinámico, relacional y dialógico que se desenvuelve siempre en relación al *otro*.

Por su parte Belén Alonso (2005) señala:

Cultura e identidad pueden ser entendidas como caras de una misma moneda, aun al punto de ser confundidas. [...] Siguiendo las clásicas definiciones de Geertz puede entenderse la cultura como una red de significados y la identidad como una forma de expresión de la cultura, como un aspecto crucial de la reproducción cultural. La identidad así es la cultura internalizada en sujetos, subjetivada, apropiada bajo conciencia de sí en el contexto de un campo ilimitado de significaciones compartidas con otros (Alonso, 2005:5).

Epistemológicamente la identidad se puede situar en una historia individual, pero esa historia siempre se recrea en relaciones intersubjetivas de las que obtiene sus referencias. Los contextos sobre los que se construye aparecen como mundos familiares de la vida cotidiana, al tiempo que el sujeto realiza un esfuerzo constante por incorporar en su mundo más cercano aquellas experiencias que resultan extracotidianas. Desde la fenomenología de Edmund Husserl (1996) y Alfred Schutz (1995), el mundo de la vida cotidiana no es en modo alguno nuestra vida privada, sino un mundo fundamentalmente sociocultural donde se originan las relaciones simbólicas intersubjetivas.

Para Schutz las realidades extracotidianas o realidades múltiples pueden ser experimentadas e incorporadas en nuestra vida cotidiana a través de la simbolización. Es el sentido de nuestras experiencias lo que constituye la realidad. El acervo de conocimiento opera dentro de ámbitos finitos de significado dentro de los cuales el agente desarrolla sus actividades desplazándose de un ámbito a otro. Para Schutz la realidad eminente es el ámbito finito de sentido donde el individuo puede actuar; es la realidad de nuestra vida cotidiana.

[...] el mundo externo de la vida cotidiana es una realidad eminente porque siempre tomamos parte en ella, porque los objetos exteriores delimitan la libertad de nuestras posibilidades de acción y porque dentro de este ámbito, y sólo dentro de él, podemos comunicarnos con nuestros semejantes (Schutz, 1995:304).

Por otro lado, el proceso de configuración identitaria toma en cuenta una segunda dimensión asociada a la narración, es decir, a la puesta en trama de los acontecimientos en el relato de sí mismo que hace el sujeto. En la narración, se articulan las acciones de una vida y se construye la identidad del sujeto. La dimensión narrativa de la identidad según Paul Ricoeur (1996), es siempre a partir de un ahora, donde cobra sentido un pasado.

Comprende la identidad no cómo una esencia innata que se manifiesta sino como un proceso de construcción y reconstrucción narrativa desde un sujeto capaz de acción. Una trama que, mirando al pasado, busca dar coherencia a lo diverso, busca colmar un “vacío constitutivo” (Ricoeur, 1996:283), que, a su vez, situado en la historia, se ve amenazado por el acontecimiento, por la acción y por la emergencia de lo nuevo. La construcción narrativa implica, por tanto, un concepto de identidad dinámica que compagina las categorías de identidad y diversidad.

Retomando el proceso de la *carrera moral* de Goffman (1970), los sujetos con *enfermedad mental* que ingresan en prisión poseen particularidades e *identidades* de su vida anterior relacionadas con su proceso de *enfermedad* y que hacen que difieran unos de otros en su singularidad. No obstante, cuando el *enfermo mental* ingresa en la institución se ve abocado y lanzado a un nuevo camino para él, donde se enfrenta a circunstancias significativamente similares para todos los actores, a las que responde *aparentemente* de manera también similar. Similitudes que se producen a pesar de las singularidades previas y donde el interno tiene poco o nada que decir:

Testimonia el poder de las fuerzas sociales que el estatus uniforme de paciente mental pueda, no sólo asegurar a un agregado de personas un destino común (y eventualmente a causa de esto, un carácter común), sino que esta reelaboración social pueda efectuarse sobre la diversidad acaso más irreductible de materiales humanos que una sociedad es capaz de reunir (Goffman, 2012:137).

Para Goffman, la *carrera* del interno comienza a su ingreso en prisión con un proceso de expropiación de su mundo habitual, de sus derechos y de sus relaciones que le llevan a una experiencia de abandono y resentimiento contra la sociedad que lo encierra. Se siente asustado y angustiado ante las nuevas exigencias y estrategias que desarrolla la institución para lograr el cumplimiento ordenado de la normativa. *Carrera* que arranca socialmente de la comisión de un delito tipificado por la ley y no tanto por su entendimiento. En sus inicios se mostrará huraño y desconfiado para no ratificar ninguna interacción con la institución que le exija la menor reciprocidad. Mediante esta estrategia se mantiene ajeno a todo contacto conformador, evitando vínculos personales que permitan la formulación de preguntas biográficas o la asimilación a grupos de iguales.

Con el tiempo el interno, ante la necesidad de adaptación al entorno, termina deponiendo este considerable esfuerzo de ausencia y anonimato y empieza a ponerse a disposición de los grupos sociales. Su trayectoria tiende a seguir el modelo general predeterminado donde se

desarrolla el ciclo entero de la vida habitual y recorren de forma disciplinada la rutina reglamentaria, en compañía del grupo de personas identificadas por el mismo estatus institucional de *enfermo mental*.

El sujeto se encuentra de repente desposeído de sus relaciones, afirmaciones y defensas habituales y es sometido a una sucesión de experiencias desalentadoras como: la restricción de su libertad de movimientos, la vida en común homologada entre aparentes iguales o el acatamiento a una autoridad que impregna cada uno de sus comportamientos y sentimientos.

El sujeto inmerso en este nuevo sistema de normas, pronto se da cuenta de que sus comportamientos y actitudes son castigados con la retirada de privilegios o premiados con un sistema de recompensas que le restituyen algunas pequeñas satisfacciones, que en el mundo exterior se dan por sentadas.

Para Goffman (1970) el sujeto aprende rápidamente que estos castigos y recompensas está íntimamente ligadas a un sistema de cambio de módulos, utilizando el espacio como moneda de cambio frente a su comportamiento. Así cuando el *yo* está empezando a situarse en un espacio determinado y estableciendo atisbos de relaciones sociales, cualquier requiebro en el cumplimiento del modelo imperante ocasiona un cambio de módulo.

Para el grupo de *enfermos mentales*, este cambio de módulo supone un doble esfuerzo, ya que al intento de acomodación hay que sumar la dificultad de enfrentarse a las ideas preconcebidas de los demás internos y de los propios técnicos del nuevo módulo. A pesar de que la mayoría están acostumbrados a la vivencia del estigma social provocado por su *enfermedad*, no deja de ser un problema añadido el intentar demostrar que nada *extraño* hay en su persona, tan sólo una manera diferente de vivenciar las relaciones y los tiempos. El interno debe adaptarse a un módulo con condiciones de vida más duras con el fin de que no olvide que sus comportamientos anómalos tienen consecuencias negativas que se explican y se disfrazan de *necesidades terapéuticas provisionales*.

Este ambiente hostil produce en el *enfermo* un paso más en la despersonalización identitaria recordándole de manera persistente la significación del espacio sobre el *yo*. Esta identidad como expuse antes se refiere a un proceso dinámico y relacional, negociado en el curso de las interacciones cotidianas. La institución le explica al interno que cuando sus actitudes cambien podrá volver a su módulo original y se le recuerda a cada instante que su vida anterior fue un fracaso y que ese fracaso estuvo en su interior y por lo tanto debe modificar sus relaciones, acciones y pensamientos sobre sí mismo y el mundo. El sistema de módulos muestra cómo las condiciones físicas de una institución pueden usarse explícitamente para moldear la concepción que una persona tiene de sí mismo y de su entorno.

A medida que el sujeto va avanzando en su *carrera moral*, tiende a adquirir, por lo menos en apariencia, los valores fundamentales de la institución penitenciaria como una manera de estructurar y proteger su identidad. Este conjunto de normas presiona al interno para contemplar su vida pasada como un completo fracaso que debe rehabilitar mediante la adquisición del sistema de normas. De esta manera se van abandonando las ideas y valores propios y enculturizándose en el nuevo modelo. Se despoja al *alma* de sus creencias y al cuerpo de sus emociones y se va construyendo un rol social que el sistema tiende a automatizar y homogeneizar como un grupo de iguales.

A estas alturas el sujeto no suele ser consciente de esta asemejación entre los individuos y va modelando su identidad conforme a la norma. En algunas ocasiones el *enfermo* es capaz de adivinar esta agresión e intromisión en su persona e intenta escapar del sistema con mecanismos de resistencia que suelen conducirle a la retirada impune de privilegios. Si el interno es capaz de fingir que se compenetra con la institución como parte de su estrategia de resistencia, puede llevar una existencia algo más acorde con su propia construcción dentro del sistema.

Esta falla en el sistema no suele ser detectada por la institución ya que sólo se visibiliza y valora las actitudes externalizadas y no las verdaderas trayectorias de los sujetos.

En este proceso institucional, el personal cree tener derecho a conocer todos los actos pasados y presentes del interno reflejándolo en una ficha individual que se encuentra al alcance de todos los profesionales. De este modo el *paciente* se encuentra sometido a la misma presión social que antes le inducía a ocultarlos, pero más amenazado que antes, al saber que sus acciones están al alcance de todos sin que él pueda controlar su acceso, ni escoger a las personas que pueden llegar a conocerlos y acompañarlos en su proceso institucional.

En el caso de los internos que pertenecen al PAIEM, esta exposición pública de sus trayectorias es mucho más intensa que en el resto de internos, ya que al ser experimentados como algo *diferente y amenazante* por el sistema, deben ser doblemente vigilados y exhibidos.

Del mismo modo cualquier acto desafortunado que el *paciente* cometa en una fase de su rutina diaria será comunicado al resto de personal que supervisan otras áreas de su vida que más tarde son comentadas en las reuniones semanales de los equipos multidisciplinares. Como nos dice Foucault (1975), la institución se constituye en una maquinaria de control, que funciona como un microscopio de la conducta, permitiendo con una sola mirada verlo todo permanentemente.

Mediante opiniones y falsos consensos donde prevalecen las propuestas del miembro más legitimado, se toman decisiones y se configura el perfil del *paciente* desde esta afianzada cadena de poder. Así, a pesar de los esfuerzos infructuosos de los individuos por entablar una relación personal con un miembro del equipo, una oportuna reunión de personal sofocará este intento de complicidad, recordando al asistente en cuestión que el *paciente* está errado, y precisa una remodelación satisfactoria.

La institución tiende a divulgar sistemáticamente toda aquella información que el interno intenta ocultar como el tipo de delito, actos vergonzantes o explosiones comportamentales. Si en las sucesivas intervenciones el sujeto intenta ocultar ciertos hechos, estos son puestos de relevancia con frases inquisidoras como “yo tenía entendido otra cosa” o “no te molestes en engañarme porque sé tú verdadero delito” de acuerdo con la práctica psiquiátrica que aconseja conducir al *paciente* a la realidad.

Si a pesar de todo el interno continúa negando los hechos en un intento de evitar la intromisión, siempre habrá quien le recuerde sus últimos delirios o sus últimas autolesiones en un intento cruel de despojarle de cualquier barrera protectora. Cada vez que los profesionales desbaratan las realidades de los actores, éstos se ven obligados a reconstruirlas según la concordancia social y el *sentido común* y cada vez que éstos las construyen, el personal vuelve a desacreditarlas movido por la intención de asegurar el engranaje institucional.

De esta forma los sujetos se acostumbran a vivir en condiciones de exhibición permanente, expuestos a enormes fluctuaciones en la consideración que reciben, sin poder hacer gran cosa para obtenerla o conservarla. Para Goffman (1970), el estar sometido a esta incesante vigilancia moral provoca una forma peculiar de adaptación que consiste en una actitud desprovista de moral hacia los ideales del sujeto. El interno va restando importancia a las destrucciones y reconstrucciones de su identidad, en la medida en que advierte la disposición del personal, a tomar con relativa indiferencia dichas fluctuaciones en la consideración que reciben.

Sin embargo, frente a la experiencia de haber sido definido por la sociedad como individuo carente de una identidad *viable*, el interno ocasionalmente intenta ocupar con sus propias fuerzas su narrativa original convirtiéndose en un peligroso juego de cesiones y conquistas, tras el cual los sujetos aprenden que si toman suficiente perspectiva pueden sobrevivir, aunque actúen de un modo que, según la sociedad, puede destruirlo.

De este modo el proceso de la *carrera moral* se desenvuelve dentro de los límites del sistema institucional. El sujeto puede verse a sí mismo como *algo* que radica en las disposiciones

vigentes para los internos en este sistema social. En este sentido, no es propiedad de los sujetos a los que se les atribuye, sino más bien inherente a la pauta del control social ejercido sobre ellos. Esta experiencia de alineación origina en los sujetos una serie nueva de creencias acerca del mundo y de sus múltiples identidades, consecuencia directa de la nueva trayectoria que sufre el *enfermo mental* tras su internamiento en un centro penitenciario.

6.1 Cuando James entró en la institución

James tiene 28 años y entró en prisión a los 20. Lleva en este centro penitenciario 8 años sin salir de permiso y sin tener ningún contacto con el exterior, excepto las comunicaciones familiares. Aún recuerdo su primer día en la institución. Me avisaron del departamento de ingresos porque un joven con un delito de parricidio hacía su primer ingreso y debía valorar su estado físico y mental, en especial una posible ideación suicida dado su perfil delincencial.

El departamento de ingresos es frío y aséptico y permanecen siempre acompañados por un interno de apoyo hasta ser visitados por el médico y el educador que es quién decide a que departamento irá destinado el interno, a no ser que el médico decida ingresarlo en la enfermería. Y este fue el caso de James.

Me encontré con un *cuerpo* pequeño, estremecido y encogido. Las palabras salían de su boca con dificultad, atropellando ideas y coherencias. Todo él temblaba y miraba hacia el suelo en un intento de evitar todo contacto que le llevara a descubrir sus sentimientos. Este *cuerpo* atemorizado y sobrecogido intentaba aparentar normalidad e indiferencia ante los sucesos que iban teniendo lugar. Primero lo cachearon³² los funcionarios de vigilancia, después pasó a las duchas, se le explicaron las normas disciplinarias y pasó a ser visto por el educador para decidir su clasificación interior. Cuando yo llegué, James ya intuía el orden disciplinario del centro y se mantuvo en todo momento respetuoso y dócil sin atreverse a rebatir mis decisiones.

Cómo más tarde me contaría, en estos primeros momentos de su ingreso en el centro, no era capaz de distinguir la realidad de la ensoñación, el mundo exterior del interior, y sus pensamientos iban mucho más rápido que su raciocinio. En estas circunstancias y tras valorar un posible riesgo suicida, lo ingresé en enfermería y pasó a ser *mi* prioridad en los primeros meses de su internamiento.

³² Acción llevada a cabo por los funcionarios de vigilancia tanto a la entrada en el centro como cuando es requerido por el jefe de servicios, y que consiste en examinar detenidamente el cuerpo, la ropa y las pertenencias del interno.

Desde el inicio fue incluido en el programa PAIEM, diagnosticado de una grave *enfermedad mental*, y sometido a una potente medicación psiquiátrica para intentar anular sus frecuentes autolesiones. Desde sus primeros días en prisión se infringe múltiples cortes sobre su *cuerpo*; y lo hace tanto en estado de vigilia como dormido. James relata así la relación entre sus intentos autolíticos y las alucinaciones auditivas que padece:

Al cortarme fluye por mis venas algo que no había sentido nunca y las voces me animan contentas y cuantos más chinazos³³ me hago, más contentas se ponen. A mí me gusta que estén contentas (las voces) y así es como he conseguido que seamos amigos otra vez [...] pero no me dejáis cortarme y me dais medicación para que no lo haga, así que han vuelto a enfadarse conmigo y a decir que me mate [...] pero ¿cómo cojones lo hago si vosotros no me dejáis?

A medida que empeoraba su intencionalidad suicida, la medicación aumentaba en el mismo orden, llegando al límite en que se suprimió en él la capacidad de tomar cualquier iniciativa y de realizar ninguna actividad, incluso en su vida cotidiana. Sin embargo, el *cuerpo* y el *alma* de James escaparon a esta estrategia de sometimiento y realizaba intentos autolíticos mientras dormía, sin ser capaz de recordar nada al día siguiente.

Desde los primeros encuentros, se mostró desconfiado, aunque correcto y considerado, evitando cualquier acercamiento que diera lugar a una entrevista clínica en la que se le preguntara una vez más, el porqué y el para qué de su *tremendo* delito. En esos primeros días no tenía peculio³⁴ y no podía comprar nada en el economato del módulo y no obstante no realizó ningún acercamiento al resto de internos, como es habitual, para conseguir un café o algún cigarro de vez en cuando.

No se relacionaba ni con los técnicos, ni con los funcionarios de vigilancia, ni con el resto de internos. Tan sólo acudía a las comunicaciones familiares semanales en un intento de no extinguir su ínfimo contacto con el mundo exterior. Pero James a menudo volvía aún más triste de estas comunicaciones y la potente medicación a la que era sometido suprimía también en gran medida la expresión de sentimientos y emociones.

Hasta que no estuvo todo su *cuerpo* cubierto por *chinazos* inconscientes, no nos planteamos que quizá no estábamos haciendo lo correcto y que el *paciente* necesitaba otro tipo de ayuda.

³³ Heridas incisas que se practican intencionadamente sobre la piel y el tejido subcutáneo del propio cuerpo

³⁴ Cantidad de dinero semanal que le ingresan al interno desde el exterior sus allegados y del que puede disponer hasta un máximo de 60 euros a la semana.

Creo que un acertado día y sin consultar con el resto del equipo PAIEM, comencé a disminuir su medicación y comencé a escucharle. En ese nuevo entorno, él comenzó a contarme.

James nació y vivió los primeros años de su vida en un suburbio de Ámsterdam. Era el pequeño de tres hermanos y sus padres trabajaban en una fábrica de cervezas. La familia contaba con la colaboración de la abuela materna que era la que pasaba la mayor parte del tiempo con las dos niñas y el benjamín de la familia. Él no recuerda haber sido feliz nunca e inicia el relato de sus primeros años de vida haciendo referencia a porqué le gusta tanto fumar hachís³⁵ y se encuentra tan abatido desde que no se le permite hacerlo.

Lo de los porros fue un aprendizaje. Yo me tiré al alcohol porque en Holanda se bebe mucho, niños y mayores, los fines de semana, en las fiestas, en navidades, siempre se cogían una buena borrachera [...] yo crecí viéndolo normal. A los 9 años me emborraché por primera vez y me sentí bien, muy bien, porque yo sufría mucho en la escuela, en casa, no tenía amigos [...] y yo me preguntaba ¿para qué estar aquí?, ¿por qué habré nacido? [...] solo mi abuela me entendía, pero ella tenía que ocuparse de todos nosotros y no tenía mucho tiempo para mí. Pronto me di cuenta de que beber era muy aceptable, me colocaba y no pensaba [...] y eso era una solución. Salía del colegio y me iba a una fábrica abandonada a beber yo solo, no me gustaba estar con los otros chavales, sólo estando solo conseguía un poco de paz y despreocupación [...] Así estuve ocho o nueve años, estaba bien, pero a lo largo de los años no puedes estar todos los días bebiendo, no es ninguna solución 40º de alcohol y una botella y media cada día, no se [...] En mi casa ¡claro! se dieron cuenta y me llevaron al médico y me dijeron varias veces: “si sigues bebiendo así en seis meses te mueres, piensa en la familia” y yo era un niño y no les escuchaba [...] y entonces como mis padres no sabían que hacer me llevaron al psiquiatra. Tuve tres o cuatro internamientos en el hospital psiquiátrico. Me ponían la camisa de fuerza y me quitaban el alcohol. No sé qué enfermedad dijeron que tenía [...] pero yo si no podía beber, solo quería morir. Fui un borracho de mierda durante nueve años hasta que me di cuenta ¡oye! me puedo morir, yo estoy intentando hacer esto para no hacer ningún daño colateral [...] porque el sufrimiento es mío y lo que hago es hacer daño a todo el que tengo alrededor, intentando hacer bien estropeo todo [...] hasta que dije pues vamos a buscar otra solución [...] y si una medida moderada de hachís es solución [...] soy lo que soy y punto y si no te gusta pues matarme ya, pero esto me sirve.

James comenzó a oír voces a la edad de 9 años:

³⁵ Droga que se obtiene de la mezcla de hojas y flores secas del cáñamo índico con sustancias aromáticas y azucaradas, que produce sensaciones euforizantes y alucinógenas.

Ya de una edad muy joven tenía voces en la cabeza. Al principio eran solo dos, que parecían voces no humanas y posiblemente más inteligentes que nosotros. Me decían que mi vida era una cosa negativa y que debía matarme antes de hacer sufrir a nadie más. Yo pensaba que era más listo que ellos y que podía pasar de ellos sin más [...] no les hacía caso, sin embargo, empecé a sentirme mal, incluso enfermo de depresión, sin ganas de vivir [...] me escondía por ahí para llorar, y entonces empecé a ser un raro y no encajaba en ningún sitio [...] incluso en el colegio no me veía igual y un tanto más sucio. No me gustaba estar rodeado de gente y empecé a hacer novillos. Así empecé a andar y andar mucho. Me sentía libre de mucho malestar y de hecho las voces empezaron a hablar con menos agresividad y a comportarse de otra manera. Empezaron a ayudarme y me decían: ¡por ahí no, cuidado!, ¡con el de la cazadora negra no!, ¡mira al hippie con guitarra!, ¡no dejes que te vean! Pero claro no podía estar siempre andando [...] y si me paraba empezaban (las voces) con el mismo rollo que si ¡mátate!, ¡sí no lo haces harás daño a la gente! Entonces empecé a hacer intentos de suicidarme [...] pero seguía vivo [...] así que busqué la solución en el alcohol. Pronto me di cuenta de que si bebía las voces se callaban y durante años esa fue mi solución. Pero es que no podía estar siempre borracho y cuando no bebía las voces volvían y me decían lo mismo. Entonces empecé a cortarme para ver si tenía los huevos que había que tener para suicidarme.

Desde el relato de esos primeros años, crea un considerable salto en el tiempo y comienza a hablarme de su vida en relación a su delito. James nunca se ha considerado responsable de su parricidio, sabe que lo hizo, pero relata como él y su novia intentaron por todos los medios que así no sucediera.

Vivíamos en España en un sitio de costa, en el mar, a mí siempre me gustó el mar [...] no sé por qué [...] teníamos una casa de alquiler muy pequeña, no teníamos trabajo, llevábamos en paro un año y ella estaba embarazada. No teníamos dinero, pero estábamos muy enganchados a todo tipo de drogas, recogíamos colillas de porros³⁶ y cigarros por la calle [...] y ninguno de los dos padres nos ayudó. Porque yo pensaba, ¡con dos pobres trastornaos!, la criatura va a ser mínimamente trastorná porque genéticamente mal, mal, mal. Éramos dos valores negativos, que no creo yo que sumen un más como en matemáticas [...] no teníamos dinero, ni trabajo, ni moto, ni ná. Fuimos a la trabajadora social a pedirle ayuda, pero ella era menor de edad y necesitaba la autorización de sus padres. Ellos no querían dársela y yo me desesperaba sabiendo que esa vida que llevábamos no podía ser buena para ninguna criatura. Un día me dijo su padre: “si te comportas como un hombre y matas un conejo [...] os doy mi autorización [...] quiero ver que eres un hombre” y yo pensaba: ¡menudo imbécil que tendrán que ver los conejos aquí! Luego me pidió que consiguiera

³⁶Término usado en el argot de los drogodependientes que hace referencia a un cigarrillo de tabaco y hachís y es de fabricación artesanal.

un trabajo, y lo hice, pero era de unos días solo ¡y otra vez a vueltas con lo mismo! que no nos daba el permiso. Yo lloraba por las noches en la cama y no podía dormir de la desesperación [...] ella también lloraba en el cuarto de baño [...] y luego nos dormíamos abrazados esperando siempre lo peor. Yo no digo que ellos lo hicieran, pero parece que el único culpable soy yo [...] ni la trabajadora social ni ningún adulto nos ayudó [...] y ahora ellos están fuera y están todos juntitos. Y ellos sabían que yo no estaba bien para decidir [...] ellos decidían todo por mi [...] ¿Por qué esto no lo decidieron? y yo les pedía ayuda y no me ayudaron ni mi familia ni mi pareja. Mis padres se creían que me ayudaban, pero no hicieron nada para ayudarme, no me aconsejaron [...] yo era una bomba de relojería, y ellos no supieron verlo.

James reconoce que nunca ha estado bien y que algo en su cabeza no funciona correctamente, sin embargo, nunca aceptó ningún diagnóstico psiquiátrico, al no adscribir categorías a sus pensamientos:

La gente no me comprende y por lo tanto ¡para ellos soy un enfermo mental! Lo único que me he encontrado en 28 años de vida es incompreensión. No me gusta nada el rollo que se trae el funcionario ese [...] ¿qué quiere escribir un libro a mi costa? [...] yo siempre he sido buena persona y me tratan de delincuente y de loco y no lo soy [...] no puedo más con esta prisión [...] todo es lo mismo, los jueces, el director, los trabajadores sociales, ¡ale! uno más pa dentro [...] que contentitos se ponen [...]

Y pronto aprende cómo la estigmatización a la que le somete el sistema tiene repercusiones negativas sobre el intento de encontrar su propio lugar en la institución:

Yo quiero ir trabajar al economato central que te pagan muy bien y eres, no sé, alguien muy bien considerado. Yo sé sumar, restar y llevar las cuentas como cualquiera [...] pero como soy del PAIEM [...] pues ¿soy tonto verdad? No me dejan entrar [...] los educadores me miraron como riéndose ¡pobre! estarían pensando [...] así es todo aquí dentro, para ellos somos solo locos.

En un intento de manifestar la razón del *loco* frente a la *sin razón* del sistema una tarde me comentó:

¿Porqué las mejores personas son siempre los locos? ¿Porque yo tengo la lógica si se supone que estoy loco y ellos son tan absurdos? [...] todo este sistema es absurdo.

Me he enterado de que en mi familia hay mucho loco [...] yo no sé si mis padres están locos o son imbéciles, así no me ayudan nada contándome lo de los locos de mi familia.

James, nunca ha sido capaz de *adaptarse* al sistema, incorporando en su persona los valores institucionales, sino más bien ha intentado, infructuosamente revelarse contra el sistema mediante múltiples maniobras de resistencia, como intentar sacar un cierto beneficio económico y moral a la *enfermedad* impuesta:

Mira si yo para mis padres soy un incapacitado y todas las decisiones las toman ellos, pues entonces mis marrones también son suyos ¿no? Le diré a la trabajadora social que me haga un informe para obtener la invalidez por enfermedad mental [...] ¿no estoy loco para ellos? ¡Pues eso! ¡Que me paguen por serlo!

Sin embargo, el equipo del PAIEM, frustraba cualquier intento de resistencia y continuó insistiendo en encontrar un preciso *diagnóstico* psiquiátrico para tan *grave patología*. Por entonces James también tenía alucinaciones auditivas que le provocaban una gran inquietud. En numerosas ocasiones me decía:

¡Por favor no puedo más con las voces! ¡Déjame tumbao con un pinchazo!

En los momentos más álgidos de sus crisis, sus intentos iban dirigidos a la búsqueda de la desaparición del sufrimiento. No entendía que le pasaba, pero quería dejar de sentir aquello. No obstante, para James, esto no significaba la aceptación de un diagnóstico psiquiátrico y en algunas ocasiones, estaba en contra de la toma de mediación ya que observaba como algunas veces le perjudicaba:

Vaya sistema [...] me encanta, muy bien, muy bien o sea que ellos [...] menuda terapia. El tratamiento es: ¡vamos a desequilibrarte, vamos a desequilibrarte! Yo no sé que piensan que soy [...] ¡No, tú no, tú siempre lo haces por mi bien! Y las pastillas no te hacen ningún efecto primario, solo efectos secundarios rarísimos me sientan mal y me tengo que aguantar porque eso es la ley, ¡Menuda ley tienen aquí dentro!

En esta fluctuación de pensamientos y contradicciones sobre el diagnóstico psiquiátrico al que ha sido adscrito y el tratamiento a que es sometido, desarrolla James su vida cotidiana. Después de tres años en la enfermería del centro, y como otro mecanismo de resistencia, decide irse a un módulo del respeto donde encontraría trabajo. Al principio todo fue bien y su rutina transcurría entre el cumplimiento de las normas, el trabajo y la medicación, sin sospechar en esos tiempos que este cambio de módulo representaría una importante deuda adquirida con el sistema. A James no le quedó otra alternativa que aceptar los valores de su nuevo módulo si quería conservar su puesto de trabajo. Era puntual, ordenado, respetuoso,

humilde, obediente y daba la razón a todo el mundo ya fueran funcionarios, sanitarios, técnicos o internos.

De esta manera, sin darse cuenta, iba modelando un *nuevo* James más acorde con las exigencias de la institución, fingiendo una falsa integración que le permitía una existencia más coherente a sus verdaderas representaciones. En principio esta supuesta adaptación no le supuso ningún problema hasta que empezó a plantearse el sentido y el rumbo que estaba tomando su vida en la institución:

Quieren que cumpla normas sin saber nada de mí. Ya, ya y yo no me siento mal ¿no? Estoy estupendo [...] estoy en un palacio ¿no? [...] ¿Para qué he nacido yo entonces? ¿Qué quiere esta gente de mí? Solo estoy aquí encerrao [...] y me siento como si fuera su muñeco, ¡hala! ¿Qué vamos a hacer hoy con James?

En este lábil equilibrio con la institución se encontró James durante los tres años que estuvo en el mismo taller haciendo perchas. Sin embargo, el hecho de que James sospeche que el monitor encargado le quiere perjudicar, viene a romper esta delicada medida. James teme hacerle daño al monitor, así que después de darle vueltas al asunto durante varios meses, solicita un cambio de trabajo de talleres a lavandería.

No sé [...] me siento muy agobiado y no me fio del monitor ese [...] quiero ir a lavandería ¡por favor! ¿Podrías ayudarme a cambiarme? [...] Igual un día me canso y lo lío todo.

James siempre confió en mí, pero a pesar de los continuos esfuerzos que realizaba para entablar una relación horizontal conmigo, esa intimidad relacional se veía una y otra vez amenazada, por las pertinentes reuniones de personal que nos recordaban a ambos la verdadera *naturaleza* de nuestro vínculo. Yo estaba allí para tratarle y él estaba allí para ser domesticado. Los pactos empáticos entre internos y profesionales siempre han sido despiadadamente castigados y vetados por el sistema.

Pese a los infructuosos intentos de camuflaje, la vida y los sentimientos de James, acababan invariablemente expuestos al resto del personal:

Me da mucha alegría la compasión y la paciencia que has tenido conmigo durante estos años [...] y siempre he agradecido tu sinceridad [Risas] ¡cómo se ha quedado el funcionario cuando te he llamado mamá! pero ¡oye! al final siempre se enteran de todo ¿eh? Sabes que me pasa [...] que cuando me pongo mal no controlo y le cuento mis cosas a otras personas creyendo que son tú [...] y la cago [...] ellos no me ven como soy. Solo ven un pobre desgraciado [...] lo siento la he

vuelto a cagar y ahora no me cambiarán de trabajo. Se han enterado de que me encuentro algo nervioso y ya nunca me dejarán ir a lavandería ¿es que ellos nunca se ponen nerviosos?

Preocupada por la posible descompensación de James y conociendo su frágil equilibrio, aproveché la siguiente reunión con el equipo para comentar la posibilidad del cambio de trabajo. Todos los miembros del equipo se negaron a mi propuesta a pesar de que ninguno de ellos había hablado con James sobre la cuestión:

¿Por qué lo vamos a cambiar? ¿Por qué le dé la gana a él?

(participante)

Según la deuda adquirida con la institución, el interno solo tiene derecho a hacer lo que el equipo crea conveniente, sin contar con sus preferencias en la mayoría de ocasiones y sin escuchar previamente al sujeto. La institución se inviste de poder sobre los sujetos y sus decisiones, y aún en el supuesto de que el interno opine lo mismo que el equipo, si la ocurrencia partió del interno esta se desestima invariablemente con suspicacia:

No sabemos que es lo que busca en lavandería [...] mejor dejarle donde está y ya veremos nosotros cuando es el momento de ir.

(participante)

Cuando James conoce cómo el equipo del PAIEM sofoca su intento de gestión, no reacciona con demasiada violencia verbal ni autolesiva. Parece como si se fuera doblegando y replegándose ante el sistema, sin embargo, utiliza el hachís como método para escapar de la inquietud que le provocan los talleres y su nociva relación con el encargado. Él siempre ha consumido hachís en el módulo de forma moderada y camuflada y reivindicado su derecho a hacerlo:

¡Hostia pues poner orden en el economato y poder comprar un porro a la semana! En el trabajo abusan, pero para su desgracia yo no soy ignorante, ellos ganan 600 y a mí me pagan 300 [...] eso es esclavitud [...] pero ¡eso ya pasó! me voy a sacar una paga de invalidez y estoy volviendo a estudiar. ¡Hostias! si yo pudiera fumar un día a la semana [...] pero en el módulo se chivan [...] y entonces ¡claro! pues ya no pueden disimular como si no te hubieran visto. Me tranquiliza los porros, pero no fumo ¿porque siempre me tengo que joder?, ¡no me dejan! te dicen tonterías como que luego vas a la heroína y esas cosas.

Aquí no hay ningún consenso [...] en la calle se consensuaba, pero aquí no, solo cuenta lo que ellos dicen, en la calle se llegaba a un pacto. No puedo estar rodeado de imbéciles ¡bastantes

imbéciles tengo ya en mi cabeza! (en referencia a las voces) Yo aquí no tengo salida y en la calle sí [...] podía tocar la guitarra, tomar un poquito de alcohol, aunque sé que no me va bien, fumar hachís, comer algo que me gusta, estar con una mujer que me guste [...] aunque yo creo que aquí te ponen bromuro [risas], yo ya tengo la necesidad de estar con mi familia. Aquí sólo puedo fumar porros ¡Hostia! El juez no dijo nada sobre esto [...] que me dejen en paz y ya está.

A medida que van pasando los años para James, la vida en prisión se va volviendo cada vez más doliente e insoldable:

Solo estoy bien a veces, son momentos [...] solamente verte me ayuda [...] porque tú me trasmites paz. Pero siempre estoy mal [...] ¿Sabes lo que pasa? Yo nunca he querido vivir ¿Para qué vivo? ¿Para sufrir? ¿Para darte la lata a ti? ¿Para cuidar a mi familia? ¿Para estar siempre puteado? ¿Para que sufran todos los demás porque soy una bola de mierda? Pues si soy un valor negativo en el mundo, ¡oye pues mejor que no esté! Porque ya el mundo es bastante asqueroso para que yo vaya añadiendo pedacitos de mierda en el mundo. Yo no quiero eso [...] estoy tan cansado de sufrir. Ahora me toca repartir un poco toda la mierda que llevo dentro y que les toque algo a los demás, ¿por qué tengo que sufrir solo yo? [...] hay que repartir poco.

Los ineficaces intentos de James por actuar conforme a sus propias lógicas provocan en él una nueva descompensación y es obligado a ingresar en la enfermería de nuevo, con un acompañante en celda para evitar cualquier intento de suicidio. La institución no puede permitir la pérdida de uno de sus miembros sin estar autorizado previamente por el sistema. Sin embargo, James, una vez más intenta escapar del sistema y acumula suficiente medicación en su celda para provocarse una sobredosis que requiere un ingreso hospitalario. Tras el intento autolítico, a su regreso del hospital sufre una descompensación, que le lleva a nueva despersonalización identitaria:

Yo no soy nada [...] solo soy una ilusión vuestra, pero yo no existo, solo existo porque vosotros lo creéis [...] pero esa ilusión me hace feliz. Me da igual ser solo una ilusión [...] por fin soy feliz [...] puedo volar y puedo adivinar el futuro, pero esto tú no lo puedes saber. Hoy mis padres me han dicho: James te hemos perdido [...] creen que estoy loco [risas].

Desde entonces se encuentra cansado y triste. Se siente parte de una institución que reclama insistentemente su cuerpo y su *alma* y él ya no tiene fuerzas para luchar contra ella:

[...] ni matarme me habéis dejado [...] y estoy mal con mi depresión y estoy loco por darle dos caladas a un porro. Tú sabes como soy yo y tengo que fumar ¿qué no te gusta?, ¿qué va contra las normas? Pues perdóname en estos ocho años no he encontrado otro alivio [...] Y eso me soluciona

para una semana. El hachís no me quita las voces, pero las voces están más tranquilas y ya no discuten entre ellas, ni conmigo. Pero las voces me dicen continuamente que no vas a salir vivo de la prisión que vas a morir aquí [...] y me dijeron ¡hazlo! Pero no me avisaron ¡luego cumples 20 años de condena y ya está así de fácil! ¿Acaso una persona mentalmente estable haría lo que yo he hecho? Me imagino que no, ¿no? Entonces ¿que pinto aquí? Ya solo tengo que morir, pero ni eso se hacer.

Muchas tardes, cuando mi trabajo me lo permite charlamos tranquilamente. Yo le pregunto si hay algo que pueda hacer por él, pero él sólo sonríe y se le escapa alguna risita. Su silencio intenta no herirme y no herirse más a si mismo:

Pero si tú me pones una medicación me la tomo por respeto a ti [...] solo por eso. Yo quiero tener una cabeza normal y quiero estar en todo momento equilibrado.

Desde entonces James permanece en la enfermería, sin posibilidad de cambio. Después de su último intento autolítico en la reunión semanal, las voces fueron unánimes:

Después de la que ha liado, ¡este va estar aquí hasta el final de su condena!

(participante)

Teniendo en cuenta que la peor ofensa que se puede hacer contra el sistema es intentar escapar a su control, ya sea con un intento de suicidio, con un consumo de sustancias tóxicas, ó con la fabricación de alcohol casero (que debe hacer James para conseguir algo de dinero ahora que no le dejan ir a talleres), sus días en la institución están sentenciados no solo por el juez que lo imputó sino por la legitimidad que otorga la institución a los técnicos.

Así en este nuevo sistema de valores, James va forjando su *carrera moral* en la institución y va desestructurando su *cuerpo* y su *alma* en cumplido beneficio para el sistema. Como él diría, aunque quizá con menos voz:

¡Qué contentitos se ponen!



VII

UN REFUGIO INESPERADO

Mi infancia fue un desastre, somos 6 hermanas y aparte de las palizas [...] pues no sé [...] tengo imágenes de cómo mi padre cogía del pelo a mi madre y la estampaba contra el suelo y la hacía sangre [...] nosotras nos escondíamos cada una donde podía [...] era todo horrible [...] Me llevaron al centro de menores de muy pequeña y nos dejaban ir a casa los fines de semana [prolongado silencio] Me acuerdo una vez de esas que fuimos a casa y mi padre nos pegó una paliza y luego me vieron los moratones en el centro y como mi hermana también estaba cansada de ir a casa pues ya no nos dejaron ir más ¡aunque lo dijera el papa de Roma, ya no podíamos ir más!

Estuve en el centro desde los 3 hasta los 17 y mi madre con 6 años me llamaba al centro y me contaba que le había pegado una paliza, y así [...] cómo si solo le importara ella. Luego más tarde mi hermana la mayor tuvo que volver a mi casa para cuidar de un bebé que había tenido mi madre y entonces mi padre la violó ¡salió en los periódicos y todo! Yo lo [...] pero mi hermana no sabe que yo lo sé [...] tampoco ellas saben lo que me pasó a mí con mi padre porque cuándo yo salí del centro volví a casa de mis padres para ver si habían cambiado y eso, pero mi padre me dijo que se la meneara y se acostó conmigo en la cama [...] Yo a mis padres los quiero y les odio a la vez ¿eso se puede hacer?

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

Para tratar de responder a esa pregunta lanzada al aire desde una incertidumbre motivada por la experiencia del sufrimiento, debemos de ponernos en la piel de Susana y apostarnos en el inicio de su vida, para intentar esclarecer sus lógicas.

Sus 28 años han estado repletos de experiencias traumáticas: se inician en su entorno familiar, perseveran en su periplo institucional y se consuman en el mundo de la drogadicción y la delincuencia. Como más tarde referirá, es su entrada en prisión, la que proporciona algo de estabilidad y descanso a su azarosa vida.

A Susana le cuesta tomar decisiones y no suele fiarse de sus propias opiniones. Esto le hace sentirse en una posición estructural inferior al resto y se siente algo relegada del resto de compañeras. Su extremada timidez le lleva a no buscar demasiadas relaciones personales, excepto en las distancias cortas, donde su parquedad en palabras se convierte en un torrente imparable de expresión de sentimientos que precisa liberar. Debido al abandono sufrido en su infancia, busca relaciones íntimas de dependencia con las personas que ella considera que le dispensan afecto. Así en su contacto conmigo siempre ha reclamado una mayor proximidad

que la que se presupone en una relación jerárquica, de médica a paciente. Sin embargo, su timidez no excluye su marcado carácter enérgico que se permite mostrar en estos reducidos espacios de cercanía.

Al pertenecer a un módulo de mujeres en una prisión de hombres (ya vimos en la página 26 cómo se destinan muchos menos recursos materiales y personales), se siente al igual que muchas de sus compañeras, en cierto modo olvidadas y desatendidas por el sistema. El número de actividades en el módulo es reducido lo que le proporciona la ocasión de profundizar en su apatía. Suele caminar sola por el patio o sentarse en el comedor sin hacer otra cosa que dejar pasar el día. Tan solo le gusta salir a nuestras reuniones semanales donde parece que ha encontrado un espacio para el acercamiento entre iguales.

Susana habla de manera pausada, eligiendo cada palabra y suceso para evitar, añadir más amargura a sus recuerdos. No es fácil para ella descubrir una existencia llena de ausencias y penalidades. Antes de cumplir los tres años, había sido maltratada por su padre, ignorada por su madre y arrinconada por sus hermanas. No cuenta demasiado sobre las relaciones interpersonales que se producían en el espacio familiar, pero la ausencia de referencias maternas nos habla sobre la escasa relación materno-filial. Con sus hermanas tiene sentimientos encontrados por las diferentes posiciones que más tarde que ocuparon cada una en su vida y es en su padre, el que hace pivotar sus primeros años de vida.

Cuando habla de los abusos sexuales a los que fue sometida por su padre, su discurso se detiene y parece buscar con la mirada alguna respuesta que le haga entender el porqué tuvo ella que sufrir esas vejaciones. A pesar de los malos tratos sufridos, cuando sale del centro de menores se encuentra desamparada y tiene que recurrir a su familia a falta de otra referencia situacional.

El abuso sexual paterno, estimuló en Susana la búsqueda de otras relaciones amorosas con chicos de su edad, que le hicieran olvidar los abusos de su progenitor y le ocasionaron un embarazo a los 18 años de edad:

Entonces me fui de casa con mi bebé y denuncié a mi padre y me fui a un hostal hasta que me pusieron lo de “madre soltera” y me llevaron a un centro, pero me fui de ahí por mis puntazos [...] esas cosas de la cabeza y me fui con mi niño a vivir a la calle, así estuvimos hasta que mi niño hizo los dos años. Yo entonces me fumaba mis porros, empecé en el centro de menores a fumar y a cogerme borracheras porque como no me castigaban ni nada [...] pues hacía lo que me daba la gana. Me escapaba siempre de los centros con 9 años y dormía en la calle, robaba y entonces me separaron de mis hermanas. Cuando mi hermana empezó a trabajar yo me sentí

abandonada por ella, eso me han explicado mis hermanas [...] y entonces empecé a portarme mal [...]

Porque en el centro te dejaban muy claro que a los 18 te tenías que ir y yo no tenía a nadie fuera [...] solo tenía dos hermanas, pero ellas también tenían que salir pa lante [...] y empecé a consumir drogas, a beber ¡y claro! tenía que robar para consumir [...] En el centro no me enseñaron nada y me echaron con 17 años ¡en fin un desastre de vida! Vivía en la calle y tuve que volver a casa de mis padres.

Luego me puse a trabajar en un restaurante y le daban al niño de desayunar y comer y por la noche el niño dormía en casa de unos amigos y les pagaba para que me lo cuidaran y lo ducharan y claro me metí en la coca porque mi cuerpo no aguantaba ese ritmo. Entonces llamé a mi hermana y se llevó el niño a Huesca [...] a ella le iba muy bien.

Solo estoy bien con dos de mis hermanas, las otras las hemos encontrado por Facebook y nos han invitado a la boda y todo, pero yo estoy muy desengañada de ellas [...] no saben la suerte que han tenido de que las adoptaran y nos tratan como si fuéramos inferiores o algo así. Pero mis otras dos hermanas son muy buenas [...] ¡fíjate una de ellas es educadora social! Trabaja en un centro de menores y cuida a la gente con esquizofrenia y esas cosas [...]

La frase que más resuena en la narrativa de Susana es: “me fui”. Su vida ha sido un “ir” yéndose de casa de sus padres, del internado, de la casa de acogida o de los diferentes albergues por los que ha pasado. La fragilidad de su desamparo, la convierte en un “ir” sin intenciones prefijadas. Vemos cómo construye su discurso narrativo a partir de cómo le han construido a ella los discursos de sus familiares: “eso me han explicado”. De esta manera en la construcción de la identidad nos ponemos en relación con un mundo de significativos diferentes, vinculándonos con grupos de referencia que nos informan sobre quiénes somos y que nos dan seguridad y protección (Jerome Bruner, 2003).

Sus primeros contactos con las drogas surgidos desde la rebeldía ante el abandono familiar se ven reforzados ante la desesperación de no poder atender a su hijo. Ingresa en una casa para “madres solteras” con la intención de dar a su hijo en acogida, pero no tarda mucho en marcharse por lo que ella denomina “puntazos”, ese “algo en la cabeza” que no es capaz de relacionar con su amarga y dura infancia. Por la entonación quebrada de su voz y sus pausas prolongadas vemos como su hijo le causa un profundo daño en su experiencia vital.

El hecho de enviar al niño con la hermana en la que más confía, le permite acelerar en su carrera de consumo de tóxicos que la inducen a robar cada día más. Libre de responsabilidades hacia su hijo y de cualquier lazo familiar, su vida se traduce en un

constante ir y venir de las drogas a los albergues, y desde éstos a idear nuevas maneras de conseguir más drogas.

Sin embargo, la relación con sus hermanas también ha contribuido a ese tránsito incesante en busca de su propio lugar. La lógica de Susana consiste en una huida que la construye y da sentido a sus prácticas. El trato con dos de ellas es realmente cercano y le produce un fuerte sentido de pertenencia, desligado de ese pasado que le oprime. Pensar en el resto le devuelve de nuevo a su infancia y al pasado que desea olvidar. Por otra parte, la relación con sus progenitores es inexistente, aunque ello no le impide tener una desconcertante ambivalencia hacia ellos. Para Susana esto supone un problema relacional, ya que le impide tener un único sentimiento familiar. Esa disparidad de relaciones contribuye a la construcción de un sujeto múltiple, como explica George Mead:

Establecemos toda una serie de distintas relaciones con diferentes personas. Somos una cosa para un hombre y otra para otros [...] Nos dividimos en toda clase de distintas personas [...] El proceso social mismo es el responsable de la aparición de la persona; esto no existe como una persona aparte de ese tipo de experiencia. Una personalidad múltiple es en cierto sentido normal, como acabo de indicar (Mead, 1993:174).

Esta es una idea que Goffman (1989) desarrolla, al remitir este proceso de multiplicación y división no sólo a la relación con los otros, sino a la necesidad de responder ante la propia gramática de la situación. El compromiso con el mundo implica responder a las situaciones, así como dividirse y multiplicarse en ellas. Este compromiso con un gran número de situaciones cualitativamente distintas, en las que asumimos diferentes estatus y roles participativos este continuo cambio de posición nos conduce de nuevo a la división del sí mismo como característica intrínseca al sujeto. Aprendemos a ser sujetos precisamente aprendiendo a dividirnos, a responder a distintas situaciones de diferentes modos.

Dice Goffman que el sujeto es un conjunto de unidades diferentes, cuya unión obedece, al menos en parte, a las propias creencias culturales en materia de identidad. Por tanto, la *esencia* del sujeto es su cambio permanente; un sujeto dinámico, sujeto a las múltiples interacciones de las que forma parte y a través de las cuales se forma.

Susana avanza en su relato, con el inicio de los primeros síntomas:

Pero cuando dejé al niño me intenté suicidar [prolongado silencio] y me metieron en el psiquiátrico un mes, y después a Proyecto hombre³⁷ donde me daban una medicación que me daba muchos efectos secundarios y me ponía muy agresiva en vez de tranquilizarme, ¡ellos me la daban por mí bien, pero a mí me ponían muy nerviosa!

Yo desde pequeña me he encontrado mal [...] desde muy pequeña he ido al psiquiatra, al psicólogo, nunca me dijeron porqué me llevaban, pero yo me encontraba muy agresiva, me peleaba con los educadores, les tiraba los platos a la cabeza [...] era una psicótica, eso no era normal [...] a lo mejor era mi manera de defenderme pero eso no es normal que una niña de 10 años tirara las cosas y el psiquiatra me dio unas gotas para calmarme, pero a mí no me decían ná. Cuando me ingresaron en el psiquiátrico de Fontcalent fue la primera vez que me dijeron “la esquizofrenia” y es que yo entonces estaba muy mal, si hubieras visto la foto fliparías [...] muy delgá, consumía, no me enteraba de nada, la regla se me fue [...] Cuando me empezaron a medicar yo me di cuenta de que la vida que llevaba no la quería ¿porqué es eso? Lo de las drogas [...] quería que mis hermanas se sintieran orgullosas de mí, no sé porqué me decían que tenía esquizofrenia, veía como fantasmas, bichos, veía de to [risas] eso fue después de tener a mi niño, pero yo recuerdo que desde siempre he tenido pensamientos raros, de suicidarme, de acabar con mi vida, no sé cosas que no son normales. Cuando dejé a mi niño fue cuando perdí la cabeza y doy gracias de que me ingresaran en Fontcalent porque si no, ahora estaría muerta [...]

Susana relata su experiencia con la *enfermedad*, desde el reconocimiento de que algo extraño le ocurre, sin comprender el significado que la medicina le otorga, pero sin renunciar a *sus diagnósticos*. El nombramiento de sí misma a partir de una entidad nosológica “era una psicótica”, nos remite a una adopción del discurso médico para construir su narrativa.

A pesar de que establece una clara relación causal entre la separación de su hijo y el ingreso en el psiquiátrico, identifica cómo mucho antes habían comenzado los síntomas que ella clasifica como *anormales*. Sin bien es verdad que los explica como una práctica de defensa ante la angustia, al igual que otros tantos integrantes del PAIEM, no se permite admitirlos como una reacción esperada y posiblemente previsible a su infancia traumática. Cómo nos esclarece Michael Taussig al referirse a esta cuestión:

[...] quiero demostrar que cosas cómo los signos y los síntomas de una enfermedad, tanto cómo la técnica de la curación, no son ‘cosas en sí mismas’, no son solo biológicas y físicas, sino que son, también, signos de relaciones sociales disfrazadas como cosas naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana (Taussig, 1995:110).

³⁷ Proyecto hombre es una asociación que fue fundada en 1985 para el tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias y otras adicciones. Desarrolla un método de intervención basado en una filosofía humanista orientado fundamentalmente a recuperar la autonomía de la persona.

El primer ingreso en el psiquiátrico de Fontcalent supuso para ella un punto de inflexión en la narrativa de su padecimiento, en un intento tal vez de dotar de sentido a su internamiento. Advierte cómo con el inicio del tratamiento y su paso por el psiquiátrico sus experiencias adquieren una nueva significación y se plantea otra manera de redirigir su vida, en este dinamismo de construcción identitaria:

Cuando salí de Fontcalent me dieron 10 euros y fui a comprarme una dosis, entonces mi hermana me llevó al albergue porque estaba toa tirá en la calle y entonces un educador que yo conozco mucho y es como si fuera mi padre, me dijo: ¡si no tomas metadona, aquí no puedes entrar! y tuvo que ir mi hermana a comprarme la dosis. Cuando yo vi a mi hermana con las lágrimas en los ojos de tener que comprarme eso [...] me prometí que nunca más volvería a consumir. Entonces para meterme en el programa del albergue tenía que tomar medicación, metadona y lo hice to, conocí a mi marido que me ayudó en todo, dejé las drogas [...] Ahora soy otra persona, desde que ingresé en Fontcalent me he dado cuenta de todo. Desde que me pusieron el Risperdal³⁸ no he vuelto a tener alucinaciones. Mi marido buscó un trabajo, a mí me hicieron mi paga y nos buscamos un piso en una habitación.

En la narrativa de Susana, advertimos cómo construye su identidad al establecer una conexión entre los diferentes aspectos temporales de la experiencia y cómo esa conexión va constituyendo su “trabajo identitario”, al configurar la narración. Así la identidad, depende del modo en que cada narración combine los múltiples aspectos temporales de las diferentes esferas sociales por las que transcurre la vida de cada persona, y de la forma en que se establezca una conexión entre el pasado, el presente y el futuro (Paul Ricoeur, 1996).

El autor considera que la comprensión de sí es una interpretación de lo que uno hace y encuentra en la narración una mediación privilegiada. La identidad narrativa se refiere, por tanto, a la interpretación que uno realiza de sus acciones, en la medida en que éstas son una respuesta a la solicitud del otro y al intento de ser fiel a la palabra dada al otro. La interpretación de uno mismo, remite a una operación de apropiación de los acontecimientos engarzándolos en un relato coherente.

En esta dinámica de identidades narrativas, conforma su papel de madre al permitirse recuperar la relación con su hijo una vez abandonado su *estatus* de toxicómana y recuperada la condición que de ella se *espera*:

³⁸ Neuroléptico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

Mi hermana la mayor sigue con mi hijo, ella para mí es como si fuera mi madre y yo jamás se lo quitaría porque ella lo ha criado, le ha dado educación yo lo veo de vez en cuando [...] Ahora que es mayor ya le he dicho a mi hijo que soy su madre [...] y mis hermanas y mi hijo me dijeron que tenía que hacer terapia para llevar bien mi enfermedad así que me fui a un CRIS³⁹ para que me ayudasen y me llevasen bien. Allí hacía terapia y cuando todo iba bien ¡ale!, ¡otra vez a la cárcel!, [risas] pero cuando salga otra vez me vuelvo al CRIS, aunque aún me queda pendiente un chalet del 2009, cuando lo cumpla ya me podré ir a la calle.

A lo largo de la narrativa vemos cómo el hilo conductor de su experiencia ha sido sus múltiples ingresos institucionales: el internado, el centro para madres solteras, el albergue, el psiquiátrico penitenciario, los centros de reinserción para toxicómanos y la prisión y todos ellos en una secuencia no correlativa, sino en una danza incesante entre todos ellos.

De esta manera, cuando Susana ingresa en prisión, su narrativa ya está moldeada por los rigores institucionales.

7.1 Un pasado en la mochila

Entiendo que los sujetos llegan al centro penitenciario con unas circunstancias socioculturales concretas y un estilo de vida derivado de su mundo habitual. Vienen con un sufrimiento ajustado a sus infancias traumáticas y a las experiencias de *enfermedad*. La inmensa mayoría de individuos ingresan con un pasado institucional recorrido en centros de menores, psiquiátricos o centros de día. Vemos, por lo tanto, un continuum en una *carrera moral* que se inició en el pasado y que continúa con el ingreso en el centro, tomando el cariz propio del sistema penitenciario:

Desde muy pequeño mi padre me ataba a una silla y me pegaba con una cadena, sólo tengo mucha rabia de aquello, porque después me llevaron a un centro de acogida. Aquello era terrible [...] los educadores también nos pegaban. Luego estaba lo de las camas, estaban siempre muy sucias y si te hacías pis por la noche no te cambiaban las sábanas. Los pasillos oscuros, mucho frío [...] recuerdo que me pegaba a la pared para no pasar tanto miedo. Con la comida lo mismo, igual te encontrabas un moco, que un bicho [...] no sé era todo un asco, un niño pequeño no podía vivir allí. Cuando me adoptó mi primera familia, me devolvió enseguida [...] se ve que yo era muy malo [risas] con la segunda pasó lo mismo y así hasta que me llevaron a un centro de menores [...] Ahí sí que te pegaban, te castigaban sin comer y te tenían en el patio toda la noche

³⁹ Los centros de rehabilitación e integración social son servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental crónica, con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se llevan a cabo fundamentalmente programas de capacidades funcionales.

sin abrigo si te portabas mal [...] Yo creo que por eso me gusta tanto bailar [...] para olvidar todo aquello [...] Cuando entré en prisión pensé: “ pues otra más de lo mismo”.

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

Sergio hace descripciones muy implicadas de las instituciones en las que vivió. Al igual que otros sujetos, las considera parte determinante de su biografía y su ingreso en prisión es vivido como otro proceso institucional más. A lo largo de los primeros meses de su ingreso, es cuando detectan un matiz diferente: homogeneizante e hipervigilante en la nueva institución.

El sujeto llega al establecimiento con una concepción que de sí mismo, fundamentada en determinadas disposiciones sociales que modelaron su vida ordinaria:

En mi día a día en la calle me levantaba, me aseaba, tenía mi habitación brillante, me tomaba mi café y después me iba al CRIS, después me iba a casa, hacía la comida y me iba al hospital de día [...] estaba más a gusto que ná [...] luego me daba una vuelta con mi marido, hacíamos la cena entre los dos y nos íbamos a dormir.

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

Es en la cotidianidad de esta etapa de su vida, donde Susana parece encontrar un significado a su anterior sufrimiento. Vemos cómo tanto el ingreso en prisión, como sus ingresos en el CRIS, le producen estabilidad y la alejan de la incertidumbre. Las acciones cotidianas le proporcionan consuelo, tanto en las instituciones como fuera de ellas. Es el acto simple y repetitivo lo que la aleja del padecimiento. De esta manera, en la medida en que pueda continuar con su rutina, se mantendrá compensada. Son precisamente los altercados que se producen en prisión o la discontinuidad en sus prácticas, las que le provocan desconsuelo:

Si no se meten conmigo yo no me meto con nadie, pero lo de levantarme a las 8 lo llevo muy mal [...] soy muy dormilona [risas] Y luego cuando te hacen un cacheo y te lo levantan todo. A mí que me dejen tranquila [...] Si alguna se pelea en el patio, me pongo de los nervios [...] tenemos que cuadrarnos todas y nos hacen muchas preguntas [...]

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

Richi también nos habla sobre los hábitos que marcaban su vida antes de entrar en prisión:

A los 12 años cuando terminaba el colegio al mediodía me iba al restaurante de mi padre y ya cuando vi que eso era mucho pa mí, pues dejé el colegio y me quedé con mi padre en el restaurante. Mis tíos trabajan en un circo y sacaba un rato para irme al circo. Ellos me metieron

en una escuela y por las tardes cantaba y bailaba en las escuelas del circo de Algeciras. Yo ya me fumaba mis porritos y robábamos en la tienda del barrio [...] esas cosas de pequeño [...]

Entonces a mi abuela le dio mucha pena que dejara el colegio y me llevó a un colegio muy bueno de los Salesianos que ella pagaba, y a los 16 años, ya no iba al cole, me iba por ahí [...] ¡eso sí seguía yendo al restaurante! Cuando yo trabajaba en el restaurante de mi padre, no me pagaban nunca ni nada y mi hermana trabajaba tres ó cuatro horas y le daban 110.000 pesetas. ¡Imagínese! ¡Siempre ha sido así conmigo! Era solo cinco años mayor que yo [...] tampoco había tanta diferencia. Yo le pedía a mi padre una paga con 17 años para poder comprarme una moto y él me decía: ¡yo te doy de comer y de vestir y esa es tu paga! Yo le decía: ¡pero si mi hermana también come y también viste! [...] y entonces lo dejé y tuvieron que traspasar el bar.

Luego ya me marché de casa y hacia lo normal [...] Arreglaba mi casa, bajaba con los amigos, trapicheaba, subía a mi casa y me hacía la comida. Por la tarde volvía a bajar, en el parque, el trapicheo [...] subía a casa y veía un rato la tele. También sacaba dinero descargando camiones, bueno como siempre se ha hecho [...] he robado algo, no soy ningún santo, pero robar mucho, no me gustaba.

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Para Richi sus hábitos delincuenciales, constituyen su rutina diaria y su ubicación social. Así cuando su abuela intentó dar otro giro a su vida y lo ingresa en un colegio interno, no lo identifica como su entorno sociocultural y vuelve al barrio donde encuentra su espacio.

No debemos olvidar como los sujetos ingresan en prisión no solo con un pasado institucional y una cotidianidad conformada en sus disposiciones sociales, sino también con un pasado psiquiátrico que deben elaborar en base a una mejor comprensión de sus biografías:

Con la droga y todo eso, hay veces que he tenido alucinaciones y veía bolsas de basura y me creía que eran personas. Entonces me llevaron al psiquiátrico, pero yo no entendía nada [...] Me tenían allí unos días y luego otra vez pa la calle [...] Es verdad, que yo era un gamberro de pequeño y no hacía caso a mis padres. A los 10 años, me juntaba con gente más mayor que yo y empezaba a robar con la gente que me juntaba. En casa éramos 6 hermanos, yo era el quinto y con mis padres siempre me he llevado muy bien, hasta que a los 12 empecé a fumar porros y a los 14 a drogarme cocaína en serio todos los días [...] y me echaron de casa y a los 15 años me fui en un centro [...] me llevó mi madre al centro Reto de Evangelistas⁴⁰ de Valladolid porque mi primo ya había estado allí antes y le había ido bien. Nosotros no somos evangelistas ni nada, pero funciona bien, allí hay de todo mezclado, gitanos, payos ¡de todo doctora! Mi madre no estaba preocupada ni

⁴⁰ Organización no lucrativa evangelista, creada para la rehabilitación de drogodependientes que nació en 1985. También lleva a cabo actividades preventivas en los colegios y una amplia difusión de sus actividades en los entornos religiosos evangelistas. Sin embargo, no es necesario ser evangelista para entrar en el centro, estando abierto para cualquier estado confesional.

nada, porque les dejó a ellos la tutela para un año y no me podía ir de allí ni nada, en un año. Me vinieron a ver a los 6 meses y al año vinieron a recogerme y todo muy bien. Después fue salir y juntarme con las mismas compañías y volver a drogarme. Luego ya de ahí cuando me ponía mal me encerraban en el psiquiátrico [...] A mí me han dicho de todo, que si esquizofrenia, doble personalidad, delirios de grandeza [...] pero no sé porque me pasaba todo eso, me sentía raro y me fui acostumbrando a tanto médico [...] al final estoy aquí encerrao [...] pero yo creo que siempre he estado con algo mal en la cabeza [...]

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

En Sebastián encontramos, al igual que en la mayoría de los sujetos, un pasado conectado íntimamente con el consumo de tóxicos. A este consumo de drogas hay que sumarle unas prácticas delincuenciales que les hacen confluír en el sistema penitenciario. Pero anterior a su contacto con la prisión han recorrido un calvario de ingresos institucionales y han tenido múltiples contactos con el sistema biomédico.

En todo este periplo los individuos intentan componer una veraz explicación, así como una acertada concordancia para entender, porqué a pesar de sus múltiples afecciones médicas han terminado en un centro penitenciario. Para muchos de ellos, es difícil establecer esa congruencia incongruente entre el hecho de estar *loco* y hallarse en una prisión, en lugar de en un centro hospitalario. Para ello deben elaborar su pasado, intentando entender esa disonancia, entre pertenecer al mundo de la *sinrazón* y sin embargo ser considerados *aptos* a la hora de responder de sus delitos.

Hemos visto cómo los individuos de la investigación llegan a la institución con un pasado que hace referencia a su contexto sociocultural. Sin embargo, los sujetos no son contemplados como seres aislados, sino como miembros de grupos domésticos, familias extensas, grupos de parentesco, comunidades y conjuntos más amplios. La entrada en prisión provoca una pérdida de relaciones familiares que aumenta el desconcierto, el sentido de no pertenencia y el sufrimiento de los sujetos:

Yo tengo a mi pareja en Barcelona estudiando psicología y quiere hacer las prácticas en prisiones, y yo le he dicho: ¡Déjate de prisiones! Pero me lo dijo el otro día por teléfono. Llevamos juntos desde el 2002, nos conocimos y a los 5 años yo entré en prisión. La conocí en una escuela taller, de esas que hace el Ayuntamiento que va gente discapacitada y gente normal. Yo hacía un curso de pintor y ella de jardinería, coincidíamos en el patio, a la hora de entrar, a la hora de salir y así empezamos [...] Yo por aquel entonces, estaba bien y ni me autolesionaba ni nada [...] oía voces de vez en cuando, pero me pensaba yo que era normal [...] y ella me decía que era de la droga, porque muchas veces me emparanoiaba con ella y tenía razón. Ella no consumía ni nada [...]

ahora la llamo y todo por teléfono, lo que pasa es que a veces me da vergüenza llamarla [...] la llamo poco porque a veces me encuentro mal y para no transmitirle que me encuentro mal y se ponga ella nerviosa y a mi madre igual [...] No me gusta que mi madre pase la vergüenza de que los vecinos sepan que estoy aquí. No me gusta que vengan [...] aquí no [...] solo les dejo venir cada seis meses. Es duro lo de la familia y la novia [silencio prolongado] es cómo si nos hubiéramos quedado sin ellos, y lo prefiero así [...]

(Pedro, 32 años, 4 años en la institución)

Para Pedro el ingreso en prisión ha supuesto un claro distanciamiento con sus familiares y su novia, provocado en parte por él mismo, como herramienta de defensa ante la intromisión del sistema en su recorrido social. Tal como describió Goffman (1970) en los itinerarios de los *enfermos mentales* en una institución, a través del proceso de la *carrera moral*, se observa una pérdida, durante el trayecto, de gran parte de la red social previa a su ingreso.

Así como Ángel Martínez-Hernández (1998) destaca esa pérdida referida a las relaciones previas de amistad y no a las de estrecho parentesco con sus progenitores, debo decir que el ingreso en un centro penitenciario ocasiona una importante merma del conjunto de la red social anterior al ingreso. Si bien es cierto, que la relación con la madre es la que más se resiste a este fenómeno, el contacto suele consistir más bien en recordatorios del pasado o en la insistencia de conservar vivo su recuerdo mediante fotos, alusiones o nombramientos.

Cómo tan acertadamente señala este autor las relaciones de amistad consistían más bien en la evocación de vínculos existentes en el pasado que ya no persistían, pero que, sin embargo, conseguían reactualizar. En este punto, es en las relaciones de pareja con las se producen más evocaciones imaginarias, fabulaciones, en torno a una relación que, en la mayoría de los casos, es más novelesca que real como acabamos de ver en el caso de Pedro en relación a su supuesta novia. Este deterioro en la red social de los sujetos, que difícilmente se puede recuperar desde la institución, pasa a convertir al sistema en el soporte social de los sujetos (Martínez, 1998).

Por otro lado, la red social en algunos de los individuos ya se encontraba gravemente deteriorada antes de su ingreso en prisión, en parte por la situación de marginalidad en la que se desenvolvían:

De siempre recuerdo vivir en la calle. En mi casa éramos 11 hermanos y mi madre nos mandaba a jugar a la calle. Cuando la molestábamos mucho, con cosas de chiquillos, nos mandaba a casa de una vecina o de algún familiar. Mi padre se dedicaba a vender droga y mi madre estaba todo el día con dolor de cabeza [...] creo que era por lo mucho que bebía. Cuando iba a casa y le contaba

alguna chiquillada ella me decía que estaba muy ocupada y se metía en su cama a dormir. Con mis hermanos íbamos cada uno a la nuestra [...] nos buscábamos la vida como podíamos, unos robaban, otros trapicheaban, pero a la escuela no hemos ido mucho, eso era lo normal en el Palmeral⁴¹ [...] A mí siempre me gustó ir solo a lo mío [...] era algo retrasado creo [...] No me metía con nadie y ellos tampoco conmigo. No sé [...] como si no nos importara lo del otro. Yo contento con mis cosas y eso. Me gustaba observar a la gente, pero yo iba a lo mío [...] A la gente ese barrio no le gusta, que si esto, que si lo otro [...] pero yo he vivido muy a gusto y a nadie le importaban mis cosas.

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Pablo lejos de sentirse excluido, reivindica su derecho a la *marginalidad* y se refuerza en el contexto sociofamiliar al que pertenece. Martínez (1998) recoge, cómo desde una posición más centrada en el estudio de las relaciones sociales y de las estructuras económico-políticas, numerosos estudios retrospectivos, han establecido una asociación bastante frecuente entre las clases desfavorecidas y la existencia de *enfermedad mental*. Los defensores del determinismo biológico como Barclay Martin (1977), interpretan esta asociación desde la hipótesis de la movilidad descendente. Según esta teoría, aquellos individuos más vulnerables a una esquizofrenia mostrarían un descenso en la estructura social como consecuencia, no como causa de su enfermedad. Desde argumentos más sociológicos, esta asociación se explicaría desde una condición etiológica, o como mínimo precipitante, del factor socioeconómico.

En la actualidad las hipótesis sobre la etiología de la esquizofrenia parecen articularse en torno a estos dos polos. Por un lado, se afirma, desde la hipótesis de la producción de Warren Dunham (1965), que los factores ambientales que impactan sobre la predisposición a padecer la enfermedad y procesos como la pobreza y la desorganización social son los causantes de la esquizofrenia. Por otro lado, la hipótesis de la orientación de Hugh Freeman (1994), afirma que los esquizofrénicos tienden a ocupar determinados espacios desfavorecidos en la estructura social, como resultado de su movilidad descendente, debido a que en estas áreas pueden poner en práctica más fácilmente su tendencia hacia el retraimiento.

Según Martínez (1998) no debemos pensar que los esquizofrénicos se movilizan hacia espacios desfavorecidos o que los espacios desfavorecidos crean esquizofrénicos, sino que ambas situaciones pueden darse en un mismo sujeto. Se crearía un conflicto en el individuo

⁴¹ Barrio de elche en el que se llevó a cabo una promoción de vivienda en el año 1976, y se adjudicó a familias con pocos recursos. Este hecho unido a las actividades delincuenciales que se desarrollan en su interior ha hecho que se considere cómo un barrio en proceso de exclusión social.

entre un adentro subjetivo y un afuera social, donde los esquizofrénicos se encontrarían en un permanente tránsito y búsqueda de espacios que amortiguaran este conflicto existencial. Y es en los lugares de anonimato, donde se atenúan el conflicto entre estar adentro de lo social y a la vez estar afuera, entre el establecimiento de relaciones sociales y el retraimiento, entre habitar y compartir un mundo externo y recrear un mundo interno.

7.2 Descubriendo el itinerario

Cuando Carlos entró en la institución tenía 29 años y como más adelante nos relatará, los síntomas comenzaron ese mismo año, según el relaciona, a raíz del consumo de drogas y alcohol. Fue ingresado unos días en un hospital psiquiátrico y de allí pasó, mediante resolución del sistema judicial, al centro penitenciario.

Por tanto, Carlos no tenía ninguna experiencia previa con la institución, y apenas con su propia experiencia de la *enfermedad*. Llegó una tarde del mes de octubre directamente del hospital psiquiátrico. El juez tras revisar su caso había ordenado su ingreso en prisión, al considerar que se encontraba en plenas facultades de entendimiento cuando cometió el delito. Esas plenas facultades de entendimiento parecieron *desaparecer* cuando ingresó en la prisión. Cuando fui a visitarlo se encontraba en una sala con otros tantos internos esperando a ser visitados por la médica.

Desde el primer momento que los sujetos toman contacto con la institución, se aplica sobre ellos un protocolo de ingreso que deja claro al interno cuales serán a partir de entonces las normas que dirigirán su cotidianidad. En este sentido Foucault (1975), habla de los procedimientos de admisión para inscribir al individuo en el sistema disciplinario, con el fin de someterle a la maquinaria del biopoder.

Esta maquinaria de poder se pone en marcha con el acto del cacheo. Como ya vimos en la página 158, éste consiste en examinar detenidamente el cuerpo, la ropa y las pertenencias del interno con la finalidad de detectar algún objeto prohibido en la institución. Para ello el funcionario de vigilancia desnuda al interno en una sala blanca desprovista de mobiliario y de forma minuciosa se examinan sus pertenencias y los lugares más escondidos de su cuerpo, en una clara violación de su *cuerpo* físico, social y político. Se trata de uno de los mejores ejemplos de lo que afirman Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) al plantear que, la estabilidad del *cuerpo* político descansa sobre su habilidad para regular las poblaciones (el *cuerpo* social) y para disciplinar los *cuerpos* individuales. Con el cacheo entonces, se define

claramente el disciplinamiento al que se someten los *cuerpos* individuales, y los sujetos institucionales.

Dicho de otra manera por Foucault, el cacheo sería un tipo de examen:

El examen combina las técnicas de la jerarquía que vigila y las de la sanción que normaliza. Es una mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar. Establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona (Foucault, 2009:189).

Después del cacheo, le son requisados los objetos que no puede entrar en prisión y pasa a las duchas. En este espacio, es donde encuentran los internos algo de esparcimiento al no estar vigilados directamente por los funcionarios, sino por los internos ordenanzas del módulo de ingresos. Como vimos, son internos de máxima confianza y desarrollan multitud de funciones que le son delegadas por los funcionarios. En este espacio social tienen la oportunidad de compartir dudas, temores y todo tipo de inquietudes que les provoquen el ingreso, además de afianzar el disciplinamiento al hacerles conocer la disposición jerárquica entre los mismos presos.

Sin embargo, Carlos no acostumbraba a relacionarse con personas que no conoce y en esta ocasión permanece aislado en un rincón de los aseos, como me comentarán más tarde los ordenanzas. De manera habitual después de la ducha pasan a ver al educador que les explica las normas disciplinarias y les adjudica el módulo de destino según el tiempo de condena, antecedentes comportamentales, tipo de delito o reincidencia. Vemos pues, otra actuación disciplinaria en la que la categoría social que le es adjudicada supone continuar con el proceso de disciplinamiento al regular el *cuerpo* social.

En esta situación, al observar un comportamiento llamativamente retraído en el interno, llaman a la médica en primer lugar para que dictamine una posible *enfermedad mental* con la intención de conseguir el ingreso en el departamento de enfermería, adscribiendo una nueva categoría al *cuerpo* social.

Cuando llegué, Carlos estaba en la sala de espera junto con los demás internos, sentado en el suelo con las piernas encogidas y la cabeza escondida en sus rodillas: “¡a ver, el tipo ese tan raro, que pase!” gritó uno de los ordenanzas de ingresos. Caminaba despacio, mirando hacia atrás y buscando con la mirada un apoyo al que asirse. “¿quiere que deje la puerta abierta, doctora?, ¡este tipo es muy raro!” me preguntó el ordenanza. Yo le contesté que estaba bien, que no se preocupara y que podía dejarnos a solas al interno y a mí en la consulta médica.

Carlos despierta sospechas porque a pesar de lo alto que es, sus ropas son pequeñas y no le cubren las piernas ni los brazos por entero. Lleva la cabeza rapada con trasquilones desordenados, la barba sin afeitarse y las manos llenas de pequeñas heridas superficiales. Los pocos días que pasó en el hospital psiquiátrico no han borrado los largos meses que lleva viviendo en la calle.

Cuando comenzamos la entrevista, mantiene la mirada fija en sus manos e insiste en un obstinado silencio. Tras explicarle que soy del servicio médico y que puede contarme cualquier cosa que le preocupe, continúa mirándome como si no comprendiera mis palabras y posiblemente por mi intención de conquistar su mirada encuentra un amparo al que precipitarse:

Cámbiame de coche, cámbiame de coche ¡mira, mira!, ¿ves? Ya me lo han hecho de nuevo, no me quieren devolver mis cosas ¡quítamelo, quítamelo todo! ¿Que pasa con la gente? Yo les aviso y ellos me quitan las cosas. Algo malo nos va a pasar a todos y me metéis en esta caja blanca, con paredes [...] ¿Qué queréis? Me miran todos, me miran todos ¡joder, dame mi coche! ¿Qué duchas son esas? Yo tengo la ducha en mi coche y ahora ya no la tengo [...] aviso a la gente ¡oye! no me escuchan. Llevo dos días sin mi coche y esto yo no me lo conozco, no sé cómo avisaros [...] Tengo que volver y solucionar las cosas ¡plis, plas!, ¡plis plas!, aquí me pierdo, no me gusta nada tanta pared ¿puedes cambiarme de coche?

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

En la lógica de Carlos aparecen dos ideas primordiales: una es la inquietud que le produce la impotencia de no poder alertar sobre sus catastrofistas ilusiones auditivas y la otra, es la angustia sobre el desconocimiento del nuevo entorno. La referencia a su coche, como más tarde averigüé, trataba sobre el contexto anterior a su ingreso en prisión. Carlos vivió durante un tiempo en un coche y desde allí observaba cómo los semáforos le hablaban y le avisaban sobre un terrible desastre. El nuevo escenario le desconcierta y posiblemente, le ocasione una descompensación que *precisa* ser revertida con tratamiento farmacológico. No es infrecuente en el resto de individuos del PAIEM, que con la entrada en la institución se produzca un desequilibrio en su lábil armonía emocional, y que esto pueda desembocar en un delirio.

Ante el sufrimiento que advierto en el sujeto lo ingreso en el departamento de enfermería, adscribiéndolo en la categoría de *enfermo mental* y abocándole al proceso institucional de transformación y dominio, que busca la manera específica de disciplinar a los individuos mediante herramientas concretas.

Así el itinerario prototípico que se inicia implica su llegada al servicio de admisión en donde, a semejanza del proceso descrito en la noción de *carrera moral* de Goffman (1970), los profesionales, en tanto que representantes de los saberes *expertos* en salud mental, traducen las experiencias de los sujetos en términos de lenguaje biomédico. Esta primera aproximación, es la que determina el itinerario del futuro paciente dentro del sistema institucional en forma de expectativas terapéuticas y estrategias de control social y disciplinamiento, que se asocian en el ejemplo de Carlos (como en muchos otros) con el estigma y una perplejidad revestida de desconfianza.

Los procedimientos de admisión podrían llamarse mejor “de preparación” o “de programación”, ya que al someterse a todos esos manoseos el recién llegado permite que lo moldeen y clasifiquen como un objeto que puede introducirse en la maquinaria administrativa del establecimiento, para transformarlo paulatinamente, mediante operaciones de rutina (Goffman, 2012:31).

Vemos pues, un claro paralelismo entre el disciplinamiento de Foucault y los procedimientos de transformación de Goffman ya que ambos persiguen el mismo fin, que no es otro que el control sobre los individuos que permanecen en una institución y la aceptación de los nuevos valores del sistema por parte de los mismos.

Una vez que Carlos llega a la enfermería se procede a los rituales de entrada, en un afán de transformación y remodelación del sujeto que provocarán una degradación y profanación del *yo* (Goffman, 1970). Se le tiran las ropas que había mantenido en el psiquiátrico, se le corta el pelo para dar uniformidad a sus trasquilones y se le afeita. Debe aprender que se desayuna a las 8 en el comedor colectivo, que se toma a la medicación a las 9 y que se baja al patio a las 10 donde debe permanecer dos horas a pesar de las inclemencias del tiempo.

En apariencia, como dice Foucault (1975), pareciera que el interno se encuentra en mejores condiciones al mitigar las privaciones que padecía cuando vivía en la calle. Tiene comida, techo, y están cubiertas sus necesidades básicas. Pero no debemos olvidar, como nos recuerda Foucault, que el fin primordial de la pena no consiste en un castigo sobre el *cuero* sino más bien sobre el *alma* en su afán transformador, del mismo modo que se actúa sobre el *cuero* social y político.

Poco a poco olvida su vida callejera y el coche donde vivía. Esta barrera que se levanta entre el sujeto y el exterior marca el proceso de mutilación del *yo*. El hecho de despojarle de su apariencia habitual, le ocasiona una búsqueda de su identificación anterior en la que se reconocía antes de su ingreso.

Así Carlos en sus primeros días se niega a sentarse en los bancos, come en su cama, no se ducha por las mañanas, le gusta dejarse la barba sin afeitarse y fumar en los espacios cubiertos. Estas pequeñas reconquistas parecen tener un efecto reintegrador, conciliando en cierta medida las disposiciones de su mundo exterior. A medida que van pasando los días el delirio va disminuyendo en intensidad, pero continúa presente la obstinación en hacer presente su *yo* y en resistirse a la disciplina:

Doctora, no entiendo porqué no puedo sentarme en el suelo, a mí me va bien así ¡mire!, ¡mire! Quieren que comamos todos juntos como si nos conociéramos, yo prefiero ir a mi aire [...] El otro día se enfadaron porque dicen que olía mal y que no hacía la cama nunca ¿les puede decir usted que yo no tengo porqué hacer eso? En el patio no me dejan estar parado y me dicen que haga algo ¿el qué? No sé, yo no entiendo lo de aquí dentro [...]

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

Poco a poco, Carlos comienza a aceptar, sin ser consciente de ello, las normas que le imponen a fuerza de padecer multitud de pequeñas sanciones que organizan su cotidianidad. Sanciones como: permanecer menos tiempo en su celda, recoger el comedor, limpiar cristales, retirada del tabaco o la prohibición del café, inducen en Carlos una inocente aceptación del sistema que lo contiene.

Los sujetos quedan debilitados por la dificultad de conformación con un entorno que se presenta como una estructura hostil, una de cuyas características es la intransigencia en las pautas de comportamiento, desde dónde el *cuero* individual es neutralizado, por el control del *cuero* político.

Apenas entra el sujeto, se le despoja del apoyo que las disposiciones sociales le brindaban. Se ve separado de su familia, amigos, rutinas, y se inician una serie de cambios progresivos en las creencias que tiene sobre sí mismo. Se inicia así una trayectoria social institucional donde la secuencia regular de cambios que la *carrera moral* introduce en el *yo* del sujeto y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí mismo y a los demás, cobra significación en cuanto que altera su contexto social (Goffman, 1970).

En una primera etapa el interno mantiene una estrategia para mantenerse ajeno a todo contacto ratificador de la institución. Como vimos, con el tiempo, en la mayoría de los casos el interno abandona su aparente no *presencia* y empieza a ponerse a disposición de la comunidad y su destino tiende a seguir el modelo general de la comunidad. El interno debe comprometerse o fingir que se compromete con la perspectiva de sí mismo que avala la institución. Cada *carrera moral*, que se construye, y más allá de esta, cada *yo*, se desenvuelve

dentro de los límites de un sistema, no siendo esta *carrera* propiedad de la persona a quien se atribuye, sino inherente más bien a la pauta de control social ejercido sobre los individuos. Esta experiencia de alineación acarrea una serie de nuevas creencias acerca del mundo y una nueva manera de concebir los *yoes*.

En el caso del *enfermo mental*, el itinerario no compromete tan solo una experiencia de alineación sobre el sistema de creencias sino también, hacia la asimilación del ser como *enfermo* que está sometido a los saberes *expertos*, y desprovisto de capacidad de acción ante estos saberes. Como tan elocuentemente señala Correa-Urquiza:

En la mayoría de las ocasiones, la carrera del paciente (Goffman, 1989) se transforma a la vez en el eje de un proceso de adopción de una identidad asociada a la idea de enfermedad. Esto es lo que, en términos de Gramsci, podríamos pensar como una cierta interiorización de las pautas dominantes como sentido común de los itinerarios, en este caso, de la semántica relativa a la salud mental. El trastorno y sus calificaciones impregnan el tejido de vida del sujeto que deviene así en una suerte de enfermo absoluto. Identitariamente se ve fosilizado en una dimensión exclusivamente patológica. Ya ni tan solo está, sino que es enfermo, y lo es en todas y cada una de las instancias sociales de su yo cotidiano. Este fenómeno repercute, a raíz de elementos como las significaciones socioculturales de la problemática, en una suerte de descalificación del discurso subjetivo, un no ha lugar de sus narrativas que incide inhabilitando las posibilidades de su ser y estar activo socialmente. «No entiendo por qué soy esquizofrénico si yo ejerzo de loco solo el 10% de mi tiempo», afirmaba Nacho, nikosiano, durante un programa (Correa-Urquiza en *Locuras, cultura e historia* 2014:252).

Una de las primeras amenazas que advierte el sujeto cuando entra en prisión es la percepción de estar permanentemente vigilado. Un proyecto con rejas, candados, con separaciones bien definidas y aprovechando la torre central como soporte a la vigilancia del condenado que se encuentra en un estado perpetuo de visibilidad:

[...] el detenido tendrá sin cesar ante los ojos la elevada silueta de la torre central de donde es espiado [...] El Panóptico en una máquina de disociar la pareja ver-ser visto: en el anillo periférico, se es totalmente visto sin ver jamás, en la torre central, se ve todo sin ser jamás visto (Foucault, 2009:205).

La prisión, por tanto, donde deben cumplir la pena, es a la vez lugar de observación de los sujetos condenados. Conlleva una primera intención de vigilancia que deriva en una fuente inestimable de conocimiento sobre el comportamiento del sujeto a transformar. Desde esta

herramienta del saber, el espacio pasa a erigirse en una manifestación de poder que individualiza y totaliza a los sujetos.

Esta herramienta del saber, de la arquitectura y la geometría ordena, clasifica y alecciona a los individuos desde sus primeros contactos con el espacio.

Así vemos, cómo en el diseño del centro penitenciario uno de los lugares que más llaman la atención son los jardines. Los jardines del centro ocupan una gran extensión dentro del edificio. En el exterior dan la bienvenida a trabajadores y visitantes multitud de palmeras, rosales y olivos en una tentativa de mostrar la afabilidad de la institución. Los internos llegan al interior del centro, en unos furgones blindados provistos de unas minúsculas ventanas que no alcanzan a visionar desde sus asientos por la altura de las mismas. Por lo tanto, los jardines exteriores no dan la bienvenida a los internos y pueden disfrutar tan solo de los interiores.

Ya en el recinto, los jardines se extienden entre los diferentes módulos, dibujando una cruceta bajo la torre de control. Moreras, pinos, lavandas, rosales, callistemonos y olivos dan frescura y verdor al cemento gris de la construcción.

Los jardines constituyen un elemento de prestigio para la institución y de recreación para los internos. Y recreándose en ellos iba una tarde de verano Víctor al departamento de sociocultural, con el propósito de encontrarse con su pareja:

[...] no entiendo cómo pasó [...] Había quedado por carta con Yolanda para vernos en el cine, pero no sé que pasó y no vino. Había una cola muy larga en la puerta del sociocultural para entregar los carnés y cuando vi que ella no estaba me acerqué al módulo de mujeres a ver que pasaba. ¡No miraba nadie, de verdad! El funcionario estaba a lo suyo con los carnés ¡fue un momento!, ¡encima no estaba en la puerta para avisarme y no la vi! Ahora tengo que pasar por la comisión disciplinaria y no duermo por las noches. Lo estaba llevando todo bien y ahora [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Víctor “es visto sin ver” desde la torre central de control. Ensimismado en el cometido de localizar a su pareja, olvida que puede “ser visto sin ver”. A raíz del suceso se le aplica una sanción disciplinaria por encontrarse fuera del lugar donde debería estar. Entre el módulo de sociocultural y el de mujeres hay tan solo 20 metros, pero suficientes para dejar patente, que con su acercamiento a infringido una norma. Así la sociedad disciplinaria pone en marcha su maquinaria sancionadora y debe cumplir 10 días de “privación de paseos y actos recreativos”. El sistema no ha vigilado tan solo a Víctor, sino que posee en su haber un conocimiento que más tarde utilizará para la denegación de un permiso penitenciario “aún no

está preparado para salir”, “nos puede liar cualquiera en el permiso” comentaron los técnicos en una reunión del PAIEM, semanas más tarde.

Es necesario a la luz de lo relatado por Víctor plantearse algunas cuestiones como: ¿hasta dónde la arquitectura puede dialogar con lo social?, ¿hasta qué punto el espacio puede contribuir a la rehabilitación del *enfermo mental*?

La inspección jerárquica se ve facilitada por la disposición panóptica de los edificios que coacciona mediante el juego de la mirada. Se desarrolla una arquitectura que no está hecha para ser vista sino para hacer visibles a quienes se encuentran dentro, pasando a ser un operador de encauzamiento de la conducta. Constituye un *cuervo* político, una maquinaria de control, que como dice Foucault (1975), funciona como un microscopio de la conducta, permitiendo con una sola mirada verlo todo permanentemente.

De esta manera, el aparato disciplinario perfecto posee un punto central que es a la vez fuente de luz que ilumina todo y lugar de convergencia para todo lo que debe ser sabido. El poder, en la vigilancia jerarquizada, funciona como una maquinaria donde es el aparato en su conjunto quien ejerce el poder y distribuye a los individuos en ese campo permanente y continuo. Estos efectos del poder se apoyan unos sobre otros y los vigilantes pasan a estar perpetuamente vigilados en un juego ininterrumpido de miradas calculadas, dentro de este *cuervo* político.

Para Bourdieu es necesario confrontar los diferentes puntos de vista de los sujetos que entran en conflicto cuando se ven obligados a compartir un mismo espacio. Este confrontar nos ofrecerá el resultado de esta contraposición. Por tanto, a la hora de analizar la entrada de los sujetos, no podemos olvidar cómo la institución se ve obligada a sí misma a cohabitar con unos sujetos con los que *debe* mantener un conflicto latente o manifiesto en la mayoría de las ocasiones. Y es que cuando un interno entra en prisión la institución tiene la obligación de vigilarlo y transformarlo. En un primer momento el individuo es significado por el sistema como otro *cuervo* más que aleccionar y ductilizar por lo que genera una posición de conflicto aprendido ante el nuevo sujeto que ingresa.

Desde la perspectiva del “pensamiento de las instituciones”, Mary Douglas (1996) a partir de una sociología del conocimiento, propone que el pensamiento sólo puede ser concebido y explicado como representación colectiva, es decir, como producto de una sociedad que piensa, clasifica e identifica por encima de y con anterioridad a los individuos que la conforman. Lo que propone Douglas es que la constitución y consolidación de las instituciones precisa apoyarse en específicas estrategias cognitivas que las establece como pensantes.

De este modo para los funcionarios que lo reciben, se trata de un individuo sobre el que hay que ejercer una disciplina correctiva. Así la actitud de la institución frente al interno es de cierta irritabilidad ante una posible insubordinación del sujeto y se muestra implacable en sus primeros contactos, lo que muestra la siguiente descripción de Alberto:

A mí esto me parece un asco [...] todos mis dibujos me han quitado [...] ¡que era mierda me han dicho! Que sabrán ellos sobre la mierda ¿aquí funcionan así?, ¿con la mierda y todo ese rollo? No sé que les molesta de mis dibujos. Yo venía con la idea de regalarlos a la gente, pero creo que a éstos no les gusta mucho lo de regalar [...] te miran con cara de sargento. Del ejército a mí no me pueden hablar [...] yo he sido militar en Afganistán y paracaidista y he sido el más disciplinado de todos [...] a mí a disciplina no me gana nadie [...] pero esto ¿qué es? Esto es joder al personal [...] Pues yo me los cargo a todos ¡una vez casi mato a uno! No me gusta eso de matar, pero si queréis provocarme [...] ¿Qué queréis?, ¿Qué me desnude? Pues nada yo me quito todo ahora mismo y os lo quedáis todo [...]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

Este episodio sucedió una tarde en el departamento de ingresos estando yo de guardia. Me avisan, como siempre ocurre en estas ocasiones, para que acuda a explorar a un interno que se encuentra en un estado de manifiesta agresividad. Cuando un sujeto presenta una marcada actitud de agresividad, invariablemente solicitan la presencia del servicio médico, antes incluso que la del jefe de servicios. Los jefes de servicio tienen la consigna de no llevar a los individuos del PAIEM al módulo de aislamiento y consultar siempre primero con el equipo médico.

Los episodios de violencia, según el dispositivo reglamentario deben ser sofocados por los funcionarios de vigilancia según las órdenes del jefe de servicios. Sin embargo, el sistema cede el *privilegio* de aplacar al sujeto al poder biomédico, en una transferencia perversa del sistema. El resultado de este traspaso es que lo regimental se constituye en médico y lo médico es usurpado en otras ocasiones por la maquinaria regimental. Incluso en las ocasiones en que el médico decide que, a pesar de estar en el PAIEM, en esos momentos se encuentra en plenas capacidades cognitivas y puede cumplir una sanción, la norma es que finalmente el jefe de servicios no ingrese al interno en aislamiento sí no lo decide antes el director. La opinión del médico queda así deslegitimada ante el temor y el desconocimiento de los funcionarios acerca del mundo de la *locura*.

En esta ocasión, ante el desconcierto que ha provocado el interno con su actitud agresiva durante el cacheo, me avisan para que solucione la alteración de la norma:

¡Mira a ver a ése qué le pasa! Le hemos quitado una caja sucia que llevaba y se ha puesto como un loco a gritarnos y a amenazarnos de muerte, te lo hemos encerrado en la cancela hasta que tú vinieras, ¡ten cuidado con él, que tiene pinta de hijo de puta!

(funcionario de ingresos)

Mi asombro acostumbrado me indica que una vez más debo atender, yo en primer lugar, a un sujeto que provoca miedo y cautela en los funcionarios. Alberto está gritando en una cancela: “¡que me lo devuelvan, joder!, ¡que me lo devuelvan!”. A través de los barrotes intento llamar su atención y pedirle que se calme para que podamos solucionar el problema: “sí anda vete y díles a esos cabrones que se vayan también” me responde.

Lo que sí me asombra en Alberto, es la escasa *sumisión* que demuestra ante la institución. Cómo podré comprobar más tarde Alberto es extremadamente alegre y conciliador, excepto si alguien atenta contra su caja de pinturas o intenta administrarle un tratamiento contra su voluntad cómo veremos más adelante. Su afición desde niño ha sido pintar y le gusta guardar sus dibujos en una caja de cartón algo manoseada y decorada también con sus diseños. Una vez que pasa a la consulta médica en presencia de los funcionarios inicia un discurso verborreico sobre la perplejidad que le produce la retirada de sus dibujos y a medida que se va enfureciendo comienza a quitarse toda la ropa.

Les pido a los funcionarios que abandonen la consulta antes de que se desnude por completo y con ayuda de la enfermera conseguimos tranquilizarle en cierta medida: “anda a ver si tú puedes decirles algo a esos mamones” me solicita. Le pregunto a los funcionarios si el interno lleva algún objeto prohibido en la caja y cuál es el motivo de habérsela quitado, a lo que me responden: “no nos fiábamos de la pinta que tiene y se la hemos quitado por si acaso”.

A continuación, pasamos a examinar la caja en un despacho aparte y una vez que comprueban que no lleva nada peligroso, les explico que es importante para él tenerla consigo y que no mantiene ninguna doble intención hacia la institución más que preservar su persona.

Vuelvo a la consulta médica con la caja de dibujos y lo primero que hace Alberto es comprobar que no le falta ninguno de ellos y nos dice: “¡joder que gente!, muchas gracias si yo soy muy pacífico, yo estuve en el ejército”.

En este episodio, al igual que en el de Carlos, vemos cómo la aplicación de normas y valoraciones implacables puede ocasionar una descompensación en el sujeto con *enfermedad*

mental a su ingreso en el centro y cómo la institución ante un sujeto desprovisto de *cordura* reacciona con recelo y contundencia para prevenir una disonancia con el sistema.

A medida que los sujetos van comprendiendo su situación de sometimiento ante el sistema, se van mostrando más dóciles. Esto provoca en los funcionarios una cierta relajación normativa, concediendo pequeños beneficios que administran en virtud de lo que juzgue su entendimiento y del rol que mantienen en la arena de juego. Existen funcionarios que ejercen la disciplina de manera más laxa, al situarse en una posición más próxima al *subordinado*, y otros que mantienen ese distanciamiento y disciplina a pesar de la interacción diaria con el interno. No obstante, si se conceden ciertos favores a un sujeto que va subyugando el sistema y éste aprovecha la ocasión para intentar validar sus creencias, suele ser la norma que el funcionario le recuerde al interno quién es y a quién debe prestar respeto y sumisión.

Un ejemplo de ésta repuesta del sistema ante la posible insubordinación de los sujetos sucede cuando un sábado por la tarde Miguel, un interno del PAIEM, pide permiso al funcionario del módulo de enfermería para hacerse una pizza. Aprovechan el pan que sobra, lo amasan y lo extienden hasta conseguir una delgada película de harina que cubren con sobras de la cena y alguna lata de atún que compran en el economato del módulo. Una vez todo dispuesto lo meten en un antiguo microondas que el anterior subdirector médico les regaló a los ordenanzas como recompensa por la ayuda diaria prestada y que tienen *escondido* para que no se lo retiren. Miguel no la ha hecho nunca, pero los otros internos le han pedido a él que baje a pedir permiso: “cómo eres del PAIEM y acabas de ingresar en la enfermería, a ti no te dirán nada”.

El funcionario cómo es sábado y hay partido de fútbol, a pesar de que no está permitido cocinar en el módulo ni tan siquiera tener ese *clandestino* microondas, accede a la petición del interno y éste agradecido, le baja más tarde una porción de pizza para que la pruebe.

Miguel está encantado con la cena de ese día que para él constituye un acontecimiento tremendamente singular al que no está acostumbrado en los otros módulos. Así, semanas más tarde decide por su cuenta cocinar otra pizza sin pedir permiso previo para su elaboración. Dio la casualidad de que se encontraba de servicio el mismo funcionario de la anterior ocasión y cómo tampoco había pedido permiso al resto de compañeros, estos bajan a avisar al funcionario que Miguel está haciendo una pizza por decisión propia: “¿cómo? decirle inmediatamente que baje”, contesta el funcionario.

El funcionario no puede permitir que Miguel decida en qué momento puede o no hacerse una pizza y así se lo explica al interno. La aventura culinaria de Miguel acaba con una sanción disciplinaria de “privación de paseos y actos recreativos”.

Los internos deben pedir permiso para cualquier actividad cotidiana, por insignificante que sea, si ésta no está previamente normatizada y permitida por la institución, devastando cómo dice Goffman (1970) la economía de acción de los sujetos en un *alma* ya domesticada por el sistema.

Así, se desarticula el dominio de los sujetos sobre su propia economía de acción, bajo el amparo de un régimen de minucioso control y estipulación de tiempos y espacios. Se establece qué actividades son permitidas o prohibidas, bajo sanciones y beneficios que se erigen como herramientas para la gobernabilidad intramuros.

7.3 Delimitando el grupo

Mientras estaba realizando la investigación encontré un grafiti en un muro de mi ciudad. La pintada decía: “Los del barrio no os queremos aquí”. No me interesaba saber contra quién estaba dirigido, sino lo que llamó fuertemente mi atención fue el gran sentimiento de cohesión que presentaba la gente del barrio. No decía: “la gente del barrio” sino: “los del barrio”. Ese “los” me indicaba a nivel lingüístico, cómo la gente del barrio se identificaba como un solo sujeto social con identidad propia.

Y llamó mi atención porque me recordó cuantas veces llamando al interfono para que nos abrieran el *recinto* yo había dicho: “Somos los del PAIEM, ábreme la puerta por favor”. Los intentos que yo realizaba por evitar el estigma y el encasillamiento de los sujetos, se convertían en estériles y enarbolaba al grupo cómo un actor diferenciado cada vez que repetía esa frase. Sin embargo, caí en la cuenta de dos importantes cuestiones. La primera era que al incluirme en el “somos” como integrante del PAIEM, me identificaba con su propio proceso y me incluía gratuitamente en su grupo. Nunca observé por su parte ninguna objeción a esta aseveración, sino más bien me veían como una *natural* consecuencia de nuestro intento de relación horizontal. En nuestros encuentros en el *recinto*, mis saberes de *experta* se con fundían con los saberes populares, entremezclándose los caminos de la *locura* y la *cordura*. Como solían decirme: “la más *loca* de todos eres tú”.

La segunda cuestión trascendental era la fuerte cohesión de grupo que percibían y que les conformaba como un único sujeto social con características propias y distintivas. A pesar de que la denominación de “internos del PAIEM” es el origen en buena medida del estigma que padecen los sujetos, también representa para ellos, una ubicación, un refuerzo como grupo, una posición reconocida y *legitimada* por la institución.

Víctor relataba así la experiencia de su pertenencia al grupo del PAIEM:

Yo me siento muy orgulloso de salir con los del PAIEM [...] A veces se meten con nosotros en el módulo porque piensan que somos tontos o algo así [...] con los demás internos nos sentimos etiquetados, diferentes, se dirigen a mí como si fuera un atontado. Somos personas, pero consecuentes, con sentimientos. En un módulo donde viven 130 personas me siento sólo [...] pero cuando salimos todos juntos, me siento bien con ellos. Me gusta componer canciones para nosotros ¿te acuerdas la que hice para el último día de las familias? Lo que más me ayuda es poder compartir, no sé [...] allí estamos solos y podemos hablar de nuestras cosas, de qué pasó con el funcionario o cómo resolvimos un problema [...] recibimos ayuda, pero también la damos. Cuando viene alguien nuevo me gusta preguntarle qué enfermedad tiene para que se sienta bien y si alguien no se toma la medicación también me gusta aconsejarle, sobre lo que a mí me va bien. Cuando estoy en el módulo siento que me miran y que no soy nadie, pero cuando salimos juntos, nos abrazamos, nos reímos, nos apoyamos [...] si a alguien le han quitado un permiso le animamos [...] con ellos me siento alguien importante, pero todos igual ¿eh?

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Para Víctor es muy importante su pertenencia al grupo. Ocupa su tiempo en escribir poesías y canciones que suele dedicar al grupo o a personas muy queridas para él. Así en la reunión anual con las familias que organiza la institución entre los *enfermos mentales* y los familiares, recitó una poesía acompañado de una guitarra, exaltando las experiencias grupales como sujetos unidos por el sufrimiento:

[...] entre rejas nos comprendemos y entre rejas nos ayudamos. Somos muy felices cuando estamos juntos y toda nuestra amargura de la celda desaparece [...] sabemos que somos diferentes fuera, pero parecidos dentro [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Tanto Víctor como la mayoría de los internos pertenecientes al PAIEM, comparten unos valores, una visión del mundo o unas actitudes que les hacen sentirse partícipes de una misma identidad. Para Daniel Bar-Tal (1996), esos valores o creencias sirven de base para la existencia del grupo, despiertan alta confianza en su contenido, conceden a los miembros *poderes especiales* derivados de la unidad y pueden determinar comportamientos de un exogrupo hacia el endogrupo.

Según la nomenclatura utilizada por Joseph Canals (2003) el grupo del PAIEM, con la salvedad que no participan familias, constituiría más bien una asociación de salud (AS) que un grupo de ayuda mutua (GAM). Para este autor ambas son entidades formadas por personas afectadas por problemas de salud y por familiares de éstas y se sitúan en una

posición intermedia entre la autoatención doméstica y los dispositivos sanitarios institucionalizados. Sin embargo, mientras el GAM basa sus relaciones en la horizontalidad y en la reciprocidad, la AS fundamenta su acción en la redistribución. Como nos recuerda Canals, Menéndez dice que:

[...] la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o por lo menos entre equivalentes. Por lo tanto, reciprocidad y ayuda mutua establecen un nivel horizontal de relaciones que no está implicado en la reciprocidad por sí sola (Menéndez, 1984:92).

Para Canals un GAM sólo puede ser considerado como tal si funciona sin profesionales. Sin embargo, más de la mitad de los GAM que se presentan con esta etiqueta son, en realidad, grupos terapéuticos o grupos de apoyo que cuentan con la presencia de algún profesional no afectado. Una AS asume la lógica de la redistribución donde un individuo u organización concentra determinados recursos para proceder a su distribución a partir de unos criterios preestablecidos. En una AS no existe la ayuda mutua ya que existe un saber *experto* que es el que redistribuye los conocimientos y organiza los contenidos.

Para Canals el origen de estas asociaciones civiles se encuentra en la política social que delega determinadas funciones del estado sobre la sociedad civil, que perpetua los mismos modelos del estado:

[...] cuando el estado pretende limitar su implicación directa en la gestión de los dispositivos de salud y de bienestar social, una parte de su acción redistribuidora y asistencial se delega en organizaciones surgidas de la sociedad civil, que tienden a perpetuar los modelos de atención institucionalizados puesto que forman parte del mismo sistema asistencial (Josep Canals, 2003:5).

De esta manera el poder del Estado o de las instituciones permea en la sociedad civil, de la misma manera que el poder en la institución penitenciaria se instala en los técnicos y funcionarios.

Si bien la institución delimita y diferencia de forma sistematizada la existencia del grupo del PAIEM del resto de internos del centro penitenciario, es también la propia cohesión grupal de los *enfermos mentales* la que determina comportamientos en los otros individuos no adscritos a esta categoría.

Desde una perspectiva dinámica, la identidad colectiva se construye en un contexto histórico particular, a lo largo de un proceso de interacción, donde los sujetos reelaboran los elementos culturales del grupo (Gilberto Giménez, 2000). Para este autor, la identidad social se genera a través de un proceso social en el cual el individuo se define a sí mismo a través de su

inclusión en una categoría, lo que implica al mismo tiempo su exclusión en otras, y dependiendo de la forma en que se incluya al grupo, la identidad es adscriptiva o por conciencia.

Debido a que el individuo no está solo, su pertenencia al grupo va más allá de lo que piensa acerca de sí mismo, requiere del reconocimiento de los otros individuos con los que se relaciona y emerge y se reafirma en la medida en que se confronta con otras identidades, en el proceso de interacción social.

Según Ángel Aguirre (1999) la pertenencia a un grupo se da como resultado de un proceso de categorización en el que los individuos van ordenando su entorno a través de categorías o estereotipos que son creencias compartidas por un grupo, respecto a otro. El autor plantea que la identidad cultural es:

[...] la nuclearidad cultural que nos cohesiona y diferencia como grupo, y que nos otorga eficacia en la consecución de los objetivos (legitimantes) del grupo al que pertenecemos, esta identidad cultural es abierta, necesita del otro y debe desarrollar comunicación, encuentro y participación con el otro" (Aguirre, 1999:74).

En esta distinción grupal, para la institución, el interno que no pertenece al grupo PAIEM debe cumplir con más rigor la maquinaria disciplinaria. Cualquier desviación de la norma es reprimida de manera inmediata sin consultar previamente con los técnicos que atienden al sujeto. Del mismo modo la exigencia en cuanto a horarios, vestimenta, gesticulaciones, trabajo, asistencia a la escuela y criterios de permisos penitenciarios entre otros, son de mayor intensidad en los internos que no son del PAIEM. La siguiente situación que presencié una mañana en el departamento de sociocultural creo que ejemplifica bien a lo que me refiero.

Se celebraban en el centro unas jornadas sobre violencia de género y aunque no es lo usual, dada la importancia del tema, se consideró conveniente que acudieran los internos del PAIEM junto con los internos de los módulos de respeto M2 y M3. Ese día se amontonaban en la puerta del departamento unos 250 internos y se encontraban en una agradable algarabía. Uno a uno, fueron pasando al salón de actos después de entregar el carné al funcionario de la entrada. Según llegaban se sentaban intentando localizar a los compañeros con los que mejor se llevaban para pasar un rato distendido. En estas ocasiones les suele importar poco el tema a tratar. Lo importante es salir del módulo y juntarse con compañeros que hace tiempo que no ven.

Los internos del PAIEM, llegan en grupo desde los diferentes módulos y por esta razón se retrasan un poco. Cuando llegan, solo quedan asientos diseminados por el salón, por lo que no pueden sentarse juntos como les hubiera gustado. Deben buscar un sitio sin hacer demasiado ruido y sin sentir el apoyo de los demás. Se sienten algo desorientados y provocan un pequeño revuelo intentando sentarse. Los comentarios del resto de internos comienzan a escucharse: “¡ya están estos aquí!” “¿para qué les traen si no van a enterarse de nada?” “¡joder que mal huelen!” “¡a mi lado no te pongas tío!” “¡estos nos van a joder la historia!”. De forma apresurada algunos consiguen sentarse mientras que otros han optado por quedarse de pie con el fin de no soportar las miradas irrespetuosas de los *otros*.

Comienza la charla y los asistentes guardan un relativo silencio al menos la primera media hora. Trascurrido este tiempo algunos sujetos integrantes del PAIEM comienzan a inquietarse y a levantarse de sus asientos con el consiguiente nuevo revuelo: “¡Joder tíos ya está bien!” “¡iros al módulo de una vez!”, gritan airados los demás internos haciendo gestos de desprecio y burla. La situación va complicándose y algunos de los sujetos del PAIEM pierden la paciencia y las formas: “¡me cago en tu puta madre, yo ya lo tengo todo perdido, pero de mí no se ríe nadie!” grita Leo. Pablo que suele ser muy pacífico y no le gusta meterse en problemas ni intervenir en ningún acontecimiento, de manera inesperada se sube al estrado e interrumpe la charla: “A ver señores, ¿esto les parece normal? Aquí no sigue nadie hasta que estos imbéciles se callen”.

Llegados a este punto a los funcionarios no les queda más remedio que intervenir, expulsando del salón a los internos no incluidos en el PAIEM que gritaban, indicando a los internos del PAIEM que hicieran el favor de sentarse. Los mismos internos del PAIEM se extrañan de esta actitud tan laxa de los funcionarios hacia ellos.

El cuerpo de funcionarios de vigilancia prefieren, en la mayoría de ocasiones, delegar el ejercicio del poder disciplinario en los técnicos y en los mandos del centro, pues consideran a los *enfermos mentales* como un grupo diferenciado sobre los que no se encuentran legitimados para ejercer su poder sancionador, excepto castigos leves como “la privación de paseos y actos recreativos”. El poder de apropiarse de las *almas* y los *cuerpos* de los individuos queda reservado y privilegiado para los sujetos habilitados para tal misión: los técnicos del PAIEM que determina la institución.

7.4 Un estigma poliédrico

Para Goffman (1989) el estigma es un proceso universal que se produce en cualquier contexto donde existan normas de identidad, sería “una clase especial de relación entre atributo desacreditador y estereotipo” (Goffman, 1989:14). Según el autor el estigma no es meramente un atributo, sino que representa un lenguaje de relaciones en el contexto de un periodo histórico particular y en un contexto particular.

Hemos visto cómo la institución en el momento de la entrada en prisión separa y diferencia a los internos con *enfermedad mental*, adscribiéndoles al grupo del PAIEM. A pesar de la intención de la institución de no subrayar esta delimitación al distribuir a los sujetos en siete módulos diferentes con la finalidad de favorecer su integración y huir de la estigmatización, son las propias interacciones de los actores las que irremediabilmente conducen a un proceso de estigmatización.

El estigma es una construcción cultural de las sociedades, una elaboración basada en creencias que tratan sobre los grupos que en ésta se desarrollan. Para Carmen Huici (1996) su contenido gira entorno a lo característico o diferencial de un grupo. La idea central para su elaboración está en la diferencia: sólo lo diferente puede ser objeto de una concepción estereotipada, y, por lo tanto, no hay estereotipos sin un grupo social de referencia.

La construcción de un estigma suele realizarse para poner en contraposición la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero, por lo tanto, debe hacer referencia a elementos diferentes, elementos propios de ese grupo objeto de estigma que lo hacen profundamente distinto; es por ello que el estigma es “utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador” (Goffman 1989:13).

Los sujetos integrantes del PAIEM observan, cómo se comportan y razonan de forma diferente al resto de internos. De esta manera el estigma aparece como una construcción social significada por los individuos. Un día James me explicaba como vivía él esa diferenciación:

He estado observando a varias personas con enfermedades mentales que en mi opinión se parecen a los míos. Sean cuales sean: trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, depresión. Pues no sé en realidad si son los únicos que se ven afectados así [...] pero sí que sé que se nota bastante en mí y en dichas personas con esas enfermedades. Lo primero que decir es que suelen buscar una cosa similar a lo que yo busco, que es frenar los impulsos ¡ojo! que en mí se ven afectados valores físicos, tal como la respiración, pulso e incluso temperatura. También suelen ser tristes y odiosos a sí mismos [...] por lo que sea, pensamientos horribles, en común acelerados, violentos y muy ensangrentados. ¡Vale! comprendo que esto igual le pase a cualquiera, pero yo os aseguro que no es lo mismo. En mi opinión, una persona sana o menos enferma tiene capacidad

para ignorarlos y no actúa sobre estos pensamientos sin más, sin embargo, parece que nadie se da cuenta de esto o no les importa [...] pero a nosotros nos cuesta mucho controlarlos [...] sabemos que, en un momento u otro, que la línea entre bien y mal, entre lo aceptable o no si puede desaparecer. Esto nos preocupa muchísimo, pero los que están más sanos no tienen que preocuparse por estas cosas [...] ellos saben bien donde está la línea [...]. Pero también nos cansamos de siempre sentirnos mal, inferior y culpables, cuando yo creo que no es culpa nuestra ¡Ojala hubiera un remedio!

(James, 28 años, 8 años en la institución)

James no necesita que nadie lo señale como diferente. Desde la observación permanente que realiza sobre su entorno, él mismo se sitúa al otro lado de lo *aceptable*, de lo esperado. Cómo si de un antropólogo se tratara, observa, analiza, agrupa y compara a los sujetos con los que convive. No interacciona con todos ellos, pero si ve una clara agrupación de sujetos: por un lado, los que tienen capacidad de gobernar sus impulsos y del otro los que sufren y se ven incapacitados para controlar ciertas pulsiones.

Para James el grupo de los *enfermos mentales*, sufren el estigma de sentirse inferiores o culpables frente a un sistema que él identifica cómo el origen de sus padecimientos. Ya vimos cómo James se revela contra las instituciones sociales por su incapacidad de resolver conflictos que él piensa, que ellas mismas han creado. Se siente incomprendido y sobre todo desatendido por la falta de interés del sistema hacia su persona y al resto de sujetos del PAIEM.

Como nos recuerda Correa-Urquiza (2009) la persona estigmatizada atraviesa igualmente las prácticas sociales colectivas, sólo que de una manera distinta, acusada en su diferencia. El individuo en este contexto puede sufrir procesos como el de la pérdida de la autoestima, la desestabilización, la desorientación identitaria o el aislamiento.

Las repercusiones subjetivas que la discriminación tiene sobre los sujetos afectados incluyen la interiorización de estereotipos y prejuicios y la afectación de la autoestima e imagen personal y social del sujeto y de su entorno (Patrick Corrigan, 2002). Esta experiencia depende de la internalización de los estereotipos prevalentes y de las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también de las estrategias individuales para manejar el problema.

Muchos *enfermos mentales* viven las opiniones y sentimientos del resto de manera contradictoria y habitualmente negativa, lo que les puede conducir a una desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda. En el caso de los sujetos del PAIEM, los grupos de

referencia con los que cuenta el interno son prácticamente inexistente en prisión a excepción de este grupo del PAIEM y el pretendido soporte institucional, no es considerado como apoyo en numerosas ocasiones.

Susana también se sabe diferente al resto. Una tarde en el módulo de enfermería, la llamo a consulta porque me comentan las funcionarias que la ven algo más triste de lo normal. Nada más entrar lo primero que hace es pedirme permiso para pesarse:

¡Jo!, ¡ya he engordado 2 kilos!, ¡que asco de barriga! Y me decía todo el mundo que era por la medicación, en el autobús me dicen: ¡síntese, síntese, que si no el bebé!, [risas] y ya pues aprovecho y me siento [...] pero no me gusta dar explicaciones, a nadie le importa mi vida, ya sé que soy distinta [...] que mi cabeza no va bien [...] solo a mis hermanas le cuento mis cosas, ellas no me ven como subnormal [...] ¡bueno y a ti también!

Hay veces que no sé cuál es la realidad y cual no lo es, no sé qué es verdad y qué es mentira, por ejemplo, las preguntas que hago me parecen mentira [...] eso no les pasa a mis compañeras del módulo [...] parece como si siempre supieran que tienen que hacer, dónde están [...]

¡Escucha tengo un problema!, ¡bueno uno de los tantos que tengo! Yo no sé hablar como los demás [...] o me callo o me pongo agresiva pero normal no sé hablar, no sé decirle a alguien las cosas que me molestan, yo quiero decirlo bien, como las otras, cuando alguien me trata de tonta me gustaría explicarle bien que yo no soy tonta, que me pasa algo de psicótica, que soy algo rara [...] pero no tonta. Casi siempre me callo, pero cuando me da por hablar me embalo ¡oye y me pongo como una loca!, [risas], ¡to agresiva con la gente!

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

Susana salta de un tema a otro con rapidez, por la urgencia de comentarme todo lo que le preocupa. A su extremada timidez se une su vivencia de sentirse distinta y el saber que los *otros* también la perciben como diferente. Se siente inferior al resto de sus compañeras y señalada por el resto. Me comenta entre risas el suceso del autobús, pero en realidad es una queja y preocupación constante en ella el tema de su peso. No le gusta verse ni que la vean gorda, y el hecho de saber que es producido por un efecto secundario de la medicación aumenta aún más su posición como estigmatizada.

Mary Douglas (1970) reconoce el *cuerpo* como un objeto natural moldeado por las fuerzas sociales. Para la autora, existen dos *cuerpos* el *cuerpo* físico y el *cuerpo* social, y éste último restringe el modo en que se percibe el *cuerpo* primero. Las propiedades fisiológicas del cuerpo son, pues, el punto de partida para la cultura que hace de mediadora y las traduce en símbolos significativo. Esto significa que el *cuerpo* es un medio de expresión altamente restringido, puesto que está muy mediatizado por la cultura y expresa la presión social que

tiene que soportar. La situación social se impone en el *cuerpo* y lo ciñe a actuar de formas concretas, así, el *cuerpo* se convierte en un símbolo de la situación.

Así como James y Susana se saben y sienten diferentes al resto, Dani no comparte esta idea y por el contrario no entiende porqué la gente lo clasifica y encasilla en una categoría social y médica que él no acepta:

[...] los otros internos te miran raro ¡es verdad doctora! [...] se creen que eres raro y vas a hacer cualquier cosa, que no piensas bien [...] se creen que estás colgado, en una palabra. Cómo saben que estamos en el PAIEM [...] Lo único que es un poco duro que te clasifiquen como a un tarao. Es duro aquí y es duro en la calle. Por ejemplo, estar con una chica y decir que eres esquizofrénico, que cobras una paguita [...] porque cobras una enfermedad, no lo veo yo [...] porque la gente cree que la esquizofrenia es una cosa peligrosa. A mí los médicos me decían que lo mío es algo leve que no se me ve nada extraño, pero me dicen que estoy enfermo. Hasta los psiquiatras también pueden tener algo leve ¿no?

(Dani, 34 años, 5 años en la institución)

Dani se sabe estigmatizado y qué ese estigma va más allá de una divergencia con el resto, pues supone una doble injuria: el hecho de estar *loco* y el de ser un sujeto *peligroso*. La denominación de “leve” que recibió del modelo biomédico lo pone a salvo de miradas excluyentes, que antes bien, él mismo las incluye en la divergencia. Los poderes hegemónicos antes de entrar en prisión ya les recuerdan a los sujetos que por ser un *loco* está *enfermo*, es culpable y es un peligroso criminal.

Los estereotipos según Huici (1996), suponen una forma de economía y una simplificación en la percepción de la realidad, por lo tanto, son construcciones y generalizaciones que conforman tipos de grupos, a los que se les atribuyen una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo.

Sabemos que el tema de la violencia, referido a las personas con *trastornos mentales* graves, es un componente básico del conjunto de actitudes sociales negativas que conforman el proceso del estigma. Pero también es importante remarcar que esas actitudes y sus consecuencias, bajo las múltiples formas de discriminación que derivan de ellas, pueden considerarse como formas de violencia hacia dichos sujetos (Marcelino López et al., 2008). El tema de la violencia suele aparecer cuando se estudian contenidos concretos de los estereotipos y en él parece apoyarse la supuesta explicación del rechazo emocional y del distanciamiento social hacia los sujetos.

Correa-Urquiza, por su parte, aporta su visión sobre la imagen social del *enajenado*:

Sin embargo, el estigma surge precisamente de la popularización de la realidad de los afectados en tanto *enfermos absolutos*; es decir, tanto los saberes expertos como el entorno próximo interpretan al individuo desde una óptica que lo petrifica en la categoría de enfermo total y crónico, inhabilitándolo incluso como sujeto de sus propios intereses y decisiones. Se trata, pues, de una acción que hemos ido denominando *sinécdoque organicista*; la parte se interpreta como el todo, la problemática pasa a ser una de realidad *absoluta y natural*, desarticulada de toda realidad social, cultural o histórica. Este fenómeno colectivo del entorno sustenta entonces la existencia del estigma como un *corpus* que atraviesa todas las instancias de vida de la persona (Correa-Urquiza, 2009:185).

Sin embargo, los datos disponibles de un número creciente de estudios epidemiológicos sobre el tema no confirman ni mucho menos la atribución generalizada de conductas violentas, ni del riesgo de desarrollarlas en la mayoría de las personas con trastornos mentales graves (Matthias Angermeyer, 2000). El fenómeno de la violencia sufre así un enfoque distorsionado para convertirse en el núcleo del estigma hacia los *enfermos mentales*, mucho más allá de lo que permite la información disponible, cuya repetición parece servir de poco frente a las imágenes depositadas en el imaginario social.

Miguel, reitera la misma idea de Dani cuando dice:

Yo cuando salga de permiso no quiero ver a nadie y que me digan: ¡Miguelín!, ¿dónde has estado tanto tiempo? Me siento raro, entonces no quiero ver a nadie. A mí me gusta estar solo con mi familia y ya está [...] tranquilo. Cuando salía del psiquiátrico pasaba lo mismo [...] me miraban asustados y las madres del barrio cogían a sus chiquillos y todo [...] ¡pero si yo no mato ni a una mosca!, ¡tú sabes que yo soy buena gente!, ¿no? pues ellos me veían como a un loco que podía matar a alguien, y ahora que salgo de prisión pues peor aún [...] yo solo con mi familia [...]

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Por su parte a Ramón tan sólo le hace falta el sonido de su adscripción nosológica para sentir el peso del estigma sobre él:

¡Oye!, ¡esquizofrenia!, ¡que mal suena esa palabra!, ¡no me extraña que nos miren mal! [...]

(Ramón, 39 años, 9 años en la institución)

Por último, Felipe incide en el sentimiento de vergüenza que le produce el hecho de saberse diferente:

En la calle no tomaba la medicación porque pensaba que las voces eran normales [...] se lo conté a mis padres y ellos me llevaron al psiquiatra [...] no se lo dije a mis amigos porque me daba

vergüenza. Ahora estoy mejor en la cárcel con medicación, que en la calle sin ella [...] ya no tengo esas voces [...] en la calle me miraba mucho la gente, aquí también [...] pero en la calle mucho más [...] por eso no salgo a penas de mi chabolo⁴² la gente me mira mucho [...] aunque ya no tengo voces me miran, porque estoy en el PAIEM [...] pero no tanto como antes [...]

(Felipe, 52 años, 6 años en la institución)

Escuchando a Felipe vemos cómo cuando un interno ingresa en prisión ya viene con un pasado estigmatizante y qué la categoría de pertenecer al grupo PAIEM no hace sino remarcar ese estigma. Asimila que el hecho de oír voces puede ser motivo de extrañamiento para el resto, pero no puede entonces entender, cómo al desaparecer esas voces el estigma permanece. Felipe se encuentra bien ahora con la medicación y le produce perplejidad el cómo la gente no es capaz de ver esa *normalidad* y continúan tratándole de *raro*.

Vemos pues, como el estigma es un proceso que afecta a los sujetos y que incluye varias fases, desde la identificación y etiquetado, pasando por la aplicación de estereotipos y prejuicios, hasta las consecuencias en términos de discriminación. Se parte de relaciones asimétricas de poder e implica una separación con los *otros*, lo que determina a su vez dinámicas emocionales que sirven de base y refuerzan el proceso (Marcelino López et al., 2008). Por otra parte, es irónico como Goffman (1989) sugiere, que la persona estigmatizada tienda a aceptar las normas que actualmente le descalifican desde la confortable e igual participación en la vida social.

En una de aquellas estimulantes sesiones en el *recinto*, Víctor pide permiso para recitar una poesía que ha compuesto específicamente para el grupo y que habla sobre lo que para él significa el estigma. Víctor a través del estigma autogestionado aprende a incorporar el punto de vista de los *otros*, del *sentido común*, adquiriendo así las creencias del reto de la sociedad relativas a su concepción:

Sé que fui lo peor, en una antigua vida, desconozco lo mejor de esta nueva querida, lo sé por mi sufrimiento, el que tengo que pagar y quisiera con tormento, la vida poder dejar. Pero al no tener valor, me duele demasiado como un diablo perdedor, la razón se me ha parado. A Dios pido su perdón, para que un ángel querido haga que mi corazón, jamás se sienta perdido. Por eso os digo compañeros: no os dejéis caer en el olvido, por eso alegrar esa cara, que la vida os lo agradecerá un día. No por ser estigmatizados tenemos que ir con la cara echá a un lado. Al contrario tenemos que ir fuertes y ser valientes y no temer a lo que diga la gente. Hay que reírnos de la vida que son cuatro días y que hay que saber elegir las decisiones. Para poder afrontar nuestros errores del

⁴² Nombre que se le da a una celda en el lenguaje carcelario.

pasado, para que en el presente y en el futuro un nuevo destino nos valore y vayamos por el camino correcto. Por eso hay que creer que si nuestro destino es estar aquí, no se nos olvide. Somos la gracia de Dios, somos algo diferente a la vida, somos las rosas más bonitas del rosal, somos la sal de la vida, sin ella no seríamos nada, somos la cara y la cruz de la vida. Aquí dedico esta poesía a nuestra doctora y a todos vosotros compañeros. Víctor os canta con alegría esta dulce melodía.

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Una vez que ha terminado la poesía, nos mira sin dirigir la mirada hacia nosotros y se produce un dilatado silencio que rompemos con un aplauso entusiasta de agradecimiento. El grupo se ha quedado emocionado y unos se levantan a abrazarle, mientras que otros le dan animosas palmaditas en la espalda. Yo me concedo el privilegio de besarle en la cara, a lo que reacciona con una tímida y fantástica sonrisa de satisfacción. Nos ha gustado tanto a todos que decidimos, que a partir de ahora dejaremos reservados unos minutos para que el que quiera, pueda exponer libremente sus composiciones, creaciones, dibujos o *disparatadas* ocurrencias.

A raíz de la poesía de Víctor comenzamos a hablar lo que significa el estigma para cada uno de nosotros: “para mí es como el vídeo del otro día que estaba estropeado y se repetía todo el rato y yo pensé: ¡que bien estamos todos locos como el vídeo!, ¡así nos ven los otros!” comenta Pedro. “Por ser del PAIEM nos están quitando la capacidad para hacer cosas, a mí ahora no me dejan ir a lavandería a trabajar” explica James. “Nos tratan como a alienígenas, soy normal igual que ellos, no soy menos”. “A mí una vez me dijo un funcionario que no me permitía que me dejara un trozo de pelo sin rapar, por ser del PAIEM y eso y yo le conteste: ¡Por qué usted sea calvo no tenemos que ser todos así!” apunta Pablo. “pues lo mío fue con un médico, pasé por su lado y me dijo: ¡vaya uno del PAIEM!, ¡vosotros siempre la liais!” dice Sebastián.

Hablan todos a la vez, interrumpiéndose unos a otros. Es un asunto sobre el que les gusta hablar, pues tienen ocasión de desahogarse y compartir con el grupo las humillaciones que sufren a diario, a la vez que representa una forma de resistencia ante el sistema.

Luís nos cuenta su encuentro en los jardines con un funcionario:

Iba yo con la cinta esa en el pelo de color azul que sabes que me gusta llevar y cantando, ese día estaba muy contento, ¡no sé porqué! [...] cuando me encontré con el jefe de servicios y me preguntó que de qué módulo era. Cuando le contesté que del módulo 2 me dijo: “¡Hasta que punto ha llegado el módulo 2!”. Cuando se enteran que somos del PAIEM nos tratan como a

taraos [...] si ese jefe no me conoce de nada, ¡no sabe nada de mí!, ¿nos han visto cara de tontos por ser del PAIEM? ¡Claro que lo que me pasó en otra prisión! [...] Estaba yo asomado a unas rejas que daban al pasillo central y vino un funcionario y me dio en la cabeza a través de la ventanilla. Yo ¡claro!, me quedé perplejo y dejé pasar unos segundos para que el funcionario se tranquilizara y entonces le pregunté al funcionario que estaba a su lado y me contestó: “es que había un bicho en la ventanilla” Tardé un poco más de tiempo en entender que el bicho al que se refería era yo [risas]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

La perplejidad y el asombro que le produce a Luís la humillación a la que es sometido por ser interno del PAIEM, le producen más bien una resistencia en su estigmatización al bromear y reírse de lo absurdo del imaginario institucional. En este sentido, el esfuerzo por la reformulación de las categorías que nombran al colectivo de los *enfermos mentales* es también parte de la lucha contra el estigma. Tal como diría Goffman (1989), la búsqueda de un rótulo social más flexible, puede mejorar la situación de los individuos afectados ejerciendo cómo sindicalistas de su problemática.

El *enfermo mental* es considerado como un individuo inexplicable, que al no encajar en ninguna de las categorías previamente establecidas, se transforma en un sujeto peligroso. Para su entorno, el *loco* es un individuo extraño, frente al cual se precisan unas defensas categoriales. Para la mayoría de la sociedad, locura y peligrosidad continúan estando inevitablemente unidas, sustentando en la actualidad por una cierta popularización de los saberes *expertos* biomédicos.

Sin embargo el estigma generado en la institución, no proviene exclusivamente de los trabajadores ajenos al programa PAIEM y que podríamos considerar desinformados, sino que en muchas ocasiones se origina de los mismos técnicos del programa.

He podido presenciar en varias reuniones del equipo técnico cómo una y otra vez eran desacreditadas las opiniones de los sujetos y etiquetados cómo un grupo de personas a las que temer y extrañar.

En una ocasión en la que se estaba discutiendo acerca de un enfrentamiento que Eusebio había tenido en la celda con un compañero, se trataba de dilucidar si debíamos dejarle solo en la celda o debía compartirla. Un participante dijo: “yo desde luego no me metería en una celda con él” “antes preferiría irme a vivir a aislamiento”. Otro participante opinó bromeando: “como es negro que se lo lleven a su casa los de la ONG esa de ayuda a los negros”. “Hay que tener mucho valor para dormir con él, yo estaría toda la noche con un cuchillo por si acaso me ataca” apunta otro participante que eventualmente está ese día con

nosotros. Cuando intento explicar que Eusebio nunca se ha mostrado agresivo con nosotros, me responden: “pues llévatelo a tu casa si tanto te gusta”.

Entiendo que el rechazo hacia Eusebio es el resultado de dotar a los sujetos de particularidades desacreditadoras como la violencia. La elaboración, construcción y reproducción de argumentos estigmatizadores no es algo propio de sociedades y épocas concretas. Estos procesos se deben considerar como un fenómeno universal y consustancial a la propia esencia humana, ya que se dan allí donde existan relaciones humanas; su manejo, así pues, “es un rasgo general de la sociedad, un proceso que se produce dondequiera existan normas de identidad” (Goffman 1989:152).





VIII

“SOY EL LOCO”

Yo de los primeros años de vida no recuerdo mucho. A los cuatro años fui a una guardería de pago porque mi abuelo tenía un bar y no podía quedarse conmigo. Una señora que trabajaba en el bar, nos hacía el almuerzo a mi hermano y mí y nos llevaba a la guardería [...] Primero apruebo, segundo apruebo, tercero apruebo, pero cuarto [...] ahí me pasa algo [...] ahí ya empiezo a fumar porros porque teníamos cabañas allí en el descampao y nos escondíamos todos los chiquillos para fumar. Yo me acuerdo de un día que fumé diez pavas y empezó a llover. Al final me aprobaron para que me fuera del colegio y no siguiera estudiando, les molestaba porque me fumaba los porros en el aseo [...] mi padre me llevaba al parque Ansaldo a pillar⁴³, me decía toma mil pesetas y me pillas heroína, lo otro pa ti. Yo lo he visto todo: parque Ansaldo, Montoto, San Antón, las Mil viviendas. No tenía miedo, solo un día que me dejó solo en el callejón de la muerte dando el agua⁴⁴ y yo cerré los pestillos del coche [...] no recuerdo que edad tenía, pero vinieron unos gitanos y me escupieron en el coche y le daban palos al coche, y así [risas] como abran el coche aquí me matan [...] pero mi padre se buscaba bien la vida [...] ¡era más listo! ¡Hostias ha estado en la cárcel! En Alicante, Albacete y Valencia. ¡Hostias le pegaban cada palizón! Porque claro iba con el mono⁴⁵ de la metadona, se rebotaba con cualquiera y lo llevaban a ingresos y lo amarraban. Mi padre ahora está muerto [...] por el SIDA creo [...] Pero nosotros siempre nos hemos criado con mi abuelo.

Después de lo que pasó con mi madre, mi padre se mosqueó conmigo y tuve que ir a vivir con mis tíos. Pero mi tío no tenía trabajo y teníamos que buscarnos la vida [...] ya no comía las paellas de marisco que me hacía mi abuelo en el bar. Solo comía bocadillos y con lo que me daba mi abuelo vivíamos mis tíos, mis dos primos y yo. Pero nos llevábamos muy bien [...] íbamos a la playa, jugábamos al fútbol y lo pasábamos muy bien. También bailaba con mi tía, sevillanas y eso le gustaba mucha a las chicas [risas]. Entonces yo estaba bien, con mi medicación y eso [...]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Jony tiene 27 años y creció en un barrio de Alicante. Creció en una familia con dificultades económicas, donde las relaciones interpersonales eran complicadas y difíciles de asimilar para un chaval que se crio con un padre adicto a las drogas. Es el mayor de dos hermanos y aunque mantenía contacto frecuente con sus dos progenitores, ambos hermanos fueron

⁴³ Expresión coloquial utilizada entre los usuarios de droga, que se refiere al hecho de comprar la droga.

⁴⁴ Expresión coloquial utilizada entre los delincuentes, que se refiere al hecho de vigilar y avisar si viene la policía.

⁴⁵ Expresión coloquial utilizada entre los usuarios de droga, que se refiere al síndrome de abstinencia a la heroína, al abandonar su consumo de forma repentina.

criados por el abuelo. La madre está diagnosticada de esquizofrenia y el padre consumía tóxicos. Cuando más tarde sufre el suceso que según él refiere, ocasiona sus primeros síntomas, debe salir definitivamente de casa de sus padres para irse a vivir con sus tíos. Jony recuerda esa época con cariño y aunque reconoce que su tío no tiene tantos recursos como su abuelo, recupera algo la estabilidad emocional perdida tras sus primeros años de consumo. Comienza sus visitas al psiquiatra coincidiendo con el traslado a casa de sus tíos y relata su historial farmacológico como si de algo habitual se tratara para todas las personas:

A mí siempre me han dado el Risperdal. Empezaron de un miligramo y luego ya tomaba de tres. Siempre me ha sentado muy bien [...] Iba con mi tía a la farmacia, llegaba a casa me la tomaba y ya podía salir a fumar porros. No sé, desde que comencé con la medicación, las chicas me miraban más, me sonreían más. Yo siempre me la he tomado, bueno menos cuando estaba mal [...] pero luego otra vez empezaba a tomarla y me ponía bien. La que más me gusta es el Risperdal, no sé, como la tomaba de pequeño [...] pero las que tú me das también me sientan muy bien.

Para Jony la medicación forma parte de su narrativa, ya que recuerda haberlas tomado desde pequeño. Su relación con ellas es amistosa, pues desde que comenzó el tratamiento se ha sentido más cercano a los demás, como si le dieran un aporte de confianza y seguridad para manejarse en las relaciones interpersonales. Su lógica señala la cotidianidad y cercanía al tratamiento. En prisión y al margen del discurso médico transmitido por los técnicos, continúa esa relación de apego con los fármacos, elaborando un discurso propio respecto a los mismos:

[...] quiero medicación para que me tumbe bien y poder dormir [...] ¿sabías que el Zeldox⁴⁶ moldea los músculos de hombres y mujeres? Me gustaría casarme con una psicóloga que me tratara a mí y a mi madre [...] estoy mejor con la medicación pero cuando me retraso un poco con la toma me pongo triste y me pongo a llorar [...] a veces me vienen ideas tuyas “tranquilo Jony, tranquilo” y me tomo la medicación y me duermo tan a gusto.

El universo de Jony en su infancia fueron las drogas, la calle y el maltrato físico del padre hacia la madre. Pronto comenzó a consumir hachís, abandonó la escuela e inició su prolongada carrera en el mundo de los hurtos. A la edad de 13 años fue internado en un centro de menores y desde entonces ha ido pasando por diferentes instituciones de retención

⁴⁶ Neuroléptico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

con fugaces periodos de libertad. Como la mayoría del grupo de internos del PAIEM, su biografía ha oscilado entre los centros de menores, los psiquiátricos y la prisión.

Pero luego empecé a robar [...] no sé por hacer algo y con trece años me metieron en un centro de menores. Entonces una familia me quiso adoptar pero no me lo decían claro [...] y me llevaron con el engaño a ver unos fuegos artificiales y yo les dije: ¡si seguro que me adoptáis! Y salí corriendo hasta llegar a casa de mi madre: ¡mamá, mamá que me quieren adoptar! Entonces, como sí estaba en busca y captura, me metieron otra vez en el centro. Allí estuve bastantes años encerrado, salía de permiso, me fugaba [...]

Los recuerdos de Jony están fuertemente entrelazados con numerosas referencias al consumo de tóxicos de su padre y a los suyos propios, entremezclando ambas biografías. En ningún momento de su narrativa aparecen reproches hacia la adicción a las drogas del padre sino más bien un sentimiento de admiración y aprendizaje. Le gusta recordar sus aventuras en el parque Ansaldo⁴⁷ y como eso creaba una relación de complicidad que le hacía sentir especial:

Yo con mi padre me llevaba muy bien [...] uff, madre mía como lo pasábamos los dos. Si me veía triste, me decía: “vamos a pillar, Jony” y se me pasaba todo. Luego íbamos a casa y nos reíamos de todo [...]

El contexto sociocultural en el que se desarrollan sus primeros años, constituye para él una escuela de vida mucho más valorada que el sistema educativo. Su padre constituye un modelo sobre el que construirse y la prisión una consecuencia lógica de ese proceso. Con el tiempo la relación con su padre se enfría, al desmitificar los comportamientos admirados en la infancia. Jony ingresa en prisión y vive en primera persona la dureza y frialdad de la institución, muy alejada de las historias sobre motines y bravuconadas que le contaba su padre. Con el paso de los años termina por perder el contacto con su padre y se desvincula emocionalmente, hasta el punto de no saber con exactitud el motivo de su muerte.

Jony es corpulento, con unos ojos verdes muy vivos y una risa que más que nacer de manera espontánea, da la impresión que surgiera para agradar a los demás. Cuando habla, gesticula con las manos y las mueve a tal velocidad que obliga a fijar la mirada sobre ellas, pero es capaz de pararlas cuando se siente acorralado o intimidado. La primera vez que lo vi, estaba

⁴⁷ Urbanización de San Juan de Alicante, construida en 1979 con el fin de alojar a familias con una situación social favorecida, pero debido a las riadas de 1982 se realojó a familias sin hogar procedentes de la ciudad de Alicante. Al tiempo se convirtió en un centro de consumo y venta de drogas que transformó el barrio en un territorio en proceso de exclusión social.

cantando en la puerta de la consulta de la enfermería y enseguida vino a presentarse y a explicarme que en ese módulo estaba muy a gusto y que se estaba portando bien:

[...] tú no me conoces, pero en este módulo me porto muy bien: limpio el chabolo, hablo con la gente, no rechisto, me llevo bien con mis compañeros, aunque esto es muy difícil algunos días
[...] ¿no me echarás de la enfermería, no?

Ya en los primeros días me di cuenta del esfuerzo constante que hace Jony para agradar a los demás. Siempre está pendiente de los internos de más edad ingresados en la enfermería y los lava y atiende durante el día. Como tiene una *paga* por invalidez⁴⁸ suele invitar a los más necesitados del módulo a tomar café o refrescos. No tiene ninguna habilidad singular ni afición en particular, podríamos decir que pasa sus días entre sus cavilaciones y un esfuerzo desmedido por hacer la vida un poco más llevadera a sus compañeros. Incluso en los momentos de crisis, pone voluntad en intentar no molestar a nadie a sabiendas, de que está provocando un desajuste en el sistema. Si ve triste a alguno de sus compañeros o de los funcionarios, se acercará e intentará darle lo mejor que tiene: su sonrisa y su afecto. Sin embargo sus silencios denotan pesadumbre, sufrimiento y el pensar en su madre un profundo ensimismamiento:

Mi madre empezó con la esquizofrenia cuando engañó a mi padre con un guardia civil, él la pilló y le dio una paliza de muerte [...] desde entonces la maltrataba y ella ya nunca estuvo bien [...] no le daba la botella de butano [...] no sé, le hacía la vida imposible [...] Recuerdo que cuando mi madre se iba a casar, se encontró una jeringuilla debajo de la cama y mi hermano con dos años estaba jugando con ella [...] entonces dijo: ¡se acabó! Pero al final no sé por qué, se casó. Mi madre estaba muy enamorada [...] mi padre se fue a la mili con 17 años y volvió hecho un hombre y claro, ella se enamoró. Pero yo sufría mucho por mi madre [...] yo era su ojito derecho y llegó a decirme un día que yo era de otro padre [...] pero claro no sé si era porque estaba enferma o qué [...]

Como veremos más adelante, para Jony, la figura de su madre representa el eje vertebrador de su sufrimiento y aparece de forma reiterada en el contenido de sus delirios. Partiendo del reconocimiento de la importancia del *otro* en la formación del sujeto, vemos como sus narrativas están impregnadas con evocaciones a la interacción con su madre y el conjunto de relaciones que se crean en torno a ese vínculo.

⁴⁸ En referencia a la prestación económica que concede el Estado cuándo una persona no puede trabajar de forma permanente, debido a una enfermedad y consiste en una pensión vitalicia mensual.

De este modo, no es el sujeto quien se hace objeto de la ciencia social sino la situación y la interacción propiamente dicha (Manuel Delgado, 2002). En definitiva, se trata de anteponer la relación entre sujetos a los sujetos en relación, como expone Quéré:

[...] acciones que se determinan las unas a las otras en la secuencia de su aparición situada, y en términos de individuos cuya identidad subjetiva emerge de sus interacciones con otros individuos y con su entorno físico y social (Quéré 1989:49).

No hay sujeto sin relación, sin interacción, sin el *otro*. Se trata de una idea central en la obra de George Mead (1993), quien argumentaba que no sólo la conducta individual observable debía ser explicada a partir de la conducta del grupo social, sino que el propio sujeto había de explicarse atendiendo a un proceso de relación social. Mead abrió una profunda brecha al dejar escapar el espíritu, la racionalidad y el control de la situación de la conciencia de los individuos, convirtiéndolos en el resultado de procesos externos y públicos de acción recíproca dentro del marco de la cooperación social y de la reproducción material de sus condiciones de existencia. Esta formulación interaccionista implica que el individuo no es libre con respecto a su identidad y ésta será el resultado de una negociación permanente entre la reivindicación de sí mismo y la de los demás.

8.1 El diagnóstico psiquiátrico como instrumento de poder

Hemos visto como Jony, habla sobre *su* medicación como algo inherente a su persona y no se plantea la no existencia de *su enfermedad mental*. En su sistema de valores tiene claramente delimitado lo que es *normal* de lo que no lo es:

A los 22 años, una de las veces que salí del CRIS, ya no fumaba ni porros [...] mi padre seguía dando el agua pero yo lo deje todo y estaba muy tranquilo porque estaba con mi novia y con mi medicación. Mi novia era del CRIS y estaba enferma como yo. Jugábamos al futbito y yo le pasaba a ella, me hacía fotos con ella y en las salidas nos sentábamos juntos. ¡Fíjate! estando yo de permiso vino a verme a mi casa toda sucia y la lavé y la cuidé [...] claro estaba enferma como yo. Pero la mujer de mi vida es una mujer normal [risas] que no está enferma ni nada. Nos conocemos desde los 14 años y yo me escapaba de los centros para ir a verla. Esa es la mujer de mi vida y está apuntada y todo en la lista para poder venir a verme a las comunicaciones. Ella lo sabe todo sobre mí porque mi madre se lo ha contado todo. Una vez estaba ella sentada en el sofá de mi casa y se quedó con mi madre hablando hasta las 6 de la mañana, ¡fíjate! es que yo tenía

miedo de que dejara de ser mi amiga o me rechazara como novio porque no era normal como ella y por eso yo no se lo conté.

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

El discurso de Jony y del resto de los sujetos me llevó a reflexionar durante la investigación sobre el verdadero significado atribuido al concepto de la *normalidad*.

Miguel, me contaba una tarde cómo se arrepentía de la vida llevada hasta ahora con las drogas y la delincuencia y cómo para él era muy importante convertirse en una persona *normal*:

Yo cuando salga a la calle quiero cambiar radical con los años que tengo ya, hacer mi deporte, buscar un trabajo de media jornada, ir al CRIS, que me suban la paga. Con la edad que tengo quiero ser una persona normal.

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Ya vimos, como para George Canguilhem (1966), el poder disciplinario se ejerce a través de la eficacia normativa de la norma. La relación entre *locura* y falta de *sentido común* es un constructo creado por determinados estamentos de poder, a sí mismo, lo que es *normal* o *anormal*, son códigos culturales que varían de una sociedad a otra.

Para Martínez-Hernández (1998) la *locura* se suele situar en oposición a la cualidad de la *razón* o a la sistematización de ésta. Esa *razón*, para Martínez, nos permite valorar *correctamente* las cosas y se suele definir como una entidad ahistórica, asocial y libre de valores que se caracteriza por su obviedad y elementalidad. Se establece así el principio cultural de la naturalidad de las cosas en tanto que responden a una lógica preestablecida que las legitima. En oposición, la *locura* se presenta como confusa y carente de discernimiento. Así los sujetos sumidos en el *desconcierto*, son deslegitimados en base a esa obviedad acordada.

Considero que la psiquiatría en realidad nace como un instrumento de poder supuestamente científico que intenta delimitar la frontera entre lo *normal* y lo *anormal*. Desde los saberes *expertos* se adjudican nosologías que marcan esa frontera. Esto infiere una escisión categorial, construida socialmente y que queda legitimada mediante el diagnóstico. Si un sujeto no es *normal*, *debe* tener un diagnóstico psiquiátrico y los *expertos deben* ser los responsables del nombramiento y del individuo en cuestión. El poder biomédico logra que el *loco* se identifique a sí mismo como *loco* y que la sociedad consiga una legitimación para poder separarlos de ella.

Al decir *loco* designamos un modo diferente de estar en el mundo. Una denominación donde se otorga la capacidad de interaccionar con el contexto. Sin embargo si empleamos el término de *enfermedad mental*, nos situamos en el modelo biomédico, haciendo referencia a una adscripción pasiva donde los sujetos quedan desprovistos de su capacidad de agencia.

En el sistema penitenciario, la respuesta de la institución ante la enfermedad constituye una estructura donde la producción y reproducción del conjunto social, genera representaciones y prácticas, donde predominan los saberes profesionales y quedan relegados los saberes profanos, sin ser tenidos en cuenta a la hora de facilitar el convivir con los padecimientos. No debemos olvidar que en el proceso salud-enfermedad-atención se producen una transferencia de saberes desde una capacitación vertical, dónde se prioriza ésta transmisión de conocimientos, sobre el intercambio de los saberes *expertos* y profanos.

En la mayoría de las narrativas, vemos pues cómo, es la biomedicina quién actúa como constructor de la realidad, imponiéndose en numerosas ocasiones a la capacidad de agencia de los individuos:

Ayer le comenté a su compañero que salió en la tele, en antena 3, que habían inventado un chip, pero no para la gente enferma sino para la gente con billetes, y con eso podrías sacar dinero de las cajas de ahorro y le dije: “si los perros llevan chip, porque no nos lo ponen a los hombres también para que no nos matemos entre nosotros”. Entonces me puso un montón de medicación, me trajo a la enfermería [...] pero yo no le dije que yo lo tuviera, solo le pregunte si ella creía posible que nos lo pusieran a los enfermos mentales. Le dije: “puede ser o puede no ser”, pero yo primero le pregunté si ella sabía de psiquiatría. Ella se creyó que yo tenía una crisis y me dijo que ya no podían darme el permiso.

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Al día siguiente de la conversación con mi compañero, Jony viene a contarme muy preocupado, que le iban a quitar los permisos penitenciarios por comentar una noticia de la televisión. Yo intenté tranquilizarle y le expliqué que yo misma había oído la noticia que hacía referencia a la implantación de sistemas electrónicos inteligentes subcutáneos para facilitar gestiones burocráticas. Le dije que no era conveniente que utilizara la palabra “chip” con el resto de profesionales del PAIEM, pues estos términos les podían llevar a interpretaciones erróneas, participando de ésta manera en la construcción social del discurso. Jony no queda satisfecho con la explicación y me pide por favor que deje anotado en la historia médica que lo del “chip” es verdad y que yo también lo he oído en la televisión, para

que así no le quiten los permisos penitenciarios. Queda privilegiado de éste modo la participación de los saberes *expertos*, frente a los saberes profanos.

El tema que hace referencia a la información que los internos dan a los diferentes técnicos y funcionarios, lo hemos hablado en multitud de ocasiones en nuestras reuniones semanales. He intentado explicarles que no es necesario que expresen la totalidad de sus pensamientos o sentimientos, a aquellas personas que no están seguros que los entenderán. Esta apertura indiscriminada y en cierto modo inocente de su mundo interior, puede provocar un sinfín de malentendidos e interpretaciones desafortunadas, que suele revertir en una decisión *perversa* para el sujeto en cuestión.

La situación de Miguel nos muestra un ejemplo más en este sentido. Un día irrumpe en la consulta médica muy alterado, diciendo que ya no aguanta más y se quiere quitar la vida:

Ya les he dicho muchas veces que los papeles del juez los tengo yo [...] que se habían equivocado [...] pero nada ni caso [...] y ahora ya han pasado 5 meses y otra vez a empezar. Llevo 5 meses diciéndoselo a todo el mundo [...] ¿que quieren de mí? Me porto bien, limpio, ayudo en lo que puedo⁴⁹ [...] ¿y ellos?, ¿qué hacen? Pues si lo que quieren es que me quite de en medio ¡eso es lo que haré!, ¡arréglamelo, por favor!, ¡no quieren enterarse!

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

El problema que tiene Miguel y que es incapaz de entender cómo ha podido ocurrir, es que le concedieron un permiso penitenciario de 6 días, pero el equipo técnico en vez de mandarle los papeles al juez con la autorización para que los firmara, se los mandó al interno. De esta manera el juez no podía recibir los papeles para su firma por que los tenía el interno. Miguel se cansó de decir que los papeles dirigidos al juez los tenía él, y en las juntas del equipo se comentaba de forma jocosa:

¿Pues no dice Miguel que tiene él los papeles? ¡Pobre no se entera de nada! ¡Pues nada si los tiene él, que los firme él mismo y arreglao!, [risas]

(participante)

¡Ya le hemos explicado muchas veces que es imposible que él los tenga!

(participante)

Finalmente un funcionario, se acercó un día a hablar tranquilamente con él, y vio que efectivamente Miguel tenía los papeles del juez y entonces los remitieron al juzgado. Diez

⁴⁹ La cuestión acerca de la disciplina que impone el sistema sobre la cotidianidad de los individuos, será analizada en el siguiente capítulo

meses más tarde Miguel obtuvo *su* permiso penitenciario. La intervención del funcionario, a través de la escucha activa horizontal y a pesar que no tienen formación técnica sobre la *enfermedad mental*, logró priorizar los saberes profanos. Sin su colaboración una vez más, hubieran dominado los saberes *expertos*, al condenar al sujeto a una actuación arbitraria.

Es en el encuentro que se produce entre profanos y *expertos* dentro del sistema sanitario, donde se dirime la relación médico-paciente. El modelo paternalista proviene del análisis realizado por Talcott Parsons en *El sistema social* (1951). Para Parsons la deferencia del paciente hacia la autoridad médica, es una parte importante de la función social de la medicina que sirve al interés de las dos partes. La relación asimétrica entre el médico y el paciente se concibe como una consecuencia inevitable de la brecha de competencia entre el experto y el profano.

Este modelo ha sido cuestionado por las suposiciones de reciprocidad entre las dos partes. Donde Parsons veía autoridad legítima y confianza, Eliot Freidson (1989) veía dominación médica y conflicto encubierto. Para Freidson los pacientes y los médicos viven en mundos sociales y culturales diferentes y, por lo tanto, con realidades diferentes, los médicos desde la biomedicina y los pacientes desde sus vivencias. De esta manera, el conflicto debe ser considerado como una característica estructural y no como el resultado de un encuentro desafortunado. Por otra parte el autor considera la profesión como una entidad social orgánica, y por lo tanto el control sobre el contenido de los cuidados se efectúa dentro de una profesión estratificada:

Donde una vez todos los médicos podían utilizar su juicio clínico para decidir cómo trabajar con los casos individuales independientemente de lo que decían los manuales escritos por los catedráticos de las universidades, o los investigadores en las revistas, ahora los catedráticos y los científicos que no tienen un conocimiento de primera mano de los casos individuales establecen las guías de práctica que los administradores, que también carecen de esa experiencia de primera mano, intentan implantar. Donde una vez todos los médicos eran libres para decidir cómo gestionar sus relaciones con los pacientes, ahora los administradores intentan controlar el ritmo y la programación de su trabajo en el interés de la misión de su organización, que pueden contemplar los intereses colectivos de todos los pacientes más que los intereses de los médicos individuales y sus relaciones con pacientes individuales (Freidson 1989:199).

Continuando con las lógicas de la relación asimétrica entre profanos y expertos, me gustaría relatar cómo un día conversando con Sebastián en el patio del módulo, me pide disculpas por no acudir a las últimas reuniones en el *recinto*:

No salía al PAIEM porque estaba mal, oía voces [...] Es que un día de repente empezaron a darme menos medicación de la normal y se lo dije a la enfermera, pero no me hicieron caso. Yo pensaba: “esta enfermera va a hacer lo mismo que todas [...] va a hacer el paripé y luego no va a hacer nada”. Empecé a no asecarme, no me afeitaba, no dormía por las noches y luego andaba todo el día de mal humor. No tenía ganas de hacer nada y les decía a los funcionarios que me llevaran a verte pero no me hacían caso tampoco. Andaba muy desesperado y cuanto más lo decía más nerviosos se ponían conmigo. Me decían que tenía la medicación que tenía que tener y que lo dejara ya. Yo tenía miedo que me pusieran un parte y decidí que era mejor dejarlo estar. No sé cómo, alguien lo arregló y ahora llevan tres días dándomela y ya estoy mejor, así que el próximo día saldré al *recinto*.

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Es bastante complicado para un interno el intentar hablar con el profesional que solicita, pues le suele llegar a éste, la demanda del interno con bastante demora. Es necesario que lo soliciten mediante instancia y ésta suele tardar en llegar a su destino varios días. Una vez que llega al profesional (si la instancia no se ha extraviado por el camino) puede tardar en verla unos días más y otros tantos en llamar al interno. Para entonces el sujeto ya ha olvidado su reclamación o la ha solucionado de otra manera. En el caso de reclamar un ajuste en la medicación es necesario realizarla lo antes posible, por lo que la demora en la respuesta, provoca frecuentes descompensaciones en los *enfermos mentales* cómo puede ser la dejadez en el aseo personal, la apatía o la aparición de delirios.

Y este fue el suceso de Sebastián. Éste dio por sentado que no le harían caso, y a pesar de eso hizo un intento por hablar conmigo. Al ver frustrado su intento abandonó la empresa querellante y llevó como pudo su malestar en solitario. Tras dos semanas de reclamar la medicación habitual, un miembro del equipo médico al verle más inquieto de lo normal decidió comprobar en su ficha de reparto si todo estaba correcto. Finalmente, al ver que efectivamente el interno llevaba razón, se modificó el tratamiento.

La solución de las reclamaciones acerca del reparto de mediación en los internos del grupo PAIEM, suelen demorarse más en el tiempo que en el resto de internos, al interpretar el personal sanitario dicha reclamación, cómo un *desvarío* propio del *enajenado*. De ese modo es necesario que el sujeto insista en su reclamación para ser atendido.

El ejemplo de Alberto nos habla también sobre la interpretación de la realidad desde los saberes *expertos*. Alberto es menudo, alegre, dicharachero y se divierte, divirtiendo a los demás. Le gusta tomarse la vida sin demasiada seriedad y encuentra su espacio en la risa y

las bufonadas. Los otros internos le jalean para ello y él inventa nuevas chanzas como modo de situarse en el juego del espacio social. Un día de navidad, me vino muy divertido contando cómo los funcionarios le habían traído a verme, porque pensaban que se le había “ido la cabeza”:

Estaba en el comedor imitando al rey, por lo del discurso del rey de primero de año, ¿no? y claro pues yo decía: “¡Yo el rey, quiero felicitaros las navidades a todos los españoles!” Todos nos estábamos divirtiéndonos mucho, pero enseguida vinieron (los funcionarios) y me dijeron: “¡tú pa la enfermería!” Yo intentaba explicarles que era una broma de navidad y eso [...]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

Esta falta de credibilidad hacia el discurso del *enfermo mental*, no suele hacerse manifiesta en el resto de internos y puede hacerse patente en cuestiones que no destacan por su excepcionalidad ni extrañeza, sino que constituyen sucesos ordinarios como puede ser la interpretación de un nombre inusual. Así en una reunión del PAIEM, me comenta un miembro del equipo:

[...] me dijo que le había pinchado la señorita [...] un nombre muy raro me dijo. “¿Dulce?” le pregunté yo y me contestó: “a sí, eso, eso” “yo pensé que ya se estaba inventando un nombre [...] como estos son así⁵⁰ [...]

(participante)

Ángel Martínez-Hernández (2008) nos habla en un modelo Fonológico, sobre un discurso que circula en una sola dirección y se caracteriza por la inexistencia del diálogo a favor del monólogo de los saberes *expertos*, que se instalan como conocimientos absolutos y se naturalizan como ejes del modelo central del engranaje. En el campo de la salud, al hecho de que el modelo hegemónico le asigne a los saberes populares la categoría de inexpertos y poco fiables, subyace la imposición de “una forma más o menos sutil de dominación” (Martínez, 2008:181).

Esta jerarquía de saberes sustenta la jerarquía entre médico y *paciente*, considerando a éste último como sujeto pasivo, inhabilitado para generar conocimiento sobre su propia problemática y agenciar su cotidianidad.

La afirmación de Foucault (2005) sobre los sistemas de expertos clarifica extraordinariamente esta cuestión:

⁵⁰ Me remito a la adscripción de estereotipos sobre los *enfermos mentales* que vimos en el capítulo anterior.

De tu sufrimiento y tu singularidad sabemos cosas suficientes (que ni sospechas) para reconocer que son una enfermedad; pero conocemos esa enfermedad lo bastante como para saber que no puedes ejercer sobre ella y con respecto a ella ningún derecho. Nuestra ciencia permite llamar enfermedad a tu locura, y por ello, nosotros los médicos, estamos calificados para intervenir y diagnosticar en ti una locura que te impide ser un enfermo como los demás: serás por lo tanto un enfermo mental (Foucault, 2005:339).

Vemos pues, cómo desde el modelo simbólico de la biomedicina, los discursos de los sujetos con *enfermedad mental*, son interpretados todos ellos como desatinados por el simple hecho de provenir de un hipotético sujeto desprovisto de *razón*. La falta de escucha atenta desde la horizontalidad y desprovista de nuestros saberes de *experto*, condena a los individuos al territorio infranqueable de la *sin razón*.

Y estos saberes de *experto* se han creado desde aquellas instituciones que tienen y han tenido el poder para hacerlo. Foucault (2002) ha estudiado cuáles han sido estos productores de *la verdad*, es decir, los constructores de una manera específica de ver la realidad, que ha sido creada por un grupo e impuesta al resto de la sociedad.

Este autor señala cómo el papel de la biomedicina en nuestra sociedad, ha aportado a los grupos dominantes la manera de conseguir el control de las poblaciones por medio del proceso por él denominado de biopoder. El control ha sido alcanzado disciplinando *cueros*, construyendo lo que él denominó *cueros* dóciles. Estas acciones no han de ser pensadas como una forma de control directo, sino como una ejecución del poder, a partir de introducir en los *cueros* una manera de actuar en el mundo. Es decir, de construir *cueros* dóciles que van a actuar de la manera en que han aprendido, llevando dentro de sí el control del poder que los ha diseñado. Unos *cueros* que han interiorizado el discurso y se han construido a partir de él. Un discurso que en el proceso salud-enfermedad-atención contiene la capacidad estigmatizante.

Este logro es el resultado del papel de la biomedicina, que no solo ha atendido cuestiones relativas a la salud y la enfermedad, sino que ha ejercido de tecnología normativizadora controlando a los sujetos y las poblaciones a partir de su definición de lo *normal* y lo *anormal*. El trabajo de la biomedicina, cómo tecnología de poder construye un *cuero* político y ductiliza también las *almas*. Esta capacidad de ser productor de verdad, es decir de disponer de poder suficiente para definir y extender sus definiciones, lo consiguió en parte a partir de un saber, pero sobre todo a partir del poder de nombrar. En este sentido Foucault afirma que:

Hay que admitir más bien que el poder produce saber (y no simplemente favoreciéndolo porque lo sirva o aplicándolo porque sea útil); que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder (Foucault, 2002:34).

Cierta crítica de la cultura psiquiátrica, con muy buenas razones, argumenta que las clasificaciones nosológicas no pueden zanjar convincentemente la diferencia entre conductas extrañas y enfermedades (Herb Kutchins y Stuart Kirk, 1997). Según estos autores el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)⁵¹, estableció categorías discretas para sancionar comportamientos que, en su inserción concreta, no atestiguan ningún comportamiento enajenado. Sólo la lucha por el monopolio profesional de ciertas desazones, espoleada por la creciente industria de tratamiento farmacológico del malestar en la cultura, habría conducido a la psiquiatría a reafirmar el carácter médico de su actividad y a elaborar unos conceptos cerrados que no resisten el análisis científico.

Dicho manual, explican Kutchins y Kirk, propone definiciones vagas de los malestares incapaces de definir cuándo, de manera necesaria y suficiente, se está en condiciones de describir un comportamiento como síntoma de una *enfermedad mental*.

Las alteraciones, insisten los autores, provocadas por la vida cotidiana pueden ser muchas y muy graves: ¿cuáles son las *patológicas* y cuáles las *normales*? ¿Los sujetos que reaccionan desordenadamente ante una manifiesta práctica abusiva del sistema, son *enfermos mentales* o sólo si lo hacen sistemáticamente y con una cierta racionalización técnica?

Los autores plantean, que el DSM pretende certificar la enfermedad sólo cuando la alteración es interna al individuo y no una manera disconforme de reaccionar ante el entorno. Señalan que muchas enfermedades son resultado de configuraciones, por lo demás completamente sociopolíticas, del contexto. ¿Serían una excepción las *enfermedades mentales*? ¿No quedarían fuera bastantes de las realidades que conocemos como tales, por ejemplo el estado de ánimo causado por la pérdida de un ser querido?

Partiendo de lo expuesto hasta ahora, intentaremos analizar cómo la esquizofrenia es una construcción cultural. Para Martínez (1998) la esquizofrenia parece estar unida en el discurso científico de nuestro tiempo a una especial indefinición. Por un lado se sospecha que este trastorno responde a una disfunción biológico-cerebral y por otro, tanto los estudios sobre las

⁵¹ El DSM, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, clasifica los trastornos mentales describiendo de forma detallada cada una de las categorías diagnósticas. Este manual es usado por la mayoría de clínicos con el objetivo de adscribir los diferentes síntomas a las mismas categorías diagnósticas. En la actualidad está vigente la quinta edición, llamada DSM V y editada en mayo del 2013.

desigualdades sociales y prevalencia, así como las investigaciones sobre el pronóstico, nos indican que los factores sociales y culturales participan al menos en la misma medida en la génesis y cronicidad de la enfermedad.

Martínez siguiendo el esquema usado por Arthur Kleinman (1980) de la trilogía del *disease*, *illnes* y *sickness* expone, cómo las diferentes dimensiones participan en la construcción final de la *enfermedad*.

Así la dimensión biológica y psicobiológica a que hace referencia la *disease*, entiende que se nos presenta hoy en día como el modelo hegemónico a seguir. Sin embargo lo que articula el conocimiento sobre la esquizofrenia no es la evidencia de procesos fisiopatológicos claros, sino el terreno más ambiguo de las manifestaciones externas de estos supuestos procesos: sus signos y síntomas. Se trata de un trastorno cuyos criterios diagnósticos son débiles, fundamentalmente por basarse en la dimensión fenomenológica y no poder sustraerse a una lectura social y moral de fondo. Para Martínez (1998), sin embargo, el hecho que la psiquiatría contemporánea cree representaciones débiles debido a una hiperbiologización de sus postulados, no niega la existencia de una dimensión biológica de la esquizofrenia.

Desde la *illnes* y la *sickness* éste autor encuentra que la esquizofrenia es una mera construcción social propia de una cultura y una época, mostrando a la *enfermedad mental* como un artificio de determinados modelos culturales de exclusión y confinamiento. Como sugiere Foucault (1979) en la *Historia de la locura*, la *locura* sería una representación sobre la ilusión retroactiva, pero falsa, de que ya existía en la naturaleza. Una interpretación algo más matizada, partiría de la evidencia de que todo es social y cultural porque irremediabilmente es tamizado por el lenguaje y por nuestros hábitos culturales de conocimiento.

Sin embargo la relación de lo simbólico con lo real es dialéctica, de tal manera que permite que lo simbólico también pueda materializarse en una realidad objetiva a partir de la imbricación de lo social y lo *natural*. La *locura* puede llegar a ser una burda ficción política para recluir a los disidentes. Puede ser también una construcción social y un símbolo de las propias contradicciones sociales. Porque incluso, puede ser un lugar privilegiado para criticar la hegemonía de la *razón* constituyendo una esfera a partir de la cual, se desvelan los encubrimientos sociales, las estructuras de poder o las vanidades humanas. Sin embargo cuando se analiza hoy en día la dimensión cultural de la esquizofrenia, pocas veces se adopta una posición maximalista que la reduzca a una simple representación.

En definitiva para Martínez:

Al lado de la hiperactivación de las vías dopaminérgicas, las atrofas corticales o las hipótesis genéticas debemos disponer entonces la estructura de clases, los procesos de estigmatización y los patrones culturales de la enfermedad (Martínez, 1998:32).

Sin llegar a negar la dimensión biológica de la esquizofrenia, mi experiencia como médica me hace dudar en extremo sobre ella, poniendo en duda la adscripción de unos hallazgos neurológicos a una entidad nosológica tremendamente cargada de connotaciones socioculturales. Como expuse en la página 151 utilizo el término *enfermo mental* como categoría sociológica que emerge desde la interpretación que hace el entorno, sobre determinados comportamientos considerados anómalos por la sociedad que lo juzga (Goffman, 1976). Esta utilización del término no implica la negación biológica de la entidad, pero si la excusa en el análisis del discurso y de las prácticas.

Esta interpretación de la sociedad sobre los comportamientos *anómalos*, la vemos en Eusebio. Eusebio es un nigeriano muy corpulento y su apariencia física intimida tanto a internos como a funcionarios. Camina con gran energía y sus vigorosas pisadas se expanden en todo su contorno, creando un ilusorio pero real espacio para la contención e intromisión. Le gusta andar solo y tan solo responde si alguien le pregunta. Su caminar altanero aleja cualquier intento de interrelación y de esta manera consigue crear un territorio no autorizado para los *otros*. Tiene unos ojos verdes profundos, llenos de vida y de ira. Ira contra el sistema penitenciario, médico y policial.

Vino de Nigeria a España con la intención de mejorar su situación laboral a instancias de su hermano mayor. Una vez aquí la experiencia no fue tan fructífera como él imaginaba y a su frustración de no encontrar trabajo se unieron sus múltiples enfrentamientos con las fuerzas de seguridad del estado, provocados por su fuerte carácter impulsivo y arrogante y los múltiples malentendidos ocasionados por la dificultad idiomática.

Eusebio experimentó un trauma psicológico causado por los significados diferenciales y las clasificaciones politizadas del color de su piel, en relación a los sistemas intimidatorios que encontró cuando vino a España. A los problemas encontrados con la policía se sumó la falta de entendimiento con su hermano, que él vivenciaba cómo una situación de acoso y persecución hacia su persona y que decidió poner fin con un trágico parricidio.

En una reunión en el *recinto*, un día le preguntaron los otros internos llevados por la curiosidad al verle siempre tan callado: ¿Y tú de qué estas diagnosticado? Eusebio los miró cómo no entendiendo bien la pregunta y dejándonos asombrados a todos y sin previo aviso inició un discurso irónico y desprovisto de cualquier temor institucional:

Yo estoy diagnosticado de lo que digan los médicos, yo no me he diagnosticado a mí mismo [...] dicen que estoy loco [...] pues lo que ellos quieran. Pero yo no estoy loco, todo esto es por un ajuste de cuentas que me estaban buscando y querían hacerme daño. La gente en mi país si les debes algo te buscan y le encargan a los demás que te hagan daño [...] Yo tenía muchos amigos y mucha competencia, me enfadé y me llevaron al psiquiátrico y me llenaron de pastillas. Estoy enfermo porque me llenaron de pastillas, me metían mucha química allí y eso es lo que me volvía loco [...] Tu eres como te hacen los demás, según cómo te ven los demás. El mundo entero está enfermo ¿no? y yo ya estoy enfermo porque me lo habéis hecho [...] ¿No habéis notado como la química en el cuerpo te cambia la personalidad? La mente humana tiene un gusto (cada persona el suyo) que si nadie te lo posee todo va bien [...] pero si viene uno vestido de uniforme, cada uno con el suyo ¿eh? y te quita tu gusto, entonces es cuando te emparanoias. El psiquiatra me ha puesto una medicación porque cree que estoy loco, pero yo le digo la verdad, eso no es cosa de locos, pero él no conoce a la gente de mi país y lo que te pueden hacer. Yo le digo (al psiquiatra): el problema no es mío es vuestro, si vosotros veis cosas raras conmigo es vuestro problema [...] yo nunca he visto nada raro, ¡solo la verdad! Los raros sois vosotros y esto solo lo puede arreglar el juez, es toda una mentira que habéis inventado con vuestros uniformes. Yo siempre les he dicho a los psiquiatras: “tú no te preocupes, cuando yo esté malo con la cabeza o algo vendré a verte para que me cures” pero ellos nunca me escuchan y me ponen más química que daña más mi cerebro.

(Eusebio, 35 años, 1 año en la institución)

Al terminar su discurso baja la mirada, junta las manos entre las piernas y continúa con una especie de soliloquio, como si evitara entablar cualquier tipo de conversación o réplica sobre lo relatado. Vemos cómo en su discurso hace referencia en dos ocasiones a sus dominios culturales y como éstos entran en contradicción en el entendimiento desde los nuestros. Eusebio, al igual que otros internos extranjeros encuentra una grave dificultad idiomática al narrar sentimientos que tienen que ver con sus procesos mentales y exigen de palabras más precisas para su explicación. Por otro lado las referencias culturales en algunas ocasiones, son muy diferentes o incluso antagónicas complicando aún más la dinámica de comprensión. La etnopsiquiatría, apareció en la década de 1960 y fue fundada por George Devereux (1973). Explica la relación de las enfermedades mentales y el concepto de aculturación. Esta escuela establece un testimonio de la diversidad mostrando la gran cantidad de hechos sociales, con el fin de entender los mestizajes, ofrecer herramientas frente a los problemas de identidad colectiva y orientar en el significado de los mitos y las culturas relacionados con la enfermedad mental y de su profunda unidad con los fenómenos culturales.

Devereux (1973), pudo comprobar cómo la clasificación de las enfermedades mentales de cada cultura era profundamente diferente y que las situaciones de aculturación⁵² producían un gran aumento de enfermedades mentales. Para el autor cada cultura posee unos modelos de trabajo y unos modelos de relación propios que cuándo entran en crisis arrastran todo el sistema simbólico.

La llegada de un inmigrante a un país donde los ítems culturales son opuestos produce inevitablemente un choque cultural producto de éste mismo contacto. Este choque cultural consiste en la pérdida de señales familiares y sociales, comunicaciones interpersonales que provoca una búsqueda de nuevas ubicaciones. Es frecuente observar en el sujeto inmigrante desde pequeños desordenes emocionales y padecimientos psicosomáticos relacionados con el estrés, hasta manifiestas neurosis que en el futuro pudieran desembocar en complejos desórdenes psicológicos.

El sujeto al hacer conscientes las dificultades derivadas de la desarticulación de sus códigos culturales en el país de acogida, comienza de una manera inconsciente a buscar formas de defensa o resistencia para combatir ese sistema cultural que para él se presenta como amenazante. Siendo “desde tal perspectiva cualquier cambio, sean cuales fueran las ventajas o desventajas que puedan resultar del mismo [...] como un cambio negativo” (Devereux 1972:206).

Se avecina entonces un miedo a la pérdida de contenidos, a la aculturación derivada del contacto prolongado con lo ajeno. Para Devereux los grupos crean nuevos ítems culturales que son o idénticos a los del grupo contrario o absolutamente distintos. De esta manera afirman más sus códigos culturales a través de la diferenciación exagerada o la caricaturesca igualdad de los grupos para mostrar sutilmente su diferenciación.

Para José Antonio Bustamante, psiquiatra y Antonio Santa Cruz, etnólogo (1977) el marcado progreso de la psiquiatría social, por una parte, y de la antropología cultural, por otra, han favorecido el nacimiento y desarrollo de la psiquiatría transcultural. Ésta disciplina nace con la intención de estudiar y afrontar las enfermedades mentales en relación a una cultura determinada, y cómo esto determina la forma de actuar en los diferentes contextos. Del mismo modo el psiquiatra debe ser muy consciente de su propia cultura, de manera que ésta pueda influir en la interpretación de los síntomas psiquiátricos manifestados.

Eusebio a pesar de *reconocerse* a sí mismo como *un no enfermo mental*, da la impresión que claudica ante el sistema con la intención de no buscarse más problemas, incluso

⁵² Proceso que implica la recepción y asimilación de elementos culturales de un grupo humano a otro.

reconociendo el daño que provoca este diagnóstico sobre su persona. Pareciera que esta *aceptación*, consiste en una estrategia para reconstruirse al margen de la institución y así poder preservar su propio sistema de valores identitarios.

En Eusebio sorprende ver, con qué acierto define la construcción de la enfermedad como algo que corresponde a los *otros* y le viene impuesto desde fuera. En concordancia con Goffman “[...] la locura o el comportamiento enfermizo atribuidos al paciente mental son en muchos casos producto de la distancia social desde la cual se juzga la situación, más que de la propia enfermedad mental” (Goffman, 2012:137).

El ejemplo de Luís, refleja igualmente cómo la *locura* se sitúa en los ojos del que la diagnostica:

[...] aunque yo no sé lo que tengo [...] dicen que tengo esquizofrenia, pero yo no me lo noto, a mí me lo diagnosticaron. Yo me veo capacitado para hacer la vida cotidiana y hacerla bien, y poder trabajar. Yo pa mí no tengo nada, pero tengo una paga [...] pero yo que sé, si un día vienen a mi casa con una ambulancia y me ingresan en un psiquiátrico del tirón y me ponen esquizofrenia paranoide, pues yo que sé [...] he estado muchas veces en un psiquiátrico.

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Cuando Luís expresa su opinión sobre el diagnóstico que le adjudicaron, lo hace de manera muy reflexiva y pausada. En cada aseveración se toma su tiempo cómo intentando dilucidar la existencia real o no de la enfermedad impuesta. Él se descubre a si mismo con capacidad para realizar las tareas que supone la sociedad espera de él, en un intento de asemejarse a la *normalidad* que lo construye. En este contexto de *normalidad* no entiende cómo el discurso médico, lo califica de incapacitado hasta el punto de tener una paga por invalidez. A pesar de que su lógica se mantiene en una débil certeza de no estar *enfermo*, el tema de descubrir la *verdad* que *otros* le asignan le preocupa sobre manera. Un día que íbamos paseando desde el sociocultural hasta la enfermería me preguntó acerca de la consistencia de su diagnóstico:

[...] entonces ¿yo tengo esquizofrenia o no tengo esquizofrenia? que yo me entere, porque yo me he dado cuenta de que si me tomo mi medicación estoy bien y si no me la tomo no estoy bien.

En esa construcción del discurso, yo le puntualizo que no importa el nombre que le pongamos a lo que nos pasa, lo importante es lo que sintamos y tomar la medicación que nos haga sentir bien. A lo que él me contesta, sin dejar de mover las piernas con ese gesto nervioso que le caracteriza:

[...] o sea que tengo esquizofrenia ¿no?, ¡dímelo si no pasa nada! Si ya me lo llevan diciendo muchos años los psiquiatras. Aunque no sé, igual se equivocan, porque yo creo que si tengo algo como ellos dicen [...] es un trastorno bipolar [...] porque unos días estoy eufórico y otros muy decaído y otra vez eufórico y otra vez decaído y si me río mucho me entran ganas de llorar [...] y así [...]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

De esta manera, Luís a sabiendas de no reconocerse *enfermo*, mantiene una duda continua que intenta resolver, con el fin de significar por qué lo han catalogado de esa manera, *atreviéndose* a discutir con el sistema lo acertado de su diagnóstico. Por un lado defiende su lógica desde la no adscripción diagnóstica y por otro busca identificarse con una nosología que entiende que si acepta, conseguirá mayores beneficios del sistema.

Me parece importante señalar, y como a menudo recuerdo a los internos, que no importa tanto la nosología psiquiátrica que utilicemos, como dar relevancia a la manera en que los sujetos viven esa adscripción, cómo la resignifican en sus vidas o cómo son capaces de gestionarla; ya que el nombramiento implica actuaciones judiciales, familiares o sociales entre otras. En el campo de lo social vemos, por ejemplo, cómo la *enfermedad mental* lleva en muchas ocasiones a la tramitación de un expediente de invalidez por parte de la administración del estado, sin el cual (en la Comunidad) no se permite a los sujetos acudir a un centro rehabilitador dependiente de la Comunidad.

Observamos, entonces, cómo la utilización de la nosología psiquiátrica no compete tan solo a la biomedicina sino que es agenciada en gran medida por la sociedad que estigmatiza y dispone. Dani nos muestra cómo el discurso médico se aleja de la construcción de su propio padecimiento y cómo esto le provoca un alejamiento cada vez más intenso de la sociedad que lo construye.

Yo he estado toda la vida yendo a salud mental, no me acuerdo como empezó la cosa, creo que me pertenecía, o me diría mi madre que fuera o algo así [...] Yo sabía que tenía un camino equivocado [...] pero no era otra cosa, eran síndrome de abstinencia a la droga, pero ellos me ingresaron en el hospital psiquiátrico 7 veces, como si estuviera loco. Yo nunca he pensado que tenía esquizofrenia, solo esto de los nervios [...] y fobia y miedo a la sociedad, me daba miedo salir a la calle [...] y cuanto más me decían lo que tenía, más miedo los cogía y más perdido me sentía. No sé si fue por eso, porque yo siempre he sido un solitario, o por lo de que me ingresaban tanto [...] pero al final decidí irme de Alicante para que la gente no me conociera y no me dijera nada [prolongado silencio] creo que soy muy tímido. Yo nunca he tenido voces, solo que hablo conmigo mismo, eso es cosa de los médicos, no sé porqué me dicen eso.

(Dani, 34 años, 5 años en la institución)

Para Dani el mundo es un lugar difícil de permanecer, donde sostenerse supone un esfuerzo excesivo para su carácter tímido y asustadizo. Él no se siente enfermo y la insistencia de la medicina en demostrarle lo contrario, le ocasiona una confrontación simulada⁵³ y no una búsqueda hermenéutica de significado como en el caso de Luís, sino una retracción hacia su propio mundo, que lo deja vacío de contenido. Dani intenta reconstruirse alejándose del sistema que lo estigmatiza y lo nombra, provocando en él una patente fisura en su lógica identitaria. Su timidez, lo deja fuera de juego para intentar responder a la provocación nosológica, optando por apartarse del discurso e intentar vivenciarse desde sus propios valores. Su relación con la *enfermedad* (al igual que en los dos casos anteriores) se fundamenta en una serie de apropiaciones por parte del sistema de *expertos*.

Correa-Urquiza (2009) nos habla de una triple apropiación por parte de los saberes *expertos* sobre los sujetos:

- 1) Una apropiación de las categorías que lo definen, del nombramiento de su locura: *Yo te nombro, te defino en tu malestar, te construyo en tanto cuerpo de una enfermedad que pauto y delimito.*
- 2) Una apropiación de la legitimidad para reforzar o confirmar o contribuir a construir la imagen social sobre esa locura: *Sólo los cuerdos y fundamentalmente aquellos que representan a los saberes expertos son autorizados para hablar y definir socialmente a esa locura.*
- 3) Una apropiación de las estrategias, de la cura posible, de las prácticas legítimas para una recuperación del bienestar: *Yo diseño las estrategias y comportamientos a seguir y cualquier desviación de este proceso puede ser interpretado como signo de una agudización de la problemática*

(Correa-Urquiza, 2009:151).

Vemos cómo los sujetos, sufren en su *cuerpo* y en sus identidades las consecuencias de esa apropiación, e intentan buscar mecanismos y explicaciones que les hagan comprender esa expropiación a la que son sometidos. La sociedad no les permite tan siquiera interpretar o incluso relatar el proceso de su padecimiento y les condenan a convertirse en sujetos pasivos sin capacidad de agencia.

Pablo lleva 19 años en la institución y desprende el aire desenvuelto de los internos que llevan casi la mitad de su vida entre rejas. Le gusta mantener las señas corporales que le

⁵³ Concepto que desarrollaré en el capítulo de resistencias.

identifican con su etnia gitana. Lleva el pelo largo, ensortijado, las uñas de las manos largas, por una promesa que le hizo a su madre y un aspecto desaliñado que le gusta mostrar. Suele ir solo pensando en sus asuntos, pero si alguien se le acerca no dudará en sonreírle y ofrecerle su ayuda o su conversación. Es consciente que la gente lo mira con cierta extrañeza por sus andares despreocupados y por su aún mayor, despreocupada actitud ante las normas. Pero Pablo es así y se muestra tal cual es, evitando desarrollar artificios que el resto de internos parece adoptar. No le importan las consecuencias de sus actos y tan solo tiene dificultad en entender cómo el resto del mundo no ve lo mismo que él.

Es tremendamente educado y atento con las personas que tiene a su alrededor pero no permite que nadie le diga lo que tiene que hacer. Esto le provoca multitud de enfrentamientos con el sistema, que no entiende cómo Pablo se permite la libre interpretación de las normas como veremos más adelante. No es excesivamente crítico con el sistema cuando analiza, desde el aprendizaje que le conceden los años, que en prisión hay gente buena, mala y regular. Sin embargo vincula directamente la aparición de sus primeros síntomas a su estancia en la institución. A pesar de los años, Pablo se mantiene en su propia justificación del sufrimiento que padece, evitando ser objeto de las apropiaciones del sistema:

Yo era de pequeño como un autista y estaba siempre como solo. Una vez hubo un accidente y yo me quedé allí mirando y no hice nada y cuando eso pues me di la vuelta y me fui. Ahora creo que tengo un retraso mental, 2 años más por abajo. Y la gente se piensa que me hago el loco para darme una paga [...] Lo de la esquizofrenia no sé [...] eso me lo contaste tú. En el psiquiátrico me echaban gotas y luego veía pulpos y todo [...] No sé porqué me dicen que soy jesuita [...] me piden el pan y yo con la imaginación se lo doy y a ellos les llega. Otras veces se cagan en mis muertos y en sueños yo arreglo el mundo porque yo soy el rey de este mundo [...] Luego vienen y me dicen que estoy loco pero es porque ellos no están en mis sueños [...] No estoy loco lo que pasa es que hay otro mundo y vosotros no lo veis. La primera vez que tuve las visiones fue de una cárcel a otra, no sabía asumir las cosas y estaba sólo y no venían a verme. Yo entonces tenía fama de [...] y entonces la gente me tenía miedo y me hacían cosas, tonterías que yo les daba mucha importancia [...] por ejemplo yo tenía cuatro monedas de 100 pesetas y eso significaba algo. También recuerdo cosas de cuándo estaba en la cuna ¡yo me quedé sorprendido! Pero me acuerdo que llegó un hermano mío muy calvo y mi madre se enfadó y se lo llevó con su gemelo. Por cierto, me han dicho que la gente con enfermedad mental no tiene sentimientos [...] no se [...] yo sí que los tengo, por ejemplo, ayudo a las señoras mayores a cruzar la calle.

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Pablo actúa como si el resto del mundo no existiera y, sobre todo, cómo si el resto del mundo no dependiera de él. Le gusta sentirse al margen y no precisa ningún tipo de asociación ni convergencia con un grupo de iguales. Mantiene una peculiar afición por las cuestiones esotéricas y por lo que él llama el mundo paralelo de los espíritus. Su concepción del mundo se sustenta sobre la creencia de que existe un mundo paralelo a éste y que todos nosotros poseemos un “gemelo” que hay que cuidar e intentar no disgustar. Cuando en alguna ocasión me ha visto disgustada o algo enojada, me hacía caer en la cuenta que “mi gemela” se encontraba en un rincón de la sala mirándonos con cara de tristeza y sufrimiento. La naturalidad con la que expresa sus convicciones, contrasta con la dificultad del interlocutor para aceptarlas.

Su narrativa está muy vinculada a una visión mágica de los hechos en dónde son los razonamientos sobrenaturales los que explican el eje de su sufrimiento. Por lo tanto la particular manera de ver el mundo de Pablo se corresponde con un *diagnóstico* de esquizofrenia para el modelo biomédico, que no parece afectar a su interpretación de los acontecimientos.

A pesar de negar la posibilidad de estar enfermo, acepta tener “un retraso mental dos años por abajo” como forma de dar sentido a la incredulidad que le produce los diagnósticos que le adjudican. Por su manera conciliadora de ser, no discute estos diagnósticos y le complace que, si para nosotros es importante, él no se va a interponer en nuestra interpretación de sus actos. En este sentido Pablo nos ofrece la posibilidad de no olvidar la necesidad que tenemos de conversar con otras disciplinas humanísticas para encontrar la verdadera significación de los discursos y las prácticas.

En este sentido Fernando Colina (2007), nos recuerda que la psiquiatría es una disciplina fronteriza que necesita mantener buenas relaciones con los saberes biomédicos, pero también recuperar el diálogo con las ciencias humanas, como una de sus fuentes principales de inspiración. Su obra es una contribución al esfuerzo de enlazar las ideas de la psiquiatría con las nociones que provienen del resto de las ciencias humanas como son: psicoanálisis, antropología, lingüística, historia, literatura o filosofía. Para Colina (2008):

[...] cada caso es un riesgo que rompe con la posibilidad de generalización científica, ni deductiva ni inductiva. Cada enfermo es un experimento que desmiente lo que sabíamos y que nos invita a seguir aprendiendo del resto de los saberes que moldean la cultura” (Colina, 2008:5).

Se hace necesario por tanto el estudio del poder biomédico desde la construcción social cultural dónde se desenvuelve. Desde la perspectiva de Arthur Kleinman (1980), los sistemas

médicos de cualquier sociedad, deben ser entendidos como sistemas culturales simbólicos a partir de los cuales, podemos analizar las respuestas sociales a la enfermedad en términos de sus significados y experiencias. Es necesario integrar para su análisis las relaciones entre las instituciones, los roles desempeñados, las relaciones interpersonales, los escenarios de interacción y condicionantes económicos y políticos.

Visto así, los sistemas de atención a la salud son sistemas simbólicos construidos por significados, valores y normas de conducta, que articulan al padecimiento como un idioma cultural. En este proceso se unen las creencias sobre la causalidad de la enfermedad, la experiencia de los síntomas, los patrones específicos de la conducta frente al padecer, las decisiones respecto de los tratamientos alternativos o las prácticas terapéuticas vigentes, estableciendo relaciones sistemáticas entre todos estos componentes.

El relato de Miguel, viene a reforzar la idea de Byron Good (2003) de cómo el conocimiento médico es también un conocimiento social, pues no puede abstraerse de la naturaleza de formación simbólica inserta en un mundo de relaciones sociales.

Yo tenía depresiones desde los 6 años, pensaba mucho en la gente, se reían de mí, cuando iba al psiquiatra se reían de mí [...] Me llevaron la primera vez porque me entró un ataque de nervios⁵⁴ cuando la profesora me castigó de cara a la pared. Lo mío fue una depresión de tanto pensar en la gente, estuve un mes sin dormir pensando y no comía y no bajaba a la calle y de ahí cogí la esquizofrenia [...] bueno la depresión, la enfermedad de la mente y los nervios, soy puro nervio. Mi hermana también estaba enferma y me dio tanta pena verla tan mal el día de su comunión, que me entró la depresión. Puede ser también que cómo yo era muy guapo los hombres se enamoraban de mí y abusaban de mí en un colchón y eso [...] Y ya como estaba en el psiquiátrico pensaba [...] con lo bueno que soy y me van a tomar por loco [...] y comiéndome la cabeza, estaba mal, pensaba en la vida, en mis padres, en la gente [...] que me perseguía y eso tanto [...] pues me agobiaba. Yo tenía una depresión que no podía ni hablar. Me preocupaba que las chavalitas pensaran que yo estaba loco. Yo no necesito ningún tratamiento psiquiátrico, pero os doy la razón como a los *locos*.

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

No es posible acercarse al sufrimiento de Miguel sin comprender la decisiva influencia de las relaciones sociales sobre su padecimiento. Él sitúa el origen de su melancolía en una preocupación desmedida por su entorno social más cercano, hasta el punto que no logra dormir por las noches de tanto pensar en las personas con las que se relaciona. Su capacidad

⁵⁴ En el capítulo de resistencias se analizará el concepto de la discursividad normatizada a que hace referencia el uso de la palabra “nervios” para definir el sufrimiento mental.

para procesar este cúmulo de interacciones, se ve desbordada desde muy niño y acaba por vaciarse en un sentimiento de tristeza absoluta. Esta desolación con el tiempo, la transforma en un estado continuo de inquietud y angustia. Miguel es “puro nervio” como le gusta referirse a sí mismo. Esto le provoca una actividad frenética, fundamentalmente deportiva, que lo mantiene alejado de su sufrimiento.

Pero Miguel también es bullicioso, tanto, que en ocasiones se podría confundir con un estado de alegría desmedida en otro intento por alejarse de sus sentimientos más sombríos. De hecho su físico no delata marca alguna de su melancolía sino que nos muestra a un Miguel risueño, vivaracho y alegre. Sus llamativos ojos almendrados, su ondulada melena castaña y su complexión moldeada por el deporte le hacen sentirse orgulloso de su imagen, analizando con cierta naturalidad cómo su cuerpo despertaba en los otros chavales sentimientos de deseo, que le llevaron a abusos sexuales en su adolescencia.

Me cuenta ese episodio como de pasada, para volver a él días más tarde y pedirme que no lo comente a nadie más, porque “es natural, son cosas de chavales” y no sabe por qué pero no lo había contado nunca antes. En realidad Miguel se siente muy avergonzado por ello y sus silencios y mirada algo extraviada nos muestra su profundo sufrimiento por el suceso, que no puede permitirse a sí mismo manifestarlo para no continuar sumando pesadumbres a su narrativa. En los últimos años de su ingreso en prisión intenta reconstruirse y realiza un verdadero esfuerzo por transformar sus vivencias pasadas en inocentes intenciones de cambio y contención de su pasado.

La identificación con la *locura* a la que se ve sometido, le avergüenza también y no se reconoce a sí mismo como enfermo, pero nos devuelve la afrenta asintiendo a nuestra *sin razón* con su lógica: “os doy la razón como a los *locos*”. Desde su saber popular la *locura* está enfrentada a la bondad, y Miguel, como otros muchos sujetos que provienen del sufrimiento, es profundamente empático y bondadoso. Su lógica le indica: “Si soy bueno no puedo estar loco”, pero precisamente por esa bondad no se pelea con el diagnóstico sino que nos deja continuar en nuestras apreciaciones, mientras él dedica sus esfuerzos a rehacerse desde su propia experiencia.

En éste recorrido sobre la construcción de la *enfermedad mental*, hemos visto hasta ahora, cómo los sujetos no se identifican con la concepción de *enfermos* con que les nombra el poder biomédico, sino que intentan comprender y justificar su malestar con diferentes estrategias. La situación de Sebastián es diferente. Acepta su nombramiento y así se libera del esfuerzo de reconstruirse de manera razonada, cada vez que es diagnosticado de una nueva patología:

El psicólogo me decía que cuando tuviera malos pensamientos, que valorara las cosas positivas y las negativas [...] y así lo hago [...] llevo un año haciéndolo así y como ya sabe usted, llevo un año sin chinarme, desde marzo, que fue el último chinazo que me hice. Me han entrado ganas de autolesionarme no le digo que no, pero me lo he pensao dos veces y no quiero cortarme. Es que me dijeron que tenía retraso “elemental”, o algo así, es mi madre la que tiene los informes en mi casa. Creo que retraso mental me dijo el psicólogo, pero no saben muy bien qué me pasa y qué por eso había intentado suicidarme. Con 10 años lo volví a intentar y me bebí un vaso de lejía en casa de mi abuela [...] no sé porqué hago eso [...] mi padre me ha preguntado muchas veces por qué hago eso pero de verdad que no lo sé doctora. Otra vez discutí con mi madre no sé por qué y cogí un cuchillo y me corté en el brazo, se me fue los nervios y me corté otra vez. Me corto desde el 2007 yo creo que todo empezó por el tratamiento de la hepatitis, me ponía muy nervioso y me cortaba para relajarme, desde entonces fue una manía y desde entonces me vienen voces que me dicen que me chine. Esto nunca se lo he contado a nadie, pero fue por el tratamiento (de la hepatitis) lo de las voces [...] es la primera vez que lo estoy contando. Ha sido en la cárcel donde me habéis visto lo de las voces, en la calle nunca. Entonces me dijeron que tenía esquizofrenia. En la cárcel de Ciudad Real me preguntó la trabajadora social si esto no lo sabía el juez que me condenó ¡pues no sé, la verdad! Solo me acuerdo que me dijeron que tenía esquizofrenia. Tú me has dicho que tengo trastorno de la personalidad con alucinaciones, pero la verdad que no sé qué significa doctora, pero yo me fío de usted, si no me fiara no habría venido a hablar con usted y me hubiese quedao en el patio con los compañeros. Yo en tratamiento llevo muchos años y nadie me ha explicado nada, aunque yo creo que tú tienes razón porque eres la que me mejor me conoces [...], cuando me hablas del vacío de ese trastorno creo que yo siempre me he notado ese sentimiento de vacío.

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Sebastián se produce autolesiones desde que entró en prisión. Según relata, anteriormente reconducía su desconsuelo con otras estrategias como la ingesta de lejía o el intento de suicidio con 6 años al tirarse por una ventana del colegio, pero al ingresar en prisión adopta las herramientas que son utilizadas en el nuevo contexto para reducir tensiones y *normalizarse* en el nuevo contexto.

Desde niño, el sistema biomédico le ha explicado que sus conductas autolesivas se producen porque está enfermo y Sebastián ante la dificultad de dotar de sentido a sus acciones, acepta los diagnósticos a pesar de la diversidad de ellos que recibe a lo largo de su vida. Hasta su ingreso en prisión le han diagnosticado de retraso mental, pero ante la aparición de las voces

que le incitan a “chinarse” le diagnostican esquizofrenia. Él relaciona la aparición de las voces con la enorme tensión a la que es sometido con el tratamiento de la hepatitis.

Me parece interesante recalcar cómo, a pesar de que el tratamiento de la hepatitis está contraindicado en sujetos que padecen *trastorno mental*, se inicia la terapia que le ocasiona una descompensación sobre su lábil equilibrio emocional. Sebastián aún sin conocer los efectos secundarios de la medicación, ve una asociación directa entre ambos sucesos, que de forma curiosa los saberes *expertos* no identifican. Es como si el sistema juzgara que la *locura* es inherente al individuo y no puede construirse en base a determinados condicionamientos sociales, narrativos o incluso iatrogénicos. Así al comenzar el tratamiento, sus nervios aumentan hasta el límite de un desbordamiento, que se manifiesta en forma de voces que le alientan a autolesionarse para disminuir en cierta medida, la ansiedad.

Él lo entiende como efecto del tratamiento, pero para el sistema biomédico que construye realidades sin validar el punto de vista del sujeto de su práctica, conforma un nuevo triunfo sobre el *cuerpo* y sus dolencias. Los *expertos* han conseguido curarle de la hepatitis y ahora se esmeran en una nueva curación: la provocada por el triunfo anterior, sin ver ninguna relación entre ambas.

Sebastián acepta *su* nuevo diagnóstico pero no para construirse en base a él, pues para él carece de significado, igual que el anterior. Acepta la nomenclatura, pero no se resignifica en ella, sino en sus intentos por superar lo que él llama “una manía”. Sin embargo acepta ser un *loco*, en beneficio de la construcción de su propio espacio explicativo.

De forma persistente los profesionales perseguimos en nuestros *pacientes* la asunción por su parte de un diagnóstico psiquiátrico, cerrando de esta manera el círculo de poder biomédico, atreviéndonos incluso a diferenciar el estado de los individuos según tengan o no, un conocimiento diagnóstico sobre sí mismos. Los modelos de adherencia al tratamiento o la psicoeducación sostenidos en el hecho de que el paciente se identifique con un diagnóstico y que *reconozca* su *enfermedad*, no suelen beneficiar al sujeto ya que se alejan de forma clara de su mundo de significaciones. Esta concepción desde los saberes *expertos* nos sitúa ante unos *enfermos* que no reconocen que lo están, pero que intentamos tenazmente que se declaren como tales, cómo primer paso para considerarlos *curados*.

Para Javi no existe lo que los profesionales se empeñan en denominar *conciencia de enfermedad*. Su *enfermedad* consiste en estar encerrado, negándole la posibilidad de continuar con la profesión imaginaria que el tanto ama.

Estoy muy preocupado por el dinero que dejé en la calle. No le conté a nadie donde lo puse pero puede que alguien lo encuentre al final. Diez millones es mucho dinero ¿tú crees que lo estarán buscando? Intento no pensar en ello pero no lo consigo. Creo que la gente me lo nota y eso hará que lo busquen cuando salgan de aquí [...] Me costó mucho llegar a ser capitán de barco y ahora estoy aquí dentro y no puedo hacer nada. Mis barcos se estarán estropeando y mis millones desapareciendo ¿crees que si salgo pronto encontraré mi dinero y podré seguir navegando?

(Javi, 42 años, 4 años en la institución)

Mientras Javi me relata sus preocupaciones, oculta sus manos bajo la mesa a la vez que las estruja una contra la otra de forma discreta, para no mostrar su verdadero estado de ánimo. No le gusta preocuparme y dice a menudo “bastante tienes tú ya” pero el movimiento expresivo de sus ojos, delata su verdadero estado. Suele venir a las reuniones del *recinto* porque dice encontrarse a gusto con los compañeros pero les dejó bien claro desde el primer día que él no estaba enfermo y que venía solo para complacerme. Si algún técnico le pregunta por su dolencia, con su característica paciencia les explicará que él no tiene nada y que solo está preocupado por los barcos que dejó en la calle y que teme que se los puedan robar. Su mayor ambición es conseguir un permiso, para poder echar un vistazo a sus embarcaciones y salir a navegar de nuevo, pero en todo momento se mantiene firme en la negación de padecer una *enfermedad mental*.

El equipo técnico no se ha detenido a observar cómo sonríe cuando habla de sus barcos y de lo bien que los dirige, ni ha sido capaz de ver bailar sus ojos cuando piensa en la posibilidad de un permiso penitenciario. Para el equipo es unánime la decisión de no concederle ningún permiso hasta que no ceje en su pretensión de ser capitán de barco y adquiera la tan afamada *conciencia de enfermedad*. En varias ocasiones les he explicado al equipo en las reuniones semanales, como la dolencia de Javi, no podemos revertirla pues constituye lo que nosológicamente se denomina “delirio estructural refractario a tratamiento” y que como tal no responderá a ningún tratamiento.

Ya que su delirio no hace daño a nadie y a él le hace tremendamente feliz, insisto para que le concedamos un permiso penitenciario, pues no representa ningún peligro para la sociedad. En todas esas reuniones parecen sorprenderse con la misma intensidad de mi propuesta e insisten en que el sujeto debe recuperar su *cordura* si quiere salir de permiso.

No queda claro si lo que está en juego es que el sujeto recupere la *razón*, es decir, que asimile nuestro modelo biomédico, o bien que los conceptos queden a salvo, gracias a la humillación que infringimos al sujeto imponiendo nuestro criterio. El malestar psíquico de los sujetos sufre una serie de rosarios diagnósticos que no suelen tener en cuenta las zonas libres de

sufrimientos, diagnosticando desde las conductas desviadas de la *norma* y no desde la escucha de sus vivencias.

8.2 Cómo entienden los sujetos la *enfermedad mental*

Desde el principio ha sido para mí un interés constante la significación del concepto de *enfermedad mental* para los sujetos. Es claro que la salud y la enfermedad, son mucho más que conceptos, pero éstos nos sirven para definir y manejar la experiencia, al condicionar la manera en qué abordamos y nos relacionamos en las distintas situaciones. Pero no debemos olvidar que los conceptos tienen un contexto interpretativo socio-cultural y así las situaciones vividas pueden tener más de un sentido, y un concepto puede no contener todos los significados posibles.

Entiendo los sistemas médicos como construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico. Parto de la idea de que es imposible entender la salud y la enfermedad como conceptos contrapuestos y por lo tanto su relación, puede describirse más como un continuo con diferentes niveles de equilibrio que como una separación de ambos conceptos (Milton Terris, 1975).

En este sentido la dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales. Considero que el concepto de salud no puede limitarse a la mirada biomédica que enfatiza el nivel individual descontextualizado del mundo social y cultural.

Así la enfermedad tiene un sentido para la vida del sujeto y para el grupo social al que pertenece y no se entiende como un fenómeno causado por algo externo, sino cómo parte interdependiente del proceso vital de los sujetos, en relación con la sociedad y la cultura. En este proceso los sujetos desarrollan capacidades para encontrar su propio orden, que no responde a principios universales sino que tiene que ver con las posibilidades y la capacidad de agencia.

Así vemos, como en el grupo del PAIEM, la mayoría de las narraciones en torno a la idea del diagnóstico, están construidas en términos de puntos de inflexión que tienen que ver con el consumo de tóxicos en la adolescencia o con relaciones familiares traumáticas en la infancia.

Yo recuerdo la primera vez que fui al médico, lo tengo en la mente siempre [...] yo tenía doce años y ya fumaba porros [...] estaba durmiendo con mi madre en una litera y mi cama empezó a darme vueltas, entonces me bajé a la cama de mi madre y ella pensó que yo era mi padre [...] y empezó a tocarme de todo [prolongado silencio] y ahí fue todo un lío ¡Joé! ¡Me ha hecho esto, me

ha hecho lo otro! Y se lo conté todo al doctor y me dijo: tú ya tienes que estar con medicación siempre porque eso se te va a quedar para el resto de tu vida. Me daba Risperdal y ¡Joé! no me acuerdo que me pasaba cuando lo tomaba pero si me acuerdo que no podía salir a la calle porque me daba vergüenza por si alguien se enteraba de lo que había pasado [...] pero las chicas me querían porque tenía muchas pecas y era rubio [risas]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Es muy significativo cómo Jony articula y contextualiza el comienzo de su padecimiento. Sabía de todo el sufrimiento por el que su madre había pasado con las palizas de su padre y aunque aún no sabía que estaba diagnosticada de esquizofrenia, si sabía de sus preocupaciones. Esto le hacía estar a Jony especialmente unido a su madre a la que intentaba cuidar y proteger a pesar de no entenderla siempre. Esta contradicción entre la admiración a su padre y el resentimiento por maltratar a su madre le situaba en una incómoda posición entre ambos.

El recuerdo de aquel suceso le provoca un profundo sufrimiento y vergüenza. Si bien disculpa a su madre por haberle confundido con su padre, no acaba de tener muy clara esa cuestión, dudando si en realidad no fue una búsqueda de refugio de la madre en su persona. La vergüenza era tal, que no lo comentó nunca con ningún miembro de la familia, simulando que nunca había pasado nada. Sin embargo encuentra una vía de desahogo en el médico, al que le lleva su madre por primera vez.

La rotundidad de la sentencia por parte de los saberes *expertos*, adscribe a Jony en la categoría de *enfermo* dependiente de los poderes y los tratamientos médicos, hasta el punto que se siente más seguro con la medicación que sin ella, como vimos anteriormente. A medida que crece, la relación con su madre queda marcada y significada por el mismo diagnóstico psiquiátrico, suceso que les une íntimamente y que vertebra en Jony su propia construcción narrativa. Aún en las más graves descompensaciones que le he presenciado, suele mantener un recuerdo y una imagen nítida de la presencia de su madre, que le devuelve en cierta medida a la recuperación de su persona.

En el relato de Richi, vemos cómo el punto de inflexión en el que sitúa su sufrimiento, tiene que ver también con el entorno familiar, pero materializado en un maltrato físico que sufre por parte de su madrastra:

Tengo el don de la imaginación desde muy pequeño, que me hace ver la realidad que otros no pueden ver [...] pero esto no le gustaba nada a mi madrastra que decía que yo me lo inventaba todo. Mis tíos son feriantes allí en Cádiz y desde pequeño me gustaba ver cómo montaban todos

los cachivaches de la feria [...] luego llegaba a casa y contaba pues eso, pues lo que había visto, círculos enormes que llegaban hasta el cielo [...] yo creo que sería la noria [...] y mi madrastra me pegaba para que no dijera mentiras [...] Una vez llegué 10 minutos tarde a casa, tendría unos 6 años y me sacó la silla a la puerta a la casa y me dejó ahí toda la noche [...] no sé, recuerdo que me pegaba mucho por todo, sobre todo por las cosas que yo contaba y ella no podía ver [...] me daba golpes en la cabeza y me decía ¿Qué es lo que decías? ¡Anda repítelo! [...] claro todo eso me dio una depresión muy grande y solo quería estar solo [...] a los 9 años mi padre me llevó al psiquiatra y entonces me daban muchas pastillas [...]

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

La madrastra de Richi, al igual que la madre de Jony, se presenta como eje vertebrador de su narrativa, pero originado en este caso no por sentimientos de compasión e identificación, sino por una construcción que nace en el odio y en el resentimiento. Le gusta referirse a ella como “esa señora” y en un intento de no romper los lazos con su progenitor paterno, procura no hacerse demasiadas preguntas acerca de porqué no le defendía o no intervenía en los abusos de su madrastra:

Nosotros éramos dos hermanos, mi hermana la mayor y yo, y por lo que se ha ido hablando en casa yo era templado, generoso, buena persona, les ayudaba a subir las bolsas a casa, les daba los buenos días, con los niños me relacionaba bien, pero ha habido el problema de que desde muy pequeño ha intentado manipularme, maltrato psicológico, algunas palizas de esa señora, se supone que es mi madre [...] pero no es mi madre biológica pura. Mi padre dice que ella es mi madre, que es mi madre [...] pero si yo tengo un hijo en casa que no le quiero, pues se lo explico y le digo: si no cambias de actitud te vas [...] pero no hacer cosas como denunciarme a la policía y eso [...]

Mi padre ha sido camionero y venía un fin de semana al mes y no le veía nada. Luego puso un negocio de hostelería y entonces nos veíamos casi todos los días. A mi hermana no le pegaba ni nada y ella hacía de respaldo a esa señora y se ponía en mi contra. Ella se daba cuenta de cosas que me pasaban, pero no me quería apoyar y me daba dos tortazos hasta perder el conocimiento, por ejemplo, cuando eres un poco más mayor y vas con algún dinero en los bolsillos [...] tu dejabas los pantalones en la silla por la noche y al día siguiente te despertabas y no estaba el dinero en el bolsillo, ni el pantalón, ese dinero me lo había dado un tío, o cosas así. No sé, yo no haría eso a mi hijo, haría todo lo contrario. A los 6 años yo le contaba a mi abuela lo que pasaba y decidió venir a la casa y dijo: ¡al niño me lo llevo yo! Y estuve con mis abuelos hasta los 11 años y ya allí mejor. Luego también estaba lo de mi madre biológica que un día jugando con los chavales en la calle me dijeron: “mira esa es tu madre”. Entonces yo me escondía para espiarla y un día la oí decir que ella no me reconocía como hijo y pues empecé con las drogas y eso [...] La

verdad que si superas todo esto te da un poco de personalidad [...] Yo era muy alegre de pequeño y la verdad es que sigo siéndolo a pesar de todo lo que pasó.

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

La infancia de Richi, ha estado impregnada de sucesos que han marcado su personalidad, como él mismo reconoce. Se ha construido en relación a una serie de acontecimientos traumáticos que se iban sucediendo uno tras otro sin dejarle apenas espacio para la asimilación. El alivio que le produjo el irse a vivir con la abuela, vemos cómo es truncado de nuevo por el rechazo que le infringe su propia madre biológica. Richi tiene dos madres: una que le maltrata y otra que le rechaza. Su fértil imaginación y su particular interpretación de la realidad encuentran su espacio ideal en el contexto del circo. Este espacio apropiado por Richi, será el que le permita en su vida adulta, escapar de las diferentes realidades hostiles que le va formulando la vida.

Richi, al igual que vimos en la mayoría de los sujetos, no reconoce la nosología ni se identifica con el diagnóstico, tan sólo intenta comprender el origen de su malestar que al igual que otros sujetos lo denomina *depresión*. Este nombramiento por parte de los individuos, los aleja del concepto biomédico de *locura* y los sitúa en el dominio de las consecuencias *naturales* del sufrimiento. Para los sujetos tener “nervios” o “depresión” entra dentro de una estrategia, que mediante el discurso normalizando de las dolencias, consiguen adaptarse al sistema. Sin embargo el término *locura* pertenece al territorio de los saberes biomédicos que intentan estructurar su narrativa del sufrimiento.

Antonio, al igual que Richi, sitúa como punto de inflexión de su padecimiento los traumas sufridos en su infancia. A través de su biografía nos muestra la incredulidad que le produce la dureza del comportamiento de su padre y cómo eso le ocasionó un profundo dolor en su infancia:

Cuando yo tenía 4 años mi padre me pegaba con la goma de la bombona de butano [...] me enseñó a poner las manos atrás mientras me pegaba [...] no sé por qué hacía eso[...] así estuve muchos años hasta que mi cuerpo ya no pudo más y pensaba cosas raras [...] no cosas cómo los otros chiquillos [...] a los 12 años recuerdo que mi madre me llevó al médico y ahí empecé ya con las gotas y eso [...] Yo creo que si no cuentas todo lo que tienes dentro, se hace una montaña y te viene la esquizofrenia [...] es por lo que sufrimos [...] es por el dolor [...]

(Antonio, 45 años, 13 años en la institución)

Antonio ante la falta de entendimiento de los malos tratos que recibe desde muy pequeño, no intenta revelarse contra ellos, sino que los asume como una parte más de su narrativa. Esta

falta de búsqueda de significados, le hace sumirse en una obstinada suposición de la *naturalidad* de las humillaciones infringidas. Reconoce como este *ocultamiento* de su verdadera situación, fue lo que desencadenó un desbordamiento emocional que le llevó a “pensar cosas raras” y a visitar al médico por primera vez. Acepta la verosimilitud del nombramiento diagnóstico con el mismo mecanismo que aceptó el maltrato en la infancia. La ausencia de indagación, le permite situarse en el mismo plano que le confirman los *otros*.

Sebastián, de igual forma, identifica y relaciona el maltrato sufrido por parte de sus dos progenitores con el comienzo de una *enfermedad* que, como ya vimos, no se resignifica en ella, pero la acepta e intenta comprenderla en beneficio de la construcción de su propio espacio explicativo:

Con 6 u 8 años intenté suicidarme por la ventana del colegio, no sé porqué y me llevaron a un psiquiatra y empecé a hablar con el psiquiatra y con el psicólogo de servicios sociales y desde entonces hablo con ellos, ahora he salido de permiso y he ido a saludar al psicólogo de servicios sociales de mi pueblo, para ver que tal, porque me están ayudando mucho, me han ayudado mucho. Desde que era pequeño, desde aquello, me ve el mismo psicólogo, el mismo trabajador social, el mismo educador. Eso me gusta mucho porque me desahogo con ellos y les cuento mis problemas cuando voy. Yo creo que a lo mejor era porque mi padre iba borracho a mi casa, mi padre estaba enfermo con la bebida pero ahora ya no bebe. Antes bebía mucho y se ponía a discutir con mi madre y a decirnos cosas a mis hermanos y a mí [...] yo pasaba de él y me cogía la puerta y me iba y se lo contaba a mi abuela y entonces ella iba a mi casa y ya se callaba mi padre y se iba a dormir. Mi madre me pegaba con la goma del butano cuando robaba y muchas veces me iba a la escuela con las marcas [...] yo supongo que todo vendrá de ahí [...] pero esto tampoco lo he contado a nadie hasta ahora [...] Pero por lo menos ahora se están portando bien y han venido a verme desde la otra punta de España y mi padre me dice ¡sé fuerte los 6 meses que te quedan, después de 9 años esto ya no es nada!

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Para explicar esta significación que los individuos ejercitan sobre el origen de su enfermedad ya vimos en la página 94, cómo Michael Taussig (1995) analiza el proceso de enfermar desde el contexto en el que se sitúan los actores. Señala la instrumentación política de la biomedicina, poniendo en evidencia la arbitrariedad del conocimiento, desde el análisis individualizado que realizan los sujetos en un contexto determinado. Para este autor el *cuerpo* se convierte en un depósito de generación de significados sociales y el sujeto se refuerza y significa su problema de salud como algo personal, alejado de las lógicas de la biomedicina. El *cuerpo* como expresión de las relaciones sociales, evidencia la necesidad de

redimensionar la verticalidad del saber biomédico, basado en una racionalidad de causa y efecto, desconsiderando las complejidades de las relaciones humanas que están en la base de cualquier intervención o atención en salud.

Pero no todos los individuos, refieren el comienzo de su padecimiento a traumas infantiles cómo hemos visto hasta ahora, al menos abiertamente, sino que lo relacionan con el consumo de tóxicos en su adolescencia.

Pedro tiene unos recuerdos un tanto vagos sobre sus años de juventud y el origen de sus alucinaciones, quizá por el turbamiento que le produce el consumo de drogas estimulantes como la cocaína y el speed. Sin embargo a falta de otra explicación más plausible para su entendimiento, encuentra como causa de sus fantasías el consumo masivo y descontrolado de cocaína:

A los 15 años fui a robarle la caja fuerte a un camello del barrio y estaba llena de cocaína. Yo no tenía mucho conocimiento y consumía todos los días, entonces empecé a ver cómo toda la gente de mi calle tenía cara de gato [...] iban maullando por la calle y yo tenía miedo de que me hicieran algo. Por la noche la gente se convertía en gato y por la mañana te hablaban normal. Entonces me ingresaron en el psiquiátrico pero yo seguía viendo cómo la televisión me hablaba [...] me hablaban todos [...] hasta los retretes. Yo creo que todo me vino por lo de la caja fuerte [...]

(Pedro, 32 años, 4 en la institución)

Carlos, sin embargo identifica de manera clara el consumo de alcohol y heroína con sus primeras alucinaciones, sin restar importancia a la influencia de sus primeras experiencias dolorosas:

A mí la esquizofrenia me vino porque empecé a los 29 años a consumir mucho alcohol, estaba tirado en la calle [...] luego ya empecé con la heroína y yo veía como los semáforos me hablaban y yo intentaba avisar a la gente de que no cruzaran la calle, pues los semáforos tenían un plan para matarlos a todos [...] pero nadie me hacía caso [...] entonces me llevaron al psiquiátrico y me medicaron [...] pero yo creo que también fue por los recuerdos [...] todos mis sentimientos, mis traumas de pequeño, mi familia [...] mi vida no ha sido nada fácil [...]

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

En los relatos de los sujetos, vemos cómo las narrativas de la enfermedad se construyen socialmente en base a los acontecimientos que priorizan en sus vidas y que consideran les han marcado de una manera singular.

Este conocimiento nos permite acceder a posibilidades de interpretación y significación diferentes. Nos advierten a través de la permeabilidad de las mismas, de la constitución de una historia personal basada en experiencias, vivencias, percepciones y creencias, las cuales condicionan la historia personal de cada individuo, así como las relaciones con los demás individuos y con los profesionales de la salud. En este mismo sentido Martínez-Hernández (1998) señala la indisolubilidad de cualquier enfermedad y la propia biografía y analiza cómo las narrativas personales influyen definitivamente en la evolución de las enfermedades mentales.

Un ejemplo de esta influencia de las biografías sobre el curso de las enfermedades lo podemos ver reflejado en el contenido de los delirios. Los individuos en los episodios de aparente desorden de su mente, evocan de manera inconsciente hechos o situaciones que han marcado sus experiencias. Richi, como veremos más adelante, nos relata cómo tiene un tigre amaestrado en su celda, en clara referencia a su pasado en el circo. Luís está convencido que un funcionario quiere matarle y Roberto elucubra sobre el adulterio que ha cometido su mujer con un funcionario.

Diríamos que la *locura*, incluyendo el delirio, tiene sus propias lógicas. En este sentido, de acuerdo con Otto Dörr, “el delirio puede incluso que sea más bien el producto de un exceso que de una falta de racionalidad” (Dörr, 2005:113). En todo caso, la *locura* no sería una mera deficiencia, sino un camino posible del ser humano:

[...] de manera que tendremos que preguntarnos las leyes que rigen esa modificación que va de una existencia normal a una existencia psicótica, de un opinar sobre las cosas, con mayor o menor acierto, a un delirar [...] Porque si la locura no es una mera enfermedad orgánica que ataca al hombre con esa ceguera al sentido que puede poseer una enfermedad infecciosa o, hasta donde hoy se sabe, también el cáncer, tendríamos que poder encontrar en la historia personal del sujeto que deviene loco, elementos que hagan de alguna manera comprensible el extravío desde un camino “normal” y común, a un camino extraviado, excéntrico y solitario (Dörr, 2005:106-107).

El delirio vendría a ser una forma de reinstalación en la seguridad, una operación de seguridad, aunque sea a costa de la adopción de un sistema de falso *yo* (Ronald Laing, 1983). En esta línea, el delirio cumpliría funciones adaptativas para la persona, llegando a ser incluso una realidad seleccionada (Glenn Roberts, 1991). Así, mientras que la vida antes del delirio es valorada negativamente (en términos de sin sentido, de soledad, de inferioridad, de desesperación, de pérdida), la vida dentro del delirio cobra un valor positivo (relativo al sentido de identidad, del deber, de responsabilidad, de libertad, de entusiasmo, de intereses).

Por su parte Miguel realiza una actividad deportiva intensa, cómo estrategia para mantener alejado su sufrimiento. En su discurso cotidiano incorpora elementos disonantes acerca de su concepción sobre el cuidado del cuerpo y los hábitos de vida saludables; y lo hace defendiendo con firmeza, la aseveración inverosímil que afirma:

Si me cuido mucho, el agua te limpia, comer cosas buenas, verdurita para la cena, concentración, deporte [...] yo soy fuerte, yo creo que si me cuido llegaré a cumplir 200 años porque somos eternos [...] ¡podemos vivir tanto como queramos!

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Pablo sin embargo, habla de sus “visiones” en estrecha relación con el mundo carcelario en el que lleva tantos años, preso:

Mis primeras visiones eran sobre pinchos⁵⁵, sobre moros que abusaban de otros, sobre policías que me hablaban, un rayo en pequeñito que venía de la puerta. Yo estaba convencido que una tortilla podía curar a un compañero ciego ¡fíjate cómo estaba yo! Y siempre que había tortilla gritaba por todo el patio ¡para el ciego, para el ciego!, [risas] y entonces tenía muchos problemas con los funcionarios. Yo creo que esas cosas me pasaban por la depresión y por los sentimientos que me despertaba el compañero ciego [...] Yo creo que si tienes muchos sentimientos te pueden venir las visiones [...]

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Pablo reconoce sus delirios como irreales pero como consecuencia natural de una manera de estar en el mundo, no cómo parte de un cortejo de síntomas que pertenecen a una enfermedad. Desde esta perspectiva comprende sus “visiones” como parte intrínseca e indisoluble de su propia narrativa y no le produce angustia o temor alguno. Cómo afirma Martínez “[...] en esa confluencia de experiencia e inverosimilitud se adivina la estructura de una forma peculiar de discurso: el delirio” (Martínez, 1998:75).

Martínez (1998) destaca cómo una de las características presente en el discurso de los sujetos diagnosticados de esquizofrenia, es la incorporación de diferentes asociaciones como plano paradigmático del lenguaje y la escasez para la articulación lineal como plano sintagmático del lenguaje. Las asociaciones en el discurso parecen estar hiperactivadas y expuestas a una veloz libertad asociativa y las articulaciones hipoactivadas. El uso de metáforas y alegorías podría estar ligado al fenómeno de la mimetización externa con la propia subjetividad, que

⁵⁵ Palabra que se utiliza en el argot carcelario para referirse a un objeto punzante de fabricación manual que se utiliza como arma blanca.

no indica ello que sean creadas a su voluntad sino más bien las asociaciones de similitud actúan al margen de la voluntad creativa.

Aun siendo ésta una posible teoría sobre cómo se construye el lenguaje en el discurso delirante, Martínez no infiere de ello que el discurso delirante carezca de sentido. Para el autor la posible disfunción estructural del lenguaje “[...] no supone una total incapacidad para crear significados compartidos o para actuar en la arena social” (Martínez, 1998:82).

En este sentido, para los sujetos su discurso posee un claro significado unido a sus narrativas personales, que aunque nos cueste dotarlo de un sentido *razonable*, no escapa a la comprensión cultural de significados contextualizados, según la lógica antropológica de cómo lo social interactúa y construye lo individual.

Analizando lo expuesto hasta ahora en lo que se refiere a la propuesta de la construcción cultural de la esquizofrenia, vemos cómo los individuos que han atravesado la experiencia del diagnóstico psiquiátrico ubican el eje del problema en el desencaje propio más que en el nombramiento que se hace de él. No se refieren al diagnóstico como una entidad asimilada a su historia vital, sino más bien como la consecuencia natural de una historia de consternación y sufrimiento.

Los sujetos no conciben la enfermedad solamente como una patología o *disease*, sino que para ellos también existe un padecimiento, sufrimiento o malestar, o sea una *illnes*. Ambas son construidas a través de lo que Good (2003) propone como *Semantic illness network* o redes semánticas de enfermedad, que hace referencia a que la enfermedad no es sólo un conjunto de signos, síntomas y disfunciones biológicas, sino más bien un conjunto de experiencias, palabras, sentimientos asociados entre sí, a partir de una red de significación y de interacción social, que son entendidas por los miembros de una misma sociedad (Martínez, 2008).

En ésta búsqueda de significaciones de la lógica de los individuos acerca del padecimiento, ha sido necesaria una observación minuciosa y atenta en los entresijos del sistema. Pues si te manejas en la superficie de la institución, cada día se presenta como una copia reglada del anterior. Sin embargo si tu mirada permanece atenta a todo lo que ocurre, a todo lo que dicen los sujetos, a todo lo que hacen, a cómo se relacionan entre ellos o a tus disposiciones ante los sucesos, entonces, el sistema va tomando diferentes tonalidades y matices.

Un buen ejemplo de ello sucedió en una calurosa tarde de guardia, en la que estaba empleada en mi quehacer médico diario. Me avisaron que un interno de la enfermería integrante del PAIEM, en el reparto diario de medicación, se había guardado la medicación de la tarde debajo de la lengua y se negaba a entregarla.

Según la pauta de reparto de medicación, los internos del PAIEM que la institución juzga que no son capaces de tomarse la medicación por si solos, deben acudir a la enfermería a tomar su medicación diaria de forma directamente observada por el personal de enfermería en los turnos de mañana, mediodía y noche. De forma que a esas horas se forman en el vestíbulo del departamento de enfermería variopintas colas de sujetos que aprovechan ese momento del día para charlar sobre sus cosas o trapichear. El hecho de que el reparto se produzca en el vestíbulo del departamento y no en una habitación destinada por la enfermería, anima a los internos a descontextualizar la toma de medicación y a olvidar el verdadero motivo para el que se les ha requerido:

[...] pues ya ves, aquí estoy de nuevo [...] vengo porque me da muy buen rollo verte [...] ¿Cómo te han ido las vacaciones?

(Dani, 34 años, 5 años en la institución)

Acuden por turnos de unos 20-30 internos que son agrupados por los funcionarios en relación al módulo al que pertenecen. Así los internos de los módulos de respeto suelen ir en el mismo turno, los de módulos conflictivos en otro y los jóvenes y mujeres en turnos separados del resto. Las mujeres acuden en último lugar con el fin de evitar que entablen conversaciones o encuentros afectivos con los hombres.

Teniendo en cuenta que se convierte en una acción repetitiva y cotidiana, los funcionarios de vigilancia habitualmente relajan el control sobre los internos y esto les permite a los mismos encontrarse en un ambiente más relajado y distendido. Para muchos de ellos, representa un bonito paseo por los jardines y el único momento del día en que tímidamente se relacionan con el resto y convierten esos momentos en una pequeña fiesta diaria. Sabiendo yo que en esos momentos puedo hablar con ellos de manera informal delante de los funcionarios, y que ellos me saludan efusivamente cuando paso al lado de la cola de reparto, suelo aprovechar en mis días de guardia para establecer con ellos conversaciones triviales y distendidas, creando un espacio para la horizontalidad y la libre expresión de sus pensamientos.

A pesar que el horario de reparto de la medicación de la noche, se produce a las 18:30 y se quedan dormidos a las 21 horas, la inmensa mayoría de internos han asumido esa organización del tiempo y anteponen su momento de *celebración* diaria al hecho de dormirse “a la hora de las gallinas” como suelen decir entre risas:

A mí antes no me gustaba nada venir, todos como borregos, pero si no salgo a la cola del reparto estoy casi todo el día en el módulo metido [...] Antes me daba vergüenza tener que hablar con los

demás y que todos me miraran y eso, pero ahora tengo amigos de otros módulos y comentamos los programas de la tele, o nos reímos por lo que lleva puesto algún compañero o vemos a las señoritas que reparten que son muy guapas. A mí da igual tomarme la medicación [...] si tú me dices que me la tome pues por algo será [...] Lo único malo es que cómo nos dan la medicación tan pronto por la tarde, pues luego nos dormimos a la hora de las gallinas [risas] y claro nos despertamos muy pronto [...] a las 6 de la mañana ya estoy en pie. Procuro no despertar a mi compañero que dice que me despierto antes que los gallos canten [risas]

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Así cuando me avisaron para que fuera a ver al interno que se había guardado la medicación, en realidad ya estaba charlando con ellos sobre un partido de fútbol que televisaban esa noche y que comentaban que se quedarían dormidos en el primer gol.

Alfredo tenía un cuerpo grande, que lo dejaba caer de manera inconsciente sobre cualquier soporte que encontrara para ello, en una actitud de abandono y dejadez que delataban los 22 años que llevaba en la institución. Por el contrario, sobre su cara intentaba mantener una actitud vigilante, forzando amigablemente una sonrisa cuando conversabas con él. Alfredo me contó que se había escondido la medicación porque no podía dormir por las noches y necesitaba acumular la suya y comprar alguna más para conseguir descansar.

Siento mucho engañarte, pero si no lo hago así, no duermo nada, y estoy muy cansado de todo esto ¿sabes? No es por ti, yo sé que tú quieres nuestro bien [...] pero tú no puedes entender lo que es estar aquí tantos años y no dormir [...] y las voces ahí en mi cabeza y no puedo hacer nada para callarlas [...] ¿que quieres que haga? [...]

(Alfredo, 55 años, 22 años en la institución)

Yo le expliqué cómo podía ser peligroso tomarse muchas pastillas a la vez, sin sospechar en ningún momento lo que ocurriría más tarde, y le insistí para que acudiera a nuestras reuniones donde podríamos hablar de todos estos temas y donde los demás internos le podrían dar ideas sobre la manera en la que intentar resolver ésta y otras muchas dificultades. Alfredo me regaló una de aquellas fingidas sonrisas y prometió no volver a guardarse la medicación y acudir a las reuniones semanales.

Esa misma noche Alfredo se quitó la vida con una sobredosis de pastillas y amaneció muerto a la mañana siguiente. En ese momento pensé que por lo menos había sido libre a la hora de decidir no continuar con ese sufrimiento que le impedía seguir viviendo.

Desafortunadamente el resto de internos no lo vivió de la misma manera y provocó un gran revuelo en la enfermería. A los internos del PAIEM les afectó en mayor medida, y fue

necesario atender varias crisis de ansiedad en los siguientes días. En ese momento pensé que lo mejor era tratar el tema en nuestra reunión semanal y así lo hicimos.

Por su parte la institución a raíz del suceso, estableció como obligatorio la toma de medicación directamente observada en todos los individuos del PAIEM, incluso en los que se entendía que tenían autonomía para su toma y se la tomaban ellos solos en sus celdas. Las estrategias utilizadas por muchos internos para no tomarse la medicación, esconderla y venderla o tirarla más tarde, ocasiona en la institución un perjuicio mucho mayor que el beneficio que pueda reportar conseguir una mayor autonomía en *sus* internos. Los intentos de emancipación de los mismos, provoca una fuga en el esmerado diseño de control de la institución, que ésta suele corregir de forma inmediata ante su detección.

Este hecho redujo los intentos de soberanía frente al sistema en muchos de ellos. Una parte de los internos que no tenían peculio semanal, obtenían algo de dinero para un café o algo de tabaco con la venta de una o dos pastillas de las diez o doce que tomaban al día. Por otra parte, la minoría de internos que no deseaban acudir diariamente a la enfermería para tomar la medicación, fueron obligados a ello sin dar posibilidad de réplica alguna.

De esta manera la institución, ante la falla del procedimiento, operó una vuelta de tuerca más ante las posibles desviaciones del sistema, sin tener en cuenta la opinión de los internos ni de los profesionales, con el objeto de controlar y vigilar cada uno de los pasos de los actores.

En esa reunión con los internos no hubieron las caras de tristeza que uno espera encontrar en esas situaciones, si no un torrente desbordado de opiniones encontradas unas con otras y que desembocaron en un intenso debate sobre el significado de la *locura* para los propios sujetos.

A ver, yo creo que es normal que el compañero se pasara con las pastillas [...] estamos aquí para no pensar [...] no reflexionamos y hacemos todo a lo loco [risas], por eso estamos locos, ¿no? [...] yo creo que nuestro cerebro no digiere bien la normalidad, yo no lo sé bien, porque yo nunca podría ser normal, pero puede ser que tengamos como una especie de atrofia y mocos pegados a las paredes del cerebro [...] no debemos de tener muchas neuronas o cada una estará sola por su lado [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Víctor utiliza como símbolo dominante, terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, según el modelo de atención dominante en la institución. Términos como cerebro, atrofia o neuronas toman significado en las narrativas de padecimiento de los sujetos, pero en la mayoría de casos no pertenecen al mismo universo de significados, sino más bien un discurso médico aprendido.

El discurso hegemónico nomina y circunscribe la *enfermedad*; pero los individuos que sufren el padecimiento, relatan una experiencia relacional. Para los sujetos el diagnóstico no explica su padecimiento, antes bien estigmatiza su sufrimiento, pero entienden que deben utilizar el mismo lenguaje científico para hacerse entender por los saberes *expertos*. Las experiencias biográficas no operan desde los diagnósticos o desde las etiquetas, tan sólo las utilizan en un intento de normalizar el sufrimiento, sin comprender en la inmensa mayoría de los casos el sentido dado por la biomedicina. Entiendo pues, la referencia que hace Víctor al concepto de la *locura*, cómo un intento de vivenciar el padecimiento desde universos paralelos enfrentados, que tienden puentes relacionales pero que ignoran el verdadero significado en ambos universos.

Para mí esto de estar loco es una manera de vivir, ¡sí!, porque yo vivo como cualquiera o mucho mejor. Es una manera de apañarse en la vida [...] me da igual si es una enfermedad o no [...] Ellos nos ven diferentes pero a nuestro cerebro no le pasa nada, yo siempre estoy bien, pero me tomo la medicación por si acaso [...] ese chaval (refiriéndose a Alfredo) estaría enfermo porque si no, no entiendo lo que hizo [...] aquí estamos bien [...] yo desde que estoy en prisión estoy mejor, no sé más tranquilo [...] y ese chaval hizo una tontería, yo me dejo llevar [...] vivo sin más y me siento bien [...] si ellos quieren darme medicación pues yo les hago caso.

(Mario, 52 años, 8 años en la institución)

En Mario vemos de nuevo el uso del lenguaje biomédico para relatar sus experiencias, que sin embargo no se refieren a la *enfermedad*. Al contrario que Víctor, él no se siente enfermo, ni fuera de la *normalidad*, vive apaciblemente y acepta la toma de medicación en consonancia con esa tranquilidad que ha encontrado dentro de la prisión. Consonancia que poco tiene que ver con la aceptación de un diagnóstico, sino más bien con la necesidad de perseguir una estabilidad que en la calle no tenía. Ésta conformidad con los diagnósticos, viene también propiciada por la transformación incesante que pretende el sistema. Si un *enfermo mental* admite que lo está, antes obtendrá los beneficios penitenciarios que persigue. Jony nos habla de *su* enfermedad como una amiga imaginaria, alejada de significados biomédicos:

Yo soy la enfermedad por eso no la odio, “yo soy el loco” pero no digo que estoy loco. Antes que supieran que yo era PAIEM me trataban bien y eso [...] ahora que lo saben me llaman loco. La esquizofrenia es cómo una amiga imaginaria, una manera de vivir, un sentimiento [...] tenemos un mundo aparte y vivimos como en el limbo [...] por donde yo he pasado le puede ayudar a otros, a mí también me han atado ¿sabes? Yo soy un inspirado [risas] soy más feliz con la

esquizofrenia. Si yo veo lo imposible, veo el mal y lo presiento, pero si caigo me levanto [...] la gente te clasifica y te da vergüenza [...] pero yo vivo porque estoy bien.

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Jony sin embargo reivindica su pertenencia al mundo de la *locura*, desde una visión reforzada en sus vivencias. Su orgullo es tal, que se identifica con la *locura* misma, como parte nuclear de su persona no como diagnóstico, y sin embargo utiliza el mismo lenguaje que los saberes *expertos*. Jony se siente discriminado por ello, pero lo vive de forma pasiva sin ninguna necesidad de agencia, como si el proceso estigmatizante perturbara más a los *otros* que a él mismo. Cuando se refiere a la vergüenza que le produce, se refiere en realidad a la vergüenza que sienten los otros, a la vergüenza que construyen los otros y que él, la identifica pero no se constituye en ella. Sería como una imagen creada por un proyector que observa pero que no interacciona con ella.

Richi, nos insiste de nuevo en la necesidad de comprender al *otro* desde sus relatos, en la urgencia por no imponer etiquetas diagnósticas que desvirtúan la realidad de los sujetos:

No sé, yo no me noto nada [...] pero si en el patio la gente me ve saltar pues piensan que estás loco y es mi manera de manejar mi cuerpo. Si digo algo que les parece extraño como lo de mi tigre amaestrado, tan solo tienen que comprobarlo después en las revistas o en la tele ¿no? No es tan difícil [...] lo que pasa es que los demás se creen más listos que tú, pero en realidad ellos no se enteran de nada [...] a mí tú si me puedes ayudar porque sabes de la mente y si yo no entiendo algo pues tú me das tu punto de vista y yo me lo puedo pensar, pero para mí lo más importante es mi libertad [...] estoy encerrado en un sitio muy pequeño [...]

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

En Richi vemos la importancia del significado cultural de los síntomas lejos de su acepción biomédica. Su *enfermedad* consiste en su falta de libertad e incluso en los momentos álgidos en los que distorsiona la realidad observable de la forma más grotesca, insiste en nuestra incapacidad de ver desde su mirada, sin ser capaz de entender cómo no admitimos que posee en su celda un tigre amaestrado que le sigue a todas partes.

En mi trabajo médico diario, constituye una lucha titánica el intentar descubrir los significados encubiertos de las realidades fisiopatológicas llamadas síntomas. Y es que un síntoma va mucho más allá de su correlación neurológica. Así para Martínez-Hernández (1994) mientras que en la antropología se considera al síntoma a partir de orientaciones interpretativas, en la psiquiatría se gestiona desde una orientación biológica que le permite adquirir un estatuto de especialidad en las ciencias médicas. El síntoma para Martínez, sería

una interpretación elaborada culturalmente por el sujeto a partir de sensaciones corporales o emocionales, o incluso un símbolo condensador de contradicciones.

Así para Richi saltar significa expresar su mundo y para el sistema delata un claro síntoma de *locura* en clara discordancia con el comportamiento reglado.

[...] la antropología, [...] no busca en fenómenos como la enfermedad o el síntoma un sentido patológico, sino en todo caso un sentido “autóctono” que ofrezca otro tipo de información: la forma en que una expresión de malestar responde a un dominio de significados compartidos. Por esta razón puede entenderse que el síntoma, una palabra cuyo significado etimológico es el de coincidencia, pueda ser estudiado tanto por la psiquiatría neokraepeliniana como por la antropología interpretativa. Sólo que, en el fondo, estamos ante diferentes conceptos y problemáticas. Y es que mientras para unos la relación de coincidencia se establece entre manifestaciones y procesos fisiopatológicos, para otros se produce entre significados y contextos culturales (Martínez, 1998: 56).

Martínez reclama la relevancia del contexto cultural en la interpretación de los síntomas, cómo vemos en la necesidad de remitirnos en Richi a su pasado circense para comprender el contenido de su delirio. El síntoma delirante de poseer un tigre en una celda nos facilita según Martínez, una información adicional sobre lo que le está ocurriendo a Richi y porqué el contenido de su delirio es éste y no otro.

Por su parte Eusebio se muestra más categórico a la hora de opinar sobre su concepto de la *locura*:

La esquizofrenia no existe [...] solo estoy tomando pastillas porque al médico le da la gana. Lo mío fue una locura transitoria que se cura sola. A mí me traen aquí a estas reuniones y yo pues paso un poco el rato. No sé porqué os creéis esas cosas que os cuentan los médicos ¿no veis que no os pasa nada?, ¿no veis que tan solo quieren quedarse con vuestros cerebros?

(Eusebio, 35 años, 1 año en la institución)

Eusebio se encuentra muy alejado de las lógicas de los *expertos* y no duda en negar la existencia de una *enfermedad* que, no tan solo le viene impuesta, sino que ésta adjudicación le produce una clara irritación y enfrentamiento frente al poder hegemónico. Son pocas las ocasiones en que suele interactuar con el resto de internos y cuando lo hace es para intentar poner un poco de *cordura*, en lo que él considera que son cerebros mermados por el discurso médico.

En la narrativa de Carlos, advertimos cómo no está de acuerdo con sus compañeros a la hora de reivindicar su derecho a una manera peculiar de estar en el mundo. Al contrario vive la *enfermedad* como algo negativo que le produce angustia y temor. Por otra parte el discurso medicalizado se hace presente al culpabilizar a *su enfermedad* del hecho de estar en prisión y de esta forma se beneficia del discurso para justificar sus conductas. El sujeto declina toda responsabilidad sobre sus actos y abandona su agencia a los saberes *expertos*:

Para mí esto de la esquizofrenia no es una manera de vivir, como dice el compañero, no nos gusta pero con la medicación se está mejor. Esto es un problema para nosotros y nos discriminan por nuestra discapacidad. Yo sé que tengo que aprender a vivir con ella, pero nunca puede ser tu amiga porque con ella puedes llegar a matar a alguien [...] sueño que no estoy en la cárcel [...] yo sé que vine aquí por ella [...] y me asalta el miedo y las paranoias todo el rato. Todo empezó con el alcohol y cuando me hablaban los semáforos y eso [...] pero si no estuviera enfermo yo no estaría aquí adentro. Esta enfermedad es muy mala y te hace ser alguien malo, yo en realidad no soy así [...] no soy yo quien hace esas cosas, lo de robar y eso [...] es la enfermedad quien actúa por mí. No entiendo cómo dicen eso los compañeros, yo siempre me tomo todo lo que tú me das, creo que si sigo así no volveré a hacer nada malo.

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

A pesar de los diferentes discursos de los sujetos, vemos en todos ellos varios elementos comunes como son la vivencia del estigma y el juego relacional que establecen con conceptos médicos hegemónicos como el diagnóstico o los fármacos.

El sujeto no es sólo víctima de una etiquetación, sino que él mismo acaba creyéndose el supuesto diagnóstico y actuando cómo supone se espera de él con el fin de alcanzar diferentes beneficios y evitar sanciones encubiertas, bajo la aplicación de un *tratamiento rehabilitador*. Del mismo modo, en las sociedades que creían en la brujería algunas mujeres confesaban tratos con el diablo y participación en ceremonias brujeriles que sólo existían en la mente calenturienta de los inquisidores para evitar mayores torturas. Ya vimos cómo para Szasz (2005) la bruja y el enfermo mental son construcciones de los manuales de caza de brujas y de la psiquiatría respectivamente.

Llevo ya muchos años aquí dentro y todo el rato es lo mismo: [...] que si no te damos el permiso porque no estás bien, que si estás mal, que si lo otro [...] Yo creo que si me hago el loco aquí dentro me dejarán salir antes ¿no? como estás loco pues te dejan irte a tu casa antes. Yo siempre hago como que sí [risas] (me dice siempre a solas), pero tú no digas nada porque se descubriría todo el pastel [risas]

(Niko, 28 años, 10 años en la institución)

Niko tiene una condena de 22 años y sabe que si no asume los diagnósticos y las terapias del sistema, tardará mucho más tiempo en salir de permiso. Su prioridad es salir y disfrutar algo de libertad en la calle y no le supone ninguna dificultad el aceptar cualquier diagnóstico que le proponamos, en una estrategia utilitarista frente al sistema. Como veremos más adelante a Niko le cuesta mucho aceptar las normas de régimen interno que no duda en saltarse cuando así él lo cree conveniente. Considera que la aceptación simulada del discurso institucional, le faculta para sacar el máximo beneficio del sistema, obviando el poder regimental. A pesar que Niko no ha conseguido aún ningún permiso, el no cesa en su empeño estratégico de *admitir* nuestros diagnósticos.

En otras ocasiones los sujetos deciden enfrentarse al discurso biomédico, aun conociendo las consecuencias de su decisión. Así Sergio, decide un día no tomarse más la medicación y refiere encontrarse mucho mejor desde entonces. Viene a verme a la consulta médica y le propongo no seguir con ella unos días más para observar que ocurre y si ha mejorado realmente desde que abandonó la medicación. Sergio no entiende cómo el sistema le puede ofrecer otra alternativa diferente a lo que él supone que se espera de él:

Vengo a que me pongas otra vez la medicación que me dejé. Yo la verdad que me encuentro mucho mejor, más despierto y puedo pensar mejor las cosas, pero como tú siempre me dices que debo tomármela [...] pues vengo a que me la pongas, he decidido que es mejor para mí tomármela.

Cuando le digo que mejor esperamos unos días a ver si sigue mejor, me contesta:

¿Pero no vas a intentar convencerme como siempre haces?

A lo que yo le contesto que si para él es más importante pensar con claridad, aunque este más nervioso, me parece bien probar unos días sin ella: “es cuestión de prioridades y eso lo debes de decidir tú”, le señalo.

Bueno vale pues si tú lo dices [...] no me la pongas.

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

La cara de perplejidad de Sergio, dura unos cuantos segundos y duda en creerse mi propuesta. Desde pequeño le han obligado a tomarse la medicación para la hiperactividad, pero no ha conseguido controlar su impulsividad ni su falta de atención. Al cederle la

responsabilidad de decidir sobre su propio *cuerpo* y aprender a observarlo y desligarse de los dictámenes médicos, no comprende muy bien que se espera de él. Sergio prefiere disponerse en la obediencia de la norma ante el sistema, aunque esté en contra de ella. Sus experiencias con el padecimiento han sido pues construidas en base a un cimentado discurso médico del que le cuesta desligarse.

Por otra parte, vemos cómo el lenguaje científico funciona a modo de extensión hegemónica que va siendo acatada por los diferentes sistemas sociopolíticos y legitimada por todos ellos independientemente de su ideología. Los *expertos* de la medicina interfieren en el sistema jurídico, recomendando internamientos con el objetivo de mantener el orden social.

Estoy leyendo un libro de psiquiatría, criminología y forense. Mis neurotransmisores emiten frecuencias y me las pusieron por orden judicial [...] Nunca se está bien de la esquizofrenia pero se puede controlar lo que está bien y lo que está mal, lo que es realidad de lo que no es, lo que te dice el juez que debe pensar tu cabeza [...]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Jony suele estar muy atento en las reuniones del *recinto* y le gusta ponerse a mi lado y preguntar cosas acerca de la enfermedad. Pregunta sobre palabras que no conoce y que no intenta comprender desde significados biomédicos, sino desde un entendimiento mágico de los sucesos. Así interpreta que las sustancias bioquímicas tienen poderes inexistentes y que es el juez quién se las suministra. Vemos entonces esa imbricación entre los poderes judiciales y los médicos como un poder indivisible, tan usual en los internos. En el siguiente ejemplo Alberto señala a lo que me refiero sobre ésta superposición de saberes:

Yo sólo me tomo las pastillas porque me las ha puesto el juez [...] bueno también un poco por ti, aunque ya me he habituado a ellas [...] desde que me las tomo barro el patio, doy cosas a los demás y lo hago todo bien y ya no pienso cosas raras de mis dibujos y eso [...]

(Alberto, 32 años, 7 en la institución)

José por su parte se apropia del lenguaje científico, al dotarle de significados propios que explican sus vivencias con el malestar:

He aprendido la palabra esquizofrenia, esquizocuerpo, esquizomente [...] los componentes del potasio, los focos infecciosos del Akineton⁵⁶. ¡A mí lo único que me va bien para poder abrir los ojos es la parfirina (fármaco inventado por él)! Eso es lo único que hace que no me pelee [...]

⁵⁶ Medicamento que se utiliza para contrarrestar los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos.

(José, 38 años, 4 años en la institución)

Para José no tiene ninguna importancia el significado atribuido a las palabras científicas. Su propia interpretación de ellas es lo que da sentido a su narrativa. Aun no siendo posible que un fármaco tenga un foco infeccioso o que exista la “parfirina”, él les dota de un significado propio hasta el punto de estructurar un delirio corporal sobre un medicamento inexistente “no puedo abrir los ojos sin él”, te suele decir en la consulta médica mientras mantiene los ojos bien abiertos.

Sin embargo los individuos no suelen apropiarse tan solo del lenguaje biomédico sino también de los territorios terapéuticos. Así Carlos en una reunión del mes de diciembre en el *recinto*, me pide que le ingrese en el módulo de enfermería porque allí se encuentra más tranquilo:

Me han puesto otros cuatro años más de condena y me gustaría que me llevaras a la enfermería por lo menos un año. Si estoy un año allí estaré más tranquilo y podré cumplir los otros 3 años más relajado. Me gusta estar solo en mi habitación, no me gusta mucho la gente. La medicación me la tomo porque me quita la esquizofrenia y se van las paranoias [...] los monstruos se van [...] Yo ya sé que la medicación no me la puedo dejar porque me empeoro mucho. Yo creo que la enfermería es nuestro sitio ¿no? donde deberíamos estar [...] para eso estamos locos ¿no? En el módulo me agobio mucho y en navidad tengo muchas voces que me hablan de muertos [...] ¡de los muertos de navidad!

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

Carlos se siente seguro en el entorno médico, le da confianza y el tomarse la medicación le aporta tranquilidad. Esa seguridad en realidad está creada por el empeño que él persigue insistentemente desde que entró en prisión, de alejarse del resto de compañeros. Le gusta estar solo con sus ensoñaciones y en el departamento de enfermería, al contrario que en los otros módulos excepto aislamiento, pueden estar solos en una celda si no hay demasiados internos en el módulo en ese momento. Carlos, al igual que otros muchos internos, encuentra *su* espacio en el entorno terapéutico dentro de la prisión más como un refugio improvisado que como una aceptación terapéutica. Vemos de nuevo una lógica utilitarista en los individuos que intentan sacar el mayor beneficio a su diagnóstico.

En el mismo sentido, Antonio expresa su bienestar al estar en el módulo de enfermería:

En la calle era mucho peor [...] allí no me controlaba nadie. Mis padres no me llevaban al médico porque decían que yo no estaba enfermo “esto te pasa por la droga” me decían. Ellos no entienden

mi enfermedad, pero yo no soy normal [...] a mí las medicinas no me gustan nada, pero sé que me hacen falta ¿ves? Desde que me has traído a la enfermería, duermo mejor, como mejor, no veo cosas raras [...] por eso sé que estoy enfermo, porque cuando me cuidas me pongo bien.

(Antonio, 45 años 13 en la institución)

Antonio encuentra en la enfermería del mismo modo que Carlos, un espacio para la tranquilidad, pero en su caso lo recubre de una necesidad de control que quizás echara de menos en su juventud por parte de sus padres. Al sentirse en muchas ocasiones desprotegido, encuentra en el contexto biomédico el aporte de confianza que necesita para su estabilidad.

Jony expresa la misma necesidad que sus compañeros, hasta el punto de preferir renunciar a los permisos penitenciarios que estar alejado del contexto que le da estabilidad y seguridad:

Ingrésame en la enfermería ¡por favor! Me hace la cabeza: pum, pum, pum No estoy bien pero no tengo el bajón del todo. Me ha dicho uno que no sabe nada que si te pido ingresar en la enfermería ya no me darán ningún permiso [...] pero me dan igual los permisos, tengo que venir, [...] no sé vivir en el módulo.

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Al ser apartado el *enajenado* de la sociedad como parte improductiva y *anormal* de la misma, el sujeto se encuentra abocado a un contexto ideado específicamente para él: el terapéutico, el clínico, el del biopoder de la medicina. A este respecto, hay estudios que muestran que en el proceso de construcción de la esquizofrenia existe un doble juego de papeles: por un lado el desenrolamiento social y, por otro, el enrolamiento clínico (Sue Estroff, 1993).

En éste enrolamiento clínico el sujeto adopta parte del discurso médico cómo hemos visto. En el capítulo de resistencias analizaremos (en referencia a su utilización cómo estrategia colectiva), de que manera este discurso médico también puede estar normatizado, como vemos en la expresión recurrente “tener nervios”. Una gran parte de ellos eluden el diagnóstico psiquiátrico para explicar sus padecimientos desde los “nervios”:

Yo no sé que tengo [...] si no me tomo un café, un cigarro me encuentro mal [...] tengo sueños raros pero a mí me lo han diagnosticado [...] no sé ellos sabrán [...] a lo mejor son mis ataques de nervios [...].

(Juan, 31 años, 3 años en la institución)

Juan adjudica a su malestar la categoría conceptual de “nervios” como expresión de una vivencia subjetiva que sí comprende y contextualiza. Esta contextualización la enmarca Martínez-Hernández (1998) en un carácter colectivo de la expresión, derivado del contexto

social y sus experiencias estigmatizadoras, relaciones terapéuticas y juegos de autolegitimación y deslegitimación entre los sujetos y los poderes hegemónicos. Constituye:

[...] un punto de encuentro comunicativo, pero no por razones causales, sino porque formaba parte del universo simbólico de la red de parentesco y de amistades del afligido que argumentaban “J. está mal de los nervios” o “P. se puso nervioso el otro día” (Martínez, 1998:83).

Sebastián empleaba también la palabra “nervios” para expresar el malestar de un compañero:

Estoy controlando a Jony que se le ha ido un poco la cabeza, está muy nervioso todo el día [...] ha venido del permiso y ha venido desquiciado, se ve que le ha sentado mal el permiso, no sé si habrá consumido algo, yo desde luego no consumo nada, cada uno que haga lo que quiera. A Leo también se le ha ido la cabeza, tiene como unos nervios en la cabeza [...] le quería pegar a Jony, pero cada uno es mayorcito [...] Yo antes también tenía un poco de nervios, pero lo suyo no es normal.

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Sebastián se refiere a los otros desde un cierto punto de superioridad en cuanto a claridad mental y al cumplimiento de las normas se refiere. Sin embargo en referencia a los “nervios” encuentra este espacio de convergencia, donde los diferentes diagnósticos impuestos o las diferentes expresiones sintomáticas carecen de importancia para los *enfermos mentales*, frente a la confluencia y al entendimiento universal de la significación del concepto “nervios”.

8.3 El sobrediagnóstico y su impronta en los *cuerpos*

Hemos visto hasta ahora, cómo los individuos que han atravesado la experiencia del diagnóstico psiquiátrico ubican el eje del problema en el desencaje propio más que en el nombramiento que se hace de él. Frente a esta significación que hacen los sujetos sobre el concepto de la *locura* y la propia vivencia del diagnóstico al que han sido adscritos, se encuentra el punto de vista de los técnicos, de los saberes *expertos*. Los actores sociales interaccionan en la arena de juego, configurando las relaciones sociales y la construcción de categorías por parte de cada grupo de sujetos.

Así, si los internos intentan eludir esa adjudicación diagnóstica para dotar de sentido narrativo su padecimiento, los técnicos persiguen minuciosamente el nombramiento diagnóstico de cualquier comportamiento desviado de la norma, cómo ejemplifico en el siguiente suceso:

Un día de guardia médica me avisa el subdirector de tratamiento para que explore a un interno que está desnudo en el patio del módulo 1 y tiene a los funcionarios y resto de compañeros asustados. Según me comentan los funcionarios el interno está muy alterado en el patio dando voces. Se ha quitado toda su ropa y la ha tirado al patio junto con el resto de sus pertenencias. Permanece allí de pie dando voces con un palo en la mano, con el que intenta apartar a todo el que hace ademán de acercarse.

Cuando lo llamo al departamento de enfermería para explorarlo tal cómo me solicitó el subdirector, viene acompañado de 9 funcionarios que han conseguido ponerle una manta por encima parece que para proteger su intimidad. El interno está asustado e intenta mirar hacia todas las direcciones a la vez, como si se sintiera acorralado. El jefe de servicios, cómo vimos en la página 189, está esperando mi *diagnóstico* para decidir si lo llevan al módulo de aislamiento por alteración de la vida regimental, o se queda en enfermería según mi criterio:

Si está loco no se va a aislamiento, pero cómo solo esté un poco loco [...] se va allí de cabeza.

(jefe de servicios)

En un intento de descontextualizar al interno del sistema y con el fin de crear un espacio en el que pueda recuperar sus verdaderas intenciones y exponer el porqué de su comportamiento, pasamos a un despacho médico donde solo estamos el interno y la médico. Cuando consigue calmarse un poco, me encuentro con la difícil tarea de *diagnosticar* en cuestión de segundos, el comportamiento del interno. En realidad no se trata tanto del tipo de *diagnóstico*, como de dictaminar desde mi posición de *experto* en el sistema, si el interno puede o no ir a aislamiento. El jefe de servicios necesita según el RP el visto bueno de los servicios médicos antes de ingresar a un interno en el módulo de aislamiento por si tuviera alguna enfermedad física o psíquica que le impida dicho régimen de vida.

Afortunadamente para mí conocía al interno de tiempo atrás y no tenía ningún *diagnóstico* psiquiátrico en su historial médico. Una vez que estamos a solas, me cuenta que, al igual que otras veces se han empezado a meter con él por los pantalones vaqueros que lleva, llenos de tachuelas y dibujos de mujeres desnudas. Después los otros internos le han quitado la gorra porque decían que “estaba más sucia que el coño de su madre” y le han tirado su cuaderno de dibujos al suelo. Esta situación le ha creado tanto estrés que ha decidido tirar todas sus cosas, incluida su ropa.

Una vez comprobado que el interno no cumple *critérios diagnósticos* de enfermedad psiquiátrica, el jefe de servicios no puede comprender cómo un interno que ha generado esta

alteración regimental, pueda no estar *loco*. Así que a pesar del resultado de mi exploración deciden no llevarlo a asilamiento e ingresarlo en la enfermería.

Al día siguiente y ante el desacuerdo del equipo con *mi* ausencia de diagnóstico, el equipo del PAIEM le anota al psiquiatra, que tras una entrevista de cinco minutos y sin conocer previamente al interno le *diagnóstica* una enfermedad psiquiátrica y queda como nuevo integrante del PAIEM en el módulo de enfermería para evitar más alteraciones regimentales en el resto de módulos. Una vez allí, y ya *normalizada* la rareza del interno al establecer una relación causal entre la alteración del orden sucedido y una *enfermedad mental*, el interno, ajeno a esta maquinaria, continúa con su habitual *rareza* en la enfermería del centro.

En el módulo el interno ocasiona igualmente nuevas alteraciones. Al comprobar que la mayoría de sus nuevos compañeros son más débiles que él y que ahí nadie se meterá con él porque son igualmente *raros*, monta un provechoso negocio de venta de droga que desestabiliza al resto de internos del departamento de enfermería. Ante la nueva situación de desequilibrio, el equipo del PAIEM vuelve a reclamar mi presencia para que intente solucionar el problema y examinar de nuevo al paciente. Esta vez su deseo es que en la exploración salga libre de cualquier *diagnóstico* psiquiátrico y pueda ser devuelto al módulo conflictivo del que procede.

Una vez más informo que el interno no padece ninguna enfermedad psiquiátrica y es devuelto a su módulo conflictivo de procedencia, esta vez desoyendo el dictamen del psiquiatra en *beneficio* del orden institucional.

Situaciones como éstas, un tanto surrealistas, se producen con tanta frecuencia, cómo alteraciones regimentales ocasionan los internos etiquetados de *raros* o de *locos*.

Dependiendo del informe profesional que convenga a la institución en los diferentes sucesos, el sistema como maquinaria disciplinaria que es, legitimará al técnico que en ese momento sea más afín a sus propósitos.

Así uno de los principales problemas que ocasiona el programa PAIEM sobre los sujetos es la cuestión del sobrediagnóstico. Partiendo de parámetros estrictamente biomédicos y según el manual del DSM V que establece las categorías diagnósticas, los sujetos son clasificados en base a esos criterios. Lo que ocurre con el sobrediagnóstico es que internos que no cumplen estos criterios biomédicos del DSM, son categorizados como tales e incluidos en el PAIEM, en base a un comportamiento *anómalo* para el sistema.

La perversión consiste en que, no es tan solo que no se tengan en cuenta contextos culturales o narrativas vitales a la hora de diagnosticar, sino que avanzando un paso más en la disciplina de la institución se adjudican parámetros biomédicos a sujetos que no los poseen.

Comentarios como éstos son bastante frecuentes en las reuniones del PAIEM:

Ha entrado uno de libertad con un montón de medicación [...] aún no le ha visto el psiquiatra, aunque con la medicación que toma seguro que es PAIEM.

(participante)

Hay uno en la escuela que solo escribe sobre temas esotéricos [...] está fatal [risas] a ese hay que mirarlo para la semana que viene, porque ¡seguro que es PAIEM!

(participante)

Comentan los otros internos que hay un tío muy raro en el patio. La verdad que viste muy raro [...]. Me han enviado un informe de un centro de conductas adictivas de la calle, que pone algo de trastorno [...] ¿doble? bueno no sé algo así, habrá que meterlo en el PAIEM al final.

(participante)

Así, se diagnostica en base a comportamientos *anómalos*, cantidad y tipo de medicación psiquiátrica que reciben, informes previos, exploraciones de corta duración o suma de diagnósticos psiquiátricos de una prisión a otra, entre otros condicionantes desatinados.

Esta observación me lleva de nuevo a replantearme los conceptos de *normalidad* y *anormalidad* en el marco de la cultura y analizar cómo la psiquiatría establece la frontera entre lo *normal* y lo que no lo es.

Sobre el poder de la psiquiatría en este análisis, Comelles (1988) señala que es a partir de la Ilustración que el loco se convierte en enfermo empezando a partir de este momento a configurarse un modelo médico de gestión:

En el terreno de la caracterización científica de los locos, llamados eufemísticamente alienados u orates, los psiquiatras progresivamente pasaron a ocupar el lugar de los expertos que pueden engendrar un discurso administrativamente pertinente acerca de su reubicación en el nuevo modelo de sociedad que se está creando, a partir de una tarea previa de clasificación destinada a establecer, con la mayor precisión posible, los límites entre la locura y la normalidad [...] si bien en el estado español este proceso de psiquiatrización aparece más tarde (Comelles 1988:17-18).

Por otra parte al contrario que al resto de internos a los que se suele prescribir poca medicación psicoactiva, a los internos del PAIEM se les suele recetar mucha más medicación que la estrictamente necesaria para su estabilización. Se tiende a realizar imprevistos cambios de módulos cuando se produce alguna mínima desviación de la norma y se multiplican los diagnósticos sobre el mismo sujeto, ante estas desviaciones.

Por tanto la nosología psiquiátrica es intensamente solicitada por el equipo del PAIEM y por la institución misma. Así los individuos quedan clasificados, ordenados, cosificados y desde esa distancia que crea la nosología actúan sobre *diagnósticos* en vez de sobre individuos, narrativas o padecimientos.

El hecho de escuchar las narrativas, los contextos, los puntos de inflexión o los sufrimientos disfrazados de *locura*, ha provocado que en numerosas ocasiones el equipo del PAIEM haya deslegitimado mi opinión de *experta*, para dar paso a otros *expertos* que concurrieran en sus *empeños*⁵⁷. En una ocasión este afán se materializó en solicitar la visita del psiquiatra hasta en 7 ocasiones, hasta que por fin recibió el *diagnóstico* perseguido.

Pero este anhelo nosológico no ocurre tan sólo en la institución, sino que los familiares insisten lacónicamente en obtener una clasificación de sus familiares, que les permita estereotipar y actuar en consecuencia. Una tarde, Luís me pide que llame a su madre por teléfono y le explique la *enfermedad* que tiene para que le trate bien en la calle:

Mi madre no sabe mucho de lo que me pasa ¿sabes? Ella solo sabe lo de las drogas y eso [...] Yo creo que tú se lo sabrás explicar mejor que yo, y qué tienen que hacer si me da una crisis [...] todo eso que tú me haces [...]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Esa misma noche, cuando su madre llega después de un intenso día de trabajo, consigo hablar con ella:

A mí nunca me han explicado lo que le pasa a Luís, una vez me lo dijo mi ex, porque un médico se lo dijo a él. Me gustaría saber cómo se llama lo que tiene, para saber que hacer con él. Aquí cuando sale de permiso no nos hace ni caso [...] vamos lo que le da la gana [...] y yo le digo: bueno si estás enfermo te lo aguanto pero si no, no. ¿Cómo se llama lo que tiene mi hijo? Creo que decían que tenía esquizofrenia y que tengo que darle unas pastillas siempre ¿no?

(madre de Luís)

La relación de Luís con su madre en los permisos no es demasiado afectuosa, a pesar de ello, él siempre está deseando salir y ver a su familia pero se siente muy incomprendido por ellos. Su madre se queja de que no cumple las normas en casa y no suelen entender las cosas que hace ni porqué las hace y al final acaba encerrado en su cuarto, deseando volver de nuevo a la prisión. Por este motivo Luís mantiene ese interés de que su madre comprenda lo que le pasa. Él quiere que le entienda no desde su *enfermedad*, sino desde sus pensamientos y

⁵⁷ Analizaremos esta cuestión con detenimiento en el siguiente capítulo.

acciones. La madre sin embargo, no encuentra otro camino para entenderle si no es a través del nombramiento de su *enfermedad*. Según su lógica los comportamientos *anómalos* de su hijo son susceptibles de recriminación o castigo, no siendo así si estos comportamientos están significados en una *enfermedad*, priorizando la entidad nosológica a la narrativa.

Igualmente los padres de James, insisten en saber el diagnóstico de su hijo:

Estamos con él de psiquiátrico en psiquiátrico desde pequeño y nunca nadie nos ha dicho qué tenía en realidad. Si por lo menos supiéramos qué enfermedad tiene podríamos ayudarle mejor [...]

(padres de James)

Al contrario que con Luís, la relación de James con sus padres es bastante gratificante, excepto en el mismo sentimiento de incompreensión. James sabe que sus padres lo han visto beber grandes cantidades de alcohol desde pequeño y no comprende cómo no son capaces de entender, que ha sido su biografía la que le llevó a cometer el terrible parricidio. Los padres necesitan que algún sistema ajeno a ellos y embestido de un poder que ellos mismos se cercenan, les diga qué tiene su hijo. Se produce una cesión de la capacidad de significar las acciones de su hijo a los poderes hegemónicos y así liberar su parte de interacción en el conflicto. Es como si James hubiera vivido al margen de ellos y no se hubiera producido ninguna interrelación familiar en la construcción de sus narrativas.

El relato de Richi acerca del empeño de su madre en encontrar un diagnóstico para su hijastro, pone de manifiesto de igual manera, cómo el poder biomédico puede ser usurpado por otros actores sociales, ajenos al grupo hegemónico:

Esa señora me llevaba al médico desde muy joven, 6 años y así y cuando ya no vivía conmigo iba a casa de su supuesta madre, o sea mi abuela y decía: ¡mamá que me lo llevo al médico!, ¡pero si el niño está bien! contestaba mi abuela, ¡no, es para que le hagan una revisión! decía ella y hacía lo que le daba la gana. A los 11 años un psiquiatra le dijo: ¡señora su hijo no está para encerrarlo en un psiquiátrico como usted quiere, su hijo tiene una mente tan elevada y activa que no es para que esté en un sitio de esos, es para que esté en un sitio de estudios! [...] No me acuerdo si el psiquiatra me daba medicación o no, lo que si recuerdo es que una vez me dio y se lo tomó ella en lugar de dármelo a mí. Ella siempre ha estado obsesionada con que me pasaba algo, y sigue estándolo, pero a mí toda la familia me trataba normal. Yo no le puedo decir que si la agresividad es otra clase de esquizofrenia [...] yo no estoy enfermo. Porque si yo estoy hablando de una cosa seria y viene una persona y te cambia la conversación pues cualquier persona coherente [...] pues yo me acelero o cualquier situación que yo vea que se están riendo de mí, pues también me

acelero [...] pero no yo no sé si eso es estar enfermo. Yo a los 16 años me fui de casa y no había vuelto a ir al psiquiatra hasta que llegué aquí. Aquí me lleváis vosotros.

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Para Richi el poder sobre sus padecimientos, lo ha abanderado desde muy niño su madrastra. Según relata, el resto de familiares se mantenían al margen o la dejaban hacer a ella. Vive esta intromisión en su biografía hasta el punto de recordar cómo su madrastra se tomaba *sus* pastillas. Este poder ha marcado la construcción de su narrativa, hasta que tras emanciparse de ella a los 16 años, vuelve a dejarse apresar por el discurso médico al ingresar en prisión. Richi nunca ha sentido que sus propias vivencias fueran escuchadas o tan siquiera contempladas.

La clave la podríamos encontrar en la escucha activa de los padecimientos para trabajar desde el discurso de la persona en su construcción social. Pero para esto es necesario crear un espacio que permita la colaboración de todos los actores sociales en la construcción del saber.

Como dice Pascal Bruckner:

[...] un acto de pensar la historia del sujeto cuya subjetividad ha de ser entendida más allá de los síntomas y que precisa de otro que haga posible la significación de su malestar. Un acto clínico íntimo, de apariencia simple, pero de enorme complejidad subyacente [...] un planteamiento potenciador de los propios recursos y posibilidades del paciente para desarrollar la salud e impedir la enfermedad (Bruckner, 2001:174).

Sin embargo resulta difícil adoptar una actitud de escucha activa para una institución, que considera la relación con los sujetos objetos de su posesión, desprovista de cualquier atisbo de negociación o de construcción conjunta de saberes.

El relato de José es un buen ejemplo de las vivencias por las que transitan los individuos en esta miscelánea de diagnósticos, tratamientos y desatenciones:

La otra vez que me ingresaste en la enfermería era como convulsiones por el neuroléptico, que te notas por dentro cómo que hay alguna cosa, pero era eso, no era nada más [...] pero claro tengo que dar tantas explicaciones [...] que tengo que hacerlo lo más [...] para no caer otra vez en lo mismo [...] porque hay médicos ¡no son todos iguales, eh! que llegan te ponen el cuño y para dentro, te ponen el cuño y para dentro [...] y llegan y te dicen ¿oyes voces? Pues eso la verdad que a mí me da mucha vergüenza ¡sin decirlo yo! [...] es como si usted está con su pareja y le dicen eso [...] pues ¡oye!, ¡pues no! Pues lo dices por una ventana, lo cuchicheas, eso sí [...] ¿Tú

te crees que te pueden recetar algo sin verte casi? ¡Solo etiquetan a las personas y ya está!, ¡ni las miran!, ¡a mí me da mucha vergüenza que pongan en los informes tanto rollo de la esquizofrenia!, ¡bueno ya sabemos que está ahí pero no hace falta decirlo todo el rato! Y el médico también está harto de decir siempre lo mismo y no quiere oír ni eso, y al final se limita a decir ¿oyes voces? No ¿tal? No, bueno pues te voy a poner eso y lo otro [...] y no te dicen bueno pues cuéntame un poco de tu vida, o no se para un poco a pensar, ¡no! de repente ¡toma ese que es muy bueno!, ¡toma el otro que me ha llegado y también es bueno! y ya está. Mi relación con los médicos siempre ha sido mala y luego por la recompensa pues buena, pero yo no la he pedido y ahora estoy bien, la verdad que estoy sano y voy normal [...] pero entonces ¿qué pasa? que luego viene el tema de que él ha estado en un psiquiátrico, de los rodeítos, de la imaginación, de cuchicheos [...] en fin que eso es lo más muerto de todo. Cuando salga de aquí me iré a uno de pago, yo creo que esos no te etiquetan [...] yo a la del psiquiátrico le decía: estoy bien, respiro bien, entra bien el aire y ella [...] no, no estás bien [...] en fin esa no tenía ni idea.

(José, 38 años, 4 años en la institución)

Lo que le sucede a José en su relación con los médicos, guarda relación con esta falta de escucha por parte de los profesionales de la medicina que él vivencia como una falta de interés completo hacia su persona. Se siente estigmatizado por la adjudicación de diagnósticos y tratamientos y no contempla ninguna ventaja en expresar sus emociones o sentimientos, pues sabe que siempre se priorizará el último adelanto médico sobre la conveniencia de utilizar el nuevo fármaco en el sujeto apropiado y en el momento apropiado. Tiene asumido el estigma al que es sometido, hasta el punto de no importarle demasiado ser objeto del mismo, si no lo presencia. El ser objeto de comentarios ofensivos en público le produce tal vergüenza que lo equipara a una sensación de muerte, en un intento de no estar, de no existir, de no brindarles la oportunidad de ser el blanco de sus descréditos.

Cuando José habla de la recompensa se refiere al tratamiento que recibe y que en algunas ocasiones consigue estabilizarle a pesar de los efectos secundarios que le producen y que él los asemeja a la enfermedad misma, cerrando de esta manera el círculo pernicioso al que se ve sometido.

El profesional suele escuchar e interpretar según unos criterios, que derivan de un aprendizaje profesional muy concreto y que determinarán el trato y la atención que recibirá el sujeto. Escuchar atentamente implica saber preguntar y saber facilitar la expresividad del relato, respetando los tiempos de la narración, así como establecer una relación de colaboración en el acto de comunicación (Sue Estroff, 1995) Y esos saberes se adquieren ejercitándolos junto a unos valores indispensables que forman parte de cualquier interacción

social, como son el respeto, la sensibilidad y la empatía en la escucha del sufrimiento ajeno (Arthur Kleinman y Peter Benson, 2004).

La escucha atenta toma relevancia para evitar reincidir en dos de los errores más comunes que se dan en el encuentro clínico: la desautorización casi sistemática de las narrativas de los enfermos (Martínez, 2008) y el escepticismo con el que los médicos reciben tales narrativas fruto de una concepción dominante de la enfermedad como algo meramente biológico, algo que anula toda experiencia de la enfermedad más allá del signo identificable o del síntoma objetivable (Martínez, 2000).

El sobrediagnóstico ineludiblemente conduce a un sobretatamiento que desubica aún más a los individuos que se ven envueltos en una espiral imparable de experiencias biomédicas. Por mucho que el sujeto intente dominar sus palabras o sus gestos, invariablemente acaba por desvelar alguna apariencia, enunciado o disposición que denotan su condición de *loco*.

Como nos recuerda Goffman (2012):

El esfuerzo que hace el enfermo mental por presentarse en forma bien orientada y sin antagonismos en el curso de una consulta que determinará su diagnóstico o su tratamiento, puede malograrse si se introducen pruebas de apatía [...] o se mencionan los amargos comentarios que hizo a su hermano [...] (Goffman, 2012:49).

Esta condición de *loco* constituiría una forma de ser y estar corporalmente en el mundo. James relata como intenta ocultar esos “deslices” para no ser objeto de nuevos tratamientos:

Estoy fatal, no duermo no descanso, estoy muy salido [risas] pero me alegro de verte. Cuando estoy con alguna de vosotras que me tratáis bien, me da un subidón, una alegría [...] pero sabes lo que pasa que esos son sentimientos físicos [...] pero luego os vais y la alegría con vosotras y yo me quedo jodidísimo, jodidísimo, como todo encogido [...] tengo que estar continuamente controlándome. Yo aquí siempre estoy temblando por eso escribo tan mal [...] a veces me da por reír, otros me da por chinarme, otros por arrancarme la cara [...] pero yo nunca cuento nada. Meto las manos en los bolsillos para que no vean que tiemblo. Estos siempre están esperando un desliz para joderte de nuevo ¡Que si tómate esto!, ¡que si tómate lo otro! He aprendido a disimular muy bien aquí dentro. A veces oigo voces pero me callo para que no me carguen con más, pero claro lo que no puede evitar es temblar [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

A pesar de los esfuerzos de James por no dejar traslucir sus experiencias con el sufrimiento, él mismo percibe cómo en el control al que intenta someter su *cuerpo*, se producen fugas involuntarias que significan su condición de *trastornado*. Lo que pretende silenciar en las

palabras se transcribe en su *cuerpo*. Un *cuerpo* que no quiere ser manipulado por los fármacos a los que se ha visto sometido desde su infancia. Para James es prioritario vivir su corporalidad de la *locura* a prescindir de ella en aras de un *cuerpo* normado libre de *excentricidades* y sometido a tratamiento. Él sabe que tiembla, que se encoge, que tartamudea, que no es tan rápido en sus gestos como otros y sabe muy bien que eso le delata y le conduce a la suma de nuevas medicaciones.

Del mismo modo que es precisa la escucha activa para evitar un sobrediagnóstico, lo es también para ajustar los tratamientos de los sujetos, en base a sus prioridades y a sus experiencias. El tratamiento debería estimular la capacidad de buscar el propio orden y en el ámbito de lo social estimular la participación comunitaria real y efectiva para que cada comunidad pueda determinar su propio camino. Estas relaciones son propias de cada singularidad, por lo tanto, a diferencia de la medicina hegemónica en la que la terapéutica es construida para cada enfermedad, en el nuevo modelo social, se trataría de que la terapéutica fuera creada para cada paciente, gestionando los significados culturales.

Sin embargo, vemos cómo se continúa apremiando a los sujetos para que se reconozcan *enfermos* y adoctrinarlos de paso en la necesidad de seguir minuciosamente nuestras dudosas estrategias de tratamiento.

En la clínica diaria se observa cómo los instrumentos de valoración de las necesidades de los *enfermos mentales* son diseñados en base a las necesidades identificadas por los técnicos. La crítica más radical a este procedimiento, se centra en la idea de que las necesidades que se identifican con estos instrumentos puede que no se correspondan con las necesidades reales de los pacientes (Simon Evans y cols, 2000). Desde esta perspectiva la evaluación de las necesidades de las personas que padecen esquizofrenia deben partir de sus propias experiencias y puntos de vista. Necesidades que, para los *enfermos mentales*, distan considerablemente de la perspectiva de los saberes *expertos*, al no considerar éstos últimos el punto de vista del individuo que sufre, que no es otro, que construirse al margen de estos saberes.

En el comentario de Jony vemos esta discordancia en la identificación de necesidades:

Ya no siento gusto con las chicas. Llevo 15 años pinchándome el Risperdal y no siento gusto con nada. Pero yo pienso en hacer el amor con las mujeres [...] Antes sentía un poco pero ahora me despierto a veces con algún sueño erótico. Puedo tener el placer de una mosca que volara por aquí sin camiseta y me tocara [...] pero el placer de un orgasmo no lo tengo. Desde que me empezó a pasar esto, se lo he comentado a los psiquiatras, pero hacen como si no se enteran, ¡seguro que ellos sí se lo pasan bien! Y ¡oye! Yo prefiero oír alguna voz de vez en cuando pero sentir con las

chicas. Les pongo excusas como hacéis vosotras ¡me duele la cabeza!, [risas] pero eso siempre [...] Sí tú me bajas la medicación un poco antes del permiso, me funcionará [risas]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Para Jony que tiene una novia en la calle y que le preocupa que le pueda abandonar porque se reconoce *enfermo mental* ante ella, supone un grave problema el tema de su impotencia sexual. Como hemos visto, Jony se sitúa en los parámetros de la *anormalidad*, según el discurso médico aprendido en su narrativa, pero sus relaciones sexuales entran en el campo de sus vivencias cotidianas y objetivas. Éstas se ven señaladas como *anómalas* también, pero desde su propia experiencia ajena al discurso médico. Su prioridad se sitúa en la posibilidad de mantener una relación sexual satisfactoria con su pareja, ya que la vivencia de las voces tan valorada por los profesionales, forma parte de su experiencias cotidiana, y como tal está asumida en su acepción del mundo. Para Jony las voces dejan de ser un problema ante la ausencia de placer sexual y el posible abandono por parte de su pareja.

De este modo el tratamiento impuesto por los profesionales pasa a constituir un fenómeno que impacta en la corporalidad del sujeto hasta el punto de imposibilitar su despliegue Correa-Urquiza (2009).

Los sujetos viven este sobretratamiento como una imposición más de la sociedad disciplinaria en la que se construyen:

Yo en el psiquiátrico sí que tomaba mucha medicación [...] me gustaría que me quitaras el antidepresivo porque yo no estoy deprimido ni nada [...] y vosotros siempre hacéis igual. Siempre he estado con mucha más medicación, si lo hubieras visto antes hubieras dicho: ¡El Richi está muy bien porque no le estamos dando nada ahora! Yo cuanto menos medicación tome mejor, solo necesito algo para estar estable y tranquilo. El Risperdal ese me deja como parado, pero me lo tomo porque me obligáis ¡que manía tenéis!

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Richi entiende que no tiene nada que opinar sobre la medicación que le administramos y lo vive con una resignación obligada. De hecho, agradece no estar en el hospital psiquiátrico donde recibía mucho más tratamiento. A pesar de que intenta negociar su toma, lo hace desde un lábil discurso que está preparado para una réplica que deja lugar para los acuerdos.

Mario, pretende del mismo modo pactar un tratamiento que sabe de antemano que no logrará:

Quiero que me quiten el tratamiento porque me hace empeorar, se me tuerce el cuello, las piernas me hacen, pim, pim pim, es como si mi cabeza estuviera mal cuando me lo tomo [...] pero

vosotros siempre hacéis lo que queréis. Una vez me pincharon 5 veces seguidas y me dejaron tirao [...] no pude hacer nada [...], pero yo no soy un niño o un tonto para que me digáis lo que tengo que tomar.

(Mario, 52 años, 8 años en la institución)

Mario se siente desprovisto de cualquier capacidad para decidir que le va bien a su padecer e intenta mostrarnos los efectos que le produce la medicación, sintiéndose minusvalorado por el poder de los *expertos* que conquistan su *cuerpo*.

Leo al igual que sus compañeros aspira a revelarse al sometimiento que padece su *cuerpo* en esa lucha contra la hegemonía que paraliza su capacidad de acción. Un día estando de guardia me avisan porque Leo está realmente enfurecido en el comedor y ha pintado en las paredes dibujos indescifrables con una pintura roja brillante:

No sé porqué me llamas [...] yo no he pedido ver al médico para nada, solo quiero que me dejéis en paz, yo no estoy mal, lo que pasa es que me enfado porque tengo mucho odio, mucho [...] vivir aquí es terrible en una celda de tres por cuatro y lo único que me da la vida en la prisión es la música y no me dejan ponerla [...] Ahora tu vienes, me pinchas, me callas y ya está, ¡siempre lo mismo!, ¡dejarme en paz de una vez!, ¡solo quiero pintar!, ¿está prohibido también pintar?

(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

En el uso del color rojo para la expresión de sus emociones, es donde Leo encuentra su capacidad de comunicar su sufrimiento. Mientras muestra su irritación y frustración en la entrevista, araña sus brazos de manera insistente a la par que sujeta con fuerza una bolsa verde que siempre le acompaña. Más tarde me enteraré que lleva en ella su colección de CDs que no le permiten poner por ser muy estridente y su caja de lápices de colores donde predominan los rojos y naranjas. Leo guarda una vida, que no se le permite ser expresada, en una bolsa de color verde, dotando a su posesión del verdadero significado de su existencia.

Vemos cómo el proceso de interacción está desprovisto de un diálogo y una empatía que impide llegar a un acuerdo entre los saberes *expertos* y la experiencia subjetiva del sujeto. Sería la comprensión de los relatos de los individuos, lo que podría proporcionar una estabilidad al proceso del padecimiento, que por otra parte está construido en base a esos saberes. La significación del sufrimiento recuperaría la capacidad de construcción de los sujetos, desde sus propias experiencias.

Tristemente no podemos olvidar cómo dice Martínez-Hernández (1998), que en la mayoría de las ocasiones el fin de la terapia consiste en la modificación del *sin sentido común*.

La primera vez que fui al médico tenía 21 años y me llevaron los seguratas al hospital [...] tenía un brote psicótico, esquizofrenia de esa, estuve cuatro meses y la médica me decía ¡hasta que no me digas quién eres no vas a salir de aquí! yo veía ratas, me creía otra persona [...] algo así como una virgen, veía guerreros que venían de otro mundo y venían a por mí. Yo creo que vivo como en el futuro [risas]. Yo he visto muchas cosas ¡he visto hasta el mundo desplomarse! Iba solo siempre con pinta de loco. Yo iba al médico y me daba pastillas [...] con el Risperdal lo pasaba muy mal se me quedaba el cuello torcido [...] a mí madre le pasaba lo mismo y también se reía sola cómo yo. La primera vez que la vi reírse sola me asusté mucho [...] Luego me llevaron a un espiritista para que me quitaran la enfermedad. Tengo algo ahí en la cabeza [...] El Risperdal me quitaba las voces, pero te dejaba un poco [...] las voces me obligan a chinarme ¡Hazlo! ¡Hazlo! ¡Hazlo! También tenía que proteger las paredes [...] no sé muy extraño todo lo que vivía.

(Ramón, 39 años, 9 años en la institución)

Ramón habla de experiencias pasadas, desde una biografía donde resuena un discurso médico aprendido que sin embargo, no consigue anular su propio ámbito de significaciones. La particular visión cosmológica y un tanto catastrofista del mundo que le rodea, le ha acompañado a lo largo de su existencia *a pesar* de los tratamientos prescritos. Y no es tanto que Ramón se revele contra las indicaciones y adscripciones médicas, como que las ignora. Reconoce que el tratamiento le despeja las voces molestas que le increpan, pero por otra parte no desea que le anulen su peculiar manera de ver el mundo.

Tanto el espacio de los saberes *expertos* como el de los saberes populares son irrelevantes para Ramón a la hora de rectificar la interpretación de sus vivencias. Así, la referencia acerca de cuándo le llevaron a un curandero, la hace de pasada sin darle ninguna importancia, como si de otro *tratamiento* más se tratara.

Richi, nos insiste una vez más en la inexistencia de *su enfermedad* y en la súplica para que no continuemos interviniendo con tratamientos, en una narrativa que continúa intentando forjar al margen de los discursos del *sentido común*:

Yo no estoy desquiciao, lo ordeno todo muy bien y hago lo que me decís [...] yo tengo una boa amaestrada en Marruecos y si me tomo el Risperdal la boa se va a escapar [...] ¡no me digáis más lo del pinchazo, por favor!

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Por su parte Luís ensaya un intento de aceptación del *sentido común*, que finalmente acaba derrocado por su propio sentido de la *sin razón*. Luís se encuentra ingresado en la enfermería a raíz de una descompensación en la que piensa que hay un grupo de funcionarios que lo

quieren matar. Es norma en la prisión, ante una descompensación de un interno del PAIEM, ingresarlo en el departamento de enfermería, con el fin de evitar alteraciones en la vida regimental de la institución. Un día lo llamo a la consulta médica para que me cuente lo sucedido:

[...] a mí me pasó algo, yo no sé que fue pero me pasó algo. Me levanté por la mañana con la boca llena de sangre y, con perdón, escupí en el váter la sangre. Yo no tengo ni idea porqué los funcionarios querían hacerme daño. Lo de que me querían matar reconozco que era una paranoia [...] me la he quitado con mi cabeza, vosotros no habéis hecho nada, solo yo me la he quitado y prefiero que no me pinchéis más. Llamé al director y le dije que en el juicio que les había puesto por intento de asesinato, declararí que había sido todo una paranoia [...] pero tú y yo sabemos que no es una paranoia y que siguen queriendo matarme [...] pero ahora cómo están tranquilos porque yo estoy en la enfermería y no pueden hacerme nada [...] pues igual se olvidan.

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Luís había intentado en varias ocasiones, explicarnos cómo estaban intentando matarle y ante nuestra incredulidad, desembocó en una grave desestabilización. Tenía miedo, mucho miedo porque se sentía desprotegido en el módulo. Una vez fue ingresado en enfermería se sintió más seguro y comenzó a analizar lo sucedido. Luís realiza serios intentos por dar algo de luz a un hecho que para él es incomprensible. El cree que no existe ninguna razón para matarlo y que aun así lo han intentado o ¿no? Mientras se debate en esa compleja duda, los saberes *expertos*, nos encargamos de conducirlo al mundo de la *razón*, y aumentamos en gran medida su medicación habitual, que finalmente no consigue remitirle de nuevo al *sentido común*. Para mí fue tremendamente esclarecedor el guiño que me brindó a la par que me confesaba, como los dos sabíamos, que continuaban intentando matarle, incluyéndome honrosamente para mí, en el mundo de su *sin razón*.

Martínez lo expone de forma tremendamente esclarecedora:

La modificación de este sinsentido es el objetivo fundamental, aunque tácito, de la mayoría de los dispositivos encargados del tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia. Estos recursos actúan como auténticas escuelas de sentido común que tratan de recomponer, en la lógica del afectado, el aura de factualidad de las acciones y representaciones sociales para que se conviertan en actores solventes. No se trata de que desarrollen algún tipo de visión crítica o reflexiva, sino de que asuman y participen de las convecciones sociales más estereotipadas y normatizadas sin cuestionarlas (Martínez, 1998:64).

8.4 Desde el sufrimiento

Hemos visto hasta ahora cómo la nosología psiquiátrica se instala en el conocimiento científico cómo instrumento de poder, cómo los sobrediagnósticos y los sobretreatamientos marcan una impronta en los *cuerpos* y en las narrativas de los individuos, y cómo los sujetos implicados entienden y viven su propia *locura*. No obstante, no debemos olvidar, que los análisis y reflexiones anteriores, convergen y se sustentan en un patente sufrimiento por parte de los sujetos. Este modo diferente de estar en el mundo, no hace referencia en exclusiva a esa genialidad a veces atribuida, sino que conlleva en muchas ocasiones angustia y sufrimiento para las personas. Este sufrimiento puede convertirse en la única manera de relacionarse con el mundo.

El hecho de negar el estigma de la *locura*, no la convierte a *ésta* en el cimienta de sujetos graciosos, imaginativos, creativos o interesantes a los que envidiar por la frescura de sus pensamientos y exposiciones al margen de la norma. Estaríamos construyendo un nuevo estigma al etiquetarlos como sujetos felices en su *sin razón*.

James, me ayudaba a entender la complicada experiencia de una mente atrapada en un sistema donde no desea permanecer. Me dirigió una carta en sobre cerrado que tituló: “cosas que se saben de mí y cosas que no” y en la que me señalaba que la escribía como un ejemplo de cómo lo pasaba normalmente, aunque me advertía que los síntomas eran cambiantes y que cada día traía nuevas señales:

En general cuando hace frío parece tener un efecto calmante en mi cuerpo y entonces la tensión y energía agresiva pegan un bajón y me siento cansado, depresivo y con pensamientos de suicidio constante. Cuanto más cambia el tiempo más duro es el cambio de humor. También viceversa, cuando hace calor, soy agresivo, confuso, entre realidad e imaginación, por ejemplo, creo cosas que han pasado y aparentemente es que no. La vista es muchas veces muy borroso y suelo mantener los ojos bajados y ocultos, a veces hacer mirar pa qué, pa intentar hacer alguna imagen clara de la mezcla de colores, haciendo que parezco paranoico y a veces provocando paranoia y confusión. Mis oídos siempre han sido mi sentido más fiable. Oigo cosas que otras personas no pueden escuchar, pero a veces oigo tantas voces en mi cabeza que no puedo escuchar el mundo físico, por ejemplo veo personas mirándome y moviendo los labios pero no puedo oír lo que me dicen. Mi memoria me causa mucho más dolor y confusión. En la mayoría de los casos no puedo fiar de mis recuerdos, ya que van y vienen como quieren, esto me confunde, porque en un momento dado, me llega un recuerdo del pasado lejano, pero aparentemente, como dentro de un mes o dentro de un año, le recuerdo de otra manera, por lo tanto quiere decir que en una versión o otra del recuerdo, o bien las dos versiones estoy creando una ilusión. Este fallo me causa mucha

tristeza y dolor porque toda la vida que llevo, puede ser o no ser la verdad. Eso parece ser una realidad ajena, pero que es completamente real para mí. Así que no sé lo que es real y lo que no lo es, es como vivir en un sueño o en una pesadilla. Siempre me siento solo, no soy uno de ellos o uno de vosotros, ni nadie. Soy una bestia completamente nueva, un organismo complicado que nunca comprenderán y yo tampoco a ellos. Aun así, os respeto y pienso que podríamos aprender unos de otros. Pero que no es así. He estado vagando por este mundo, en busca de un amigo verdadero, pero no existe tal cosa, tan solo nos necesitamos mutuamente por obligación. He estado maltratado por muchísimas personas, nadie sabe lo que soy y yo tampoco. Aunque soy un asesino sigo sintiéndome superior, como que he adelantado a vosotros en años, pero lo que he visto aquí me ha destrozado. En la duración de un día veo tantas cosas que pasan, que por lo que sean se marcan en la memoria: alguien se cae (grabado), cae agua de un vaso (grabado) un pájaro vuela de alto a bajo (grabado). Después estas cosas vienen a la cabeza de forma aleatoria, causándome confusión y dejándome pensando porqué son estas cosas tan importantes que me tienen que ocupar espacio en mi memoria activa que se necesita para otras cosas. Luego suelen pasar cosas raras durante el día y voy a la máquina del café y está rota: frustración. Y pienso ¿ves? el pájaro vuela de alto a bajo ya tendría su café, ¿no sería precioso? Y entonces va el pájaro y se ríe de buena gana o contesta el otro aburrido: es por la caída del agua. O se cae un gancho (grabado) y luego me lo encuentro y significa que tendré carta de mi madre. He borrado de mi vida la posibilidad de hacer ejercicio por la sospecha de un desequilibrio de químicos u hormonas. Mientras me voy haciendo más fuerte físicamente, los impulsos hacen igual y todo lo fuerte de mi cuerpo sufre en mi cabeza, por lo tanto intento estar lo más flaco y débil posible. Mis impulsos no pueden volver a salir y tengo que evitar a toda costa. Cuando me falta confianza llego a ser muy tímido, auto-consciente, paranoico, sentirme solo, hasta el punto de temblar sin control y parecer hecho un desastre. Es importante ver una sonrisa sincera, unos ojos incluidos es importante para mí o me escondo dentro de mí y empiezo a ser un poco rarito. Estoy destrozado, mi carácter se refleja de manera agresivo-compulsivo, totalmente absurdo y chulo. Una cosa que me odio de mí mismo es la ñoñería con las voces ¡toma ya memoria basura inútil!, ¡te he utilizado por una puta vez! Y luego está el plan: suicidio permanente, siempre quiero morir por lo tanto hay un plan o hasta tres apaleando por ahí que suelen ser venenos tóxicos.

(James, 28 años, 8 años en la institución)

James identifica a la perfección su malestar físico y psíquico al igual que distingue su *cuerpo* de su *alma*, pero ambos confluyen en la palabra sufrimiento. En el discurso deshilachado de su carta vemos cómo el hilo conductor es la pesadumbre que le producen sus pensamientos y sensaciones. James no quiere vivir y a diario lucha con esa dicotomía entre rendirse a sus deseos o no defraudar a lo que supone, que la sociedad espera de él. El mundo interno de

James, no se encuentra en concordancia con el mudo externo de la realidad objetiva, y el ser consciente de esto le produce un intenso dolor.

Se opera una desintegración de los individuos mediante la objetivación de la realidad externa por un lado y la subjetividad con la que es vivida esa realidad por el otro, proceso que mantiene una relación jerárquica entre los sujetos y el sistema que los contiene, corregida y ajustada por la construcción de lo objetivable.

Suele ser muy común entre los integrantes del PAIEM el hecho de expresar a través de escritos, poesías y cartas, su profundo dolor. Reflexiones surgidas de la experiencia subjetiva del sufrimiento:

Me gusta estar solo, prefiero una isla, una isla sin medicación [...] sería Tarzán. A la isla con mi isla, con mi música, con mi porro, sin agobios de gente. Me gustan mis voces [...] a veces me hacen compañía. En mi isla tan solo necesitaría mis voces y yo.

(Pablo, 41 años, 19 en la institución)

La soledad a la que se los somete en ocasiones, puede ser buscada en otras muchas. Según relatan los sujetos, a veces son preferibles las voces anónimas en sus cabezas que esa soledad imperturbable. Se sienten solos desde su propia construcción narrativa y desde la persecución incansable del sistema para *extraviarlos* en el mundo de la *razón*.

Según la propuesta de Good y Good (1981), el padecimiento se convierte en una experiencia con significado para cada individuo dentro de la red de significados inherente a cada cultura en particular.

Por otra parte Good, en su análisis de las relaciones entre el sufrimiento humano, las representaciones culturales, el lenguaje médico y el poder, plantea cómo el objetivo es mostrar las potencialidades de una mirada interpretativa en el análisis de las relaciones entre la subjetividad y la cultura. Una aproximación, eso sí, que tiene en cuenta que no todo es explicable a partir de la idea del significado, pues éste no deja de ser una condensación de mundos morales, relaciones de poder, realidades de opresión, formas estéticas y desigualdades sociales, entre otros muchos factores. Para Good el sufrimiento humano es una forma de experiencia que mueve a la elaboración de narrativas cuya función es remodelar la realidad y afrontar lo inesperado o lo problemático. Las narrativas del dolor, sin embargo, se enfrentan a la limitación de las formas simbólicas para dar cuenta de experiencias que involucran sensaciones corporales y sentimientos.

Por su parte Arthur Kleinman (1980) define los conceptos de enfermedad (*disease*), en referencia al modelo biológico, como una alteración o disfunción de órganos o sistemas. El

padecimiento o *illness* es una categoría que incorpora la experiencia y la percepción y malestar (*sickness*), cómo producto de la relación de los anteriores. El malestar sería la suma de la enfermedad y el padecimiento, resaltando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. Este autor afirma que enfermedad y padecimiento son socialmente construidos. El padecimiento es la vía por la cual el hombre enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. Así el malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción.

Queda patente en mi observación cómo los individuos construyen su sufrimiento mediante un proceso que unifica los padecimientos en su infancia, la violencia del discurso biomédico en sus *cuerpos* y la violencia estructural de la institución sobre sus *almas*.

Por otra parte considero que a lo largo de toda la etnografía se deja entrever en múltiples manifestaciones de los sujetos, el sufrimiento cómo base estructurante de la construcción de sus narrativas.





IX

LA CHARLA DE LA INSTITUCIÓN

Yo me he criado prácticamente con mi madre porque mi padre era patrón de barco y siempre estaba viajando. Yo con mi madre siempre he tenido un aspecto chocante aparte que tenía la cosa esta de coger cosas que no eran mías [...] nací con esto de pequeñito, con ese defecto [...] tenía la mano larga de nacimiento. Le cogía veinte duros a mí madre del bolso y pues siempre estaba regañao y a malas y eso y siempre chocaba con mi madre. Con mi padre bien, cuando venía a Málaga me llevaba a pasear y eso [...] y luego ya pasé a estudiar a Málaga en un internado que se llamaba el Campillo y luego en otro internado de Murcia, el Pilar era. Allí si no aprobabas todo en la semana no te dejaban salir a la discoteca y esas cosas pero estaba bien y cada dos semanas les enviaban a tus padres las notas. A mí me metieron interno porque no estudiaba y con 14 años me dijeron: ¿Tú quieres ir a un colegio que se está muy bien con cine, campos de jockey, campo de fútbol?, ¡también puedes montar a caballo si quieres! Y yo dije ¡pues claro!

Con mi hermana, que era dos años más pequeña siempre me he llevado bien, pero ella sacaba bien y suficiente y yo suspendía y a mí siempre me regañaban y lo llevaba muy mal a raíz de esos regaños y poco a poco me ha venido la esquizofrenia [...] y luego faltó mi padre y [...] es que no sé cómo explicarlo [...] yo fumaba porritos ¿no? Pero es que un día con 5 ó 6 añitos, cuando yo iba en el coche detrás y mi madre y mi padre iban delante yo vi, cómo mi tío les daba una cosa envuelta en un papel de plata [...] a mí entonces no me pareció mal en aquel momento, yo era chiquito, chiquito y nada ¡esto es un chicle! [...] y luego ya recapacitando ¡pues eso! me di cuenta que lo habían probado y eso [...] y claro mi madre siempre, si había algún chico sentado en la calle fumando decía ¡no lo miréis, no lo miréis! Y claro pues siempre me he llevado mal con ella y luego mi padre falleció [...] y me quedé como padre soltero y cogí un poco las riendas a ver si se casaba ya mi hermana y se espabilaba y ella siempre callá, siempre callá, siempre callá. Mi padre me decía ¡Pepe, córtame las uñas! Y yo le decía ¿para eso me quieres?, ¿para cortarte las uñas? Y ahora me doy cuenta de todo [...] pobrecito.

(José, 38 años, 4 años en la institución)

José es precipitado en sus palabras pero no en sus decisiones. Tras su lenguaje algo disperso y acelerado se esconde un sujeto reflexivo que medita detenidamente cada una de sus acciones. Es extremadamente meticuloso a la hora de elegir las diferentes opciones que la vida le ofrece y no suele decidir sin antes analizar las ventajas y desventajas de cada una de sus elecciones. Esta actitud reflexiva, como veremos más adelante, le ha llevado en numerosas ocasiones a enfrentarse con los técnicos de las instituciones, al intentar hacer prevalecer sus elecciones sobre las imposiciones no meditadas, según su opinión, del sistema.

José es alto y no demasiado corpulento con unos ojos oscuros que chispean muchas veces de enojo y otras veces de entusiasmo. Su gran capacidad para analizar el contexto le ocasiona irritación al verse relegado por un sistema que, como vimos, no valora al sujeto por lo que es, sino por lo que representa. Él que observa y escucha tan atentamente, no comprende cómo se pueden tomar decisiones sin encontrarse con el *otro* en sus múltiples facetas. Sin embargo, el enojo que siente en esas ocasiones no ensombrece su vivacidad y sus ganas de vivir.

Es despierto e inteligente y acostumbra a establecer relaciones amistosas con las personas que le rodean. Le gusta ir bien vestido y es sobradamente educado en sus gestos y en sus palabras. Cuando se aceleran sus palabras, suele abrir sus ojos de par en par y ladearse un mechón de su cabello oscuro, en un intento de acompasar su elocuencia. El rictus de su boca, a menudo se muestra crispado por la indignación que le despierta el trato anónimo y deshumanizado que interpreta ha recibido a lo largo de su estancia en prisión.

De los recuerdos de su infancia destaca la mala relación que tenía con su madre. Al contrario que la mayoría de sujetos del PAIEM, José no sufrió maltrato en su infancia ni pertenecía a una familia desestructurada. En su casa, a pesar de las ausencias del padre por motivos de trabajo, había un clima de escucha y entendimiento y cuando habla de los desencuentros con su madre, explica sus propias deficiencias: sus robos, sus malas notas, sus consumos de hachís. Cuando habla de su padre le tiembla algo la voz y los ojos se le nublan un poco, revelando el gran cariño que le tenía. Así al morir el padre se refiere a sí mismo como “padre soltero” y decide tomar las riendas de la familia obviando el apoyo de su madre.

En relación al suceso de consumo de hachís de sus padres, vemos cómo focaliza la acción y el rechazo en la madre, con cierto tono recriminador exculpando a su padre del hecho. Admira el trabajo de su padre y más tarde trabajará en “la mar” como a él le gusta llamarla y esto le proporcionará momentos de estabilidad y conciliación en sus desencuentros con las drogas. Por lo demás José siempre se ha considerado razonablemente feliz, disfrutando tanto de las adversidades como de los buenos momentos.

[...] y la droga pues poco a poco [...] y la chica con la que estaba pues muy bien, muchos besos, yo le entregué todo y me decía que solo yo, que solo yo, pero cuando me iba en el barco con mi tío pues me decían que la habían visto con otro y esas cosas [...] y unos chicos se escondieron detrás y me dijeron ¡no vengas, no vengas! Y entonces vi que se estaban pinchando y como vi que no les pasaba nada pues otro día fui yo. Pero fue culpa mía el que diga que es porque le empujaron y eso, no es verdad lo haces porqué tú quieres. Mi padre me llevaba a centros de toda España, he estado en mogollón, mogollón de centros que me pagaba mi padre. Me gastaba mucho

dinero 15.000 pesetas al día porque yo tenía que consumir las dos cosas juntas (heroína y cocaína) si no, no me gustaba.

Y luego vivieron dos chicos y se llevaron a mi hermana a su casa, porque mi hermana es muy boba, a mí me la ponen y digo que es muy boba [...] pero ¡fíjese usted como es la cosa!, yo para ella era un sinvergüenza. Y sin embargo ellos lo estaban haciendo delante de todo el mundo y eran unos ángeles. Y yo que si esto, que si lo otro [...] Y mi padre sabía que yo me metía en la habitación a drogarme y me llamaba a la puerta a ver que hacía ¡pues si ya lo sabes!

José asume como decisión propia su inicio en el consumo de drogas y no lo vincula a ninguna causa externa. Para él las drogas no han supuesto, ni suponen ningún problema en su cotidianidad, disfrutando de su consumo excepto en los periodos de consumo abusivo. Acepta con normalidad el que su padre le costeara la deshabituación de los tóxicos ya que se sabe estigmatizado en su familia por este hecho, a diferencia de su hermana que parece que su consumo fuera *invisible* para sus padres. A pesar de que José lo sabe, no dice nada, respetando la decisión de su hermana de ocultarlo a la familia.

Y luego ya vino la temporada de oír voces a los 19 años [...] se ve que me dieron algo adulterado [...] bueno antes de las voces me dio el rollo ese que tenemos nosotros de ¡oye me doy la vuelta y me voy! Pues eso me hicieron y yo notaba como si tuviera otra alma dentro de mí, pero que a veces notaba los pechos y todo [...] que era como un programa que te meten de otra persona pero con mi misma cara y todo [...] que era muy incómodo que tenía que ir a casa y todo y quedarme allí sin salir y yo se lo achaco todo a las drogas. Cuando me pasó lo de las voces estuve 10 días con Haloperidol⁵⁸, Artane⁵⁹ y ahí se me fue.

Y entonces mi padre empezó a comportarse que a mí no me gustaba y empezaron lo de los olores tan fuertes y yo no podía [...] en fin hacían cosas raras y me daban Zypresa⁶⁰ pero yo no me lo tomaba porque no quería ¿para qué? Y mi padre empezaba a decirme que no, que no es cierto y llamaba a la policía local. Y si yo me iba a la calle normal sin drogarme ni nada y por ejemplo venía a las once de la noche, mi madre llamaba a la policía y ya estaba el lío formao, que si las voces que si aquello [...] y mi madre decía que lo de las voces no era verdad y ella me quitaba los Tranquimazines⁶¹ para tomárselos ella [...]

Pues son [las voces] como pensamientos pasados, que luego esos razonamientos se vuelven en voz alta, se pasan de ser pensamientos a por dentro oírlo [...] eso es lo que yo quería decir. Todas

⁵⁸ Neuroléptico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

⁵⁹ Medicamento que se utiliza para contrarrestar los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos.

⁶⁰ Neuroléptico indicado para el tratamiento de la esquizofrenia.

⁶¹ Benzodiazepina de acción corta indicada para la ansiedad que es utilizada por los consumidores de drogas como sustancia de abuso.

tenían relación con mi pasado, con cosas pasadas, conversaciones, la hermana de mi novia, lo de los pechos que me daba mucha vergüenza [...]

La primera vez que fui al médico fue con 5 años por puntazos de mi madre, eso de mi madre, que a ver si es más inteligente que todos, que si lo otro, ya me habían operado de no sé de qué a los 3 o 4 años en Barcelona y me daban pastillas de esas que no las tenía nadie [...] El psiquiatra me decía que tenía cinco pensamientos en uno y que si era malo podía ser el más malo de todos y que si era bueno podía ser el más bueno de todos [...] pero lo que nunca he tenido [prolongado silencio] paciencia, paciencia para estar con libros sabiendo que había mujeres, discotecas [...]

Aquí José cuenta algunos de los recuerdos asociados al hecho de ser un *enfermo mental*. No acepta los diagnósticos ni los tratamientos impuestos por el sistema biomédico. Para él las sensaciones que percibe, las califica como *raras*, pero las relaciona claramente con el consumo de drogas y no con el hecho de padecer una *enfermedad*. Su lenguaje algo incoherente, se debe a que José presupone que los demás sabemos de qué habla y entendemos sus omisiones en la concatenación de las frases. Es rápido hablando y vinculando unas ideas que para él, están dotadas del mayor de los sentidos. Observamos cómo tiene un sentimiento de grupo al hacer referencia a “nosotros” en lo que agrupación como *enfermo mental* se refiere.

El discurso médico es sustituido por su propia interpretación de los síntomas que padece. Así las voces las reconoce como un proceso *natural* derivado de sus pensamientos razonados. Para él los sucesos cobran sentido una vez que están procesados por su lógica particular y le produce un gran desconcierto cuándo no es capaz de hacerlo. Así, el hecho de sentir cómo manipulan su *alma* que identifica con un programa que introducen en su cuerpo, le origina una profunda confusión y se siente como una víctima inocente, del estigma que padece en la adjudicación del diagnóstico.

La mala relación con su madre cobra relevancia al acusarla de ser la causa de su primer contacto con la medicina, pero no la adjudica un papel de cuidadora, sino más bien la culpa de integrarle en el sistema médico provocado por su afán de notoriedad. Al igual que Richi y a pesar de que ambos no sienten la necesidad de seguir con el tratamiento que le han prescrito, acusa a su madre de apropiarse de *sus* tratamientos.

Vemos en el relato de José cómo en la reconstrucción narrativa, la experiencia de la *enfermedad* ocupa un lugar central. El enfermo narra los eventos del pasado para, dotar de significado el presente, indagar sobre la causa y el origen de su padecer, justificar sus limitaciones, legitimar su experiencia y redefinir su identidad (Byron Good, 2003).

Cuando salga igual me voy a la marina mercante, pero en el barco no puedo hacer nada de nada porque tengo la paga por drogadicción y en el barco no puedo hacer nada de nada. Si encuentro una pareja guay que las hay [...] entonces si que me buscaré un trabajo [...] porque yo tengo la paga por mar, no en tierra y como también soy soldador y mi tío tiene una pizzería pues también puedo trabajar allí.

Ahora yo ya estoy muy bien con mi hermana, porque es ella la que ahora está con mi madre cómo tenía que haber sido al principio, porque mi madre tiene alzhéimer y yo le digo hazle ejercicios guay [...] ¡mamá esto!, ¡mamá lo otro! Ahora me llevo bien con mi madre [...] y yo me di cuenta de que mi madre no estaba bien [...] y vieron que no eran cosas mías pues la llevaron al médico y eso [...] pero cuando salga a la calle no me iré a vivir con ellas. Tengo un piso en la playa y allí me iré. Yo tengo un hijo con la antigua chica que salía pero que no me lo ha recordao ni nada [...] es moreno [...] Yo lo que tengo que hacer es casarme [...] veo a las parejas por la calle y ¡Jo!, pienso ¡yo quiero eso! Pero ahora estoy fuerte [...] ¡tengo una chica guardada! ¡Siempre tengo en la recámara! Cuando tengo una nueva, voy y le digo a mi médico del SIDA que le explique lo que yo tengo y lo que podemos hacer y eso [...] Lo que pasa es que con las chicas tengo el problema que me dicen: ¡eso no es cierto!, ¡eso es imaginación tuya! Y siempre acabamos mal, como si yo no me diera cuenta de lo que hacen [...]

Cuando habla de sus planes futuros no los relaciona con la *enfermedad mental* a la que le adscribieron. José reconoce su drogadicción y a ella se refiere. Con la viveza que le caracteriza planifica su vida obviando la *enfermedad* y planteando estrategias en referencia a su prestación por minusvalía. Quiere trabajar y se encuentra capacitado para ello, incluso en la marina mercante donde curiosamente le incapacitaron. El hecho de no permitirle trabajar donde él más desea, se suma a la lista de irritaciones que le provoca el rigor de un sistema que José no hace intención de comprender.

El otro tema sobre el que centra su narrativa es su preocupación por encontrar una pareja. La infección por el VIH, que le fue transmitida al consumir drogas por vía parenteral⁶², le hace sentirse inferior en su relación con las chicas. A esto se suma de manera imperceptible su particular visión de los acontecimientos, que no está dispuesto a modificar sino que, al contrario, las certifica al encontrar erróneas el resto de interpretaciones.

Con respecto a su vida en prisión se siente tranquilo ya que le impide el consumo de drogas que sabe que le altera en grandes cantidades de consumo. Debido a su carácter animoso y amistoso se conforma con la disciplina cotidiana y en su particular interpretación de los

⁶² En referencia a la administración de tóxicos por vía endovenosa. El uso de esta vía ocasionó en las primeras etapas de la propagación del VIH, múltiples infecciones entre los drogodependientes al compartir jeringuillas y desconocer la vía de transmisión de dicho virus.

hechos, no ve a los funcionarios como agentes directos del sistema opresor. José los construye como otras víctimas más del sistema, hasta el límite de equipararlos con su propia condición de interno:

El día a día en prisión lo llevo bien [prolongado silencio] y los funcionarios son buenas personas, ¡si es que prácticamente están dentro la mitad de su vida!, o sea son como internos [...] y muchas veces he intentado hablar con ellos y se me han echado tres o cuatro gitanos: ¿tú porqué hablas, o tú porqué dejas de hablar? Pero ya me los he conseguido quitar de encima. Las normas las llevo muy bien, me adapto bien y además creo que es mejor ¡que tengo que bajar a y media y a y cuarto suena!, pues me puede sentar un poco mal, pero mejor. En la prisión estoy mejor porque aquí no tengo mis escapadas con las drogas porque en la calle si estoy aburrido digo ¡me hago unos cigarros de coca y ya está!

José en su relación con los funcionarios, hace su propia interpretación de la categoría de *rango* definida por Foucault, equiparando el rango del personal al de los internos:

En la disciplina los elementos son intercambiables puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie, y por la distancia que lo separa de los otros. La unidad en ella no es, pues, ni el territorio (unidad de dominación), ni el lugar (unidad de residencia) sino el *rango*: el lugar que se ocupa en una clasificación [...] la disciplina individualiza los cuerpos por una localización que no los implanta, pero los distribuye y los hace circular en un sistema de relaciones (Foucault, 2009:149).

A pesar de su aparente docilidad en relación a las normas que marcan su día a día reconoce que la prisión ejerce sobre él una transformación, un ocultamiento de su verdadera identidad que tan solo será capaz de desplegar una vez esté fuera del sistema:

Pero al PAIEM lo siento, pero no voy [...] porque me conozco el final, y sé que tanta charla, tanta charla, te ponen en tu cabeza lo que ellos quieren y pues cuando tenga las puertas abiertas voy a saber explicarme mejor, voy a ver las imágenes desde otro punto de vista y sé que me va a venir mejor en ese aspecto y voy a decir ¡soy Pepe! Lo voy a ver más llevadero todo.

9.1 Un proyecto transformador

La prisión está ligada a un proyecto transformador sobre el colectivo de los *enfermos mentales*, en tanto que se constituye como una institución creadora de poder. Este poder se

despliega como veremos en este capítulo en las actas de las reuniones del PAIEM, en las directrices de la institución, en la obligatoriedad de la pertenencia al programa, en la cotidianidad del sistema, en la homogenización de los sujetos, en la creación de espacios, en la toma de decisiones, en la aplicación de la norma, o en la creación de nuevas necesidades en el grupo de los *enfermos mentales*.

Para Santos Noé Herrera (2008) la institución aparece como ordenadora del caos que debe organizar, proteger y dar seguridad a los individuos en su vida caótica y amenazante. Los sujetos están obligados a cumplir los marcos establecidos porque desviarse de sus reglas, o criticarlas, los llevaría al castigo externo e interno. Cualquiera que amenace el orden establecido en la institución, corre el peligro de ser expulsado del grupo (Lidia Fernández, 1996), aunque en ocasiones se opongan a lo establecido por el sistema (Rene Kaës, 1989).

Para Herrera las instituciones detienen la violencia pero, a la vez la instauran legalmente al utilizar las leyes a su conveniencia. Exigen sacrificios a sus miembros colocándolos en situaciones críticas para la psique del individuo que lo llevan a la angustia y sufrimiento.

Desde la perspectiva de Kaës, existen diversos factores que producen sufrimiento en los actores dentro de la institución.

Sufrimos por el hecho institucional mismo, infaliblemente: en razón de los contratos, pactos, comunidad y acuerdos, inconscientes o no, que nos ligan conscientemente, en una relación asimétrica, desigual, en la que se ejercita necesariamente la distancia entre la exigencia (la restricción pulsional, el sacrificio de los intereses del yo, las trabas al pensamiento) y los beneficios descontados (Kaës 1989:57).

Para Kaës la institución nos estructura y trabajamos con ella relaciones que sostienen nuestra identidad. El origen soberano de la institución le asegura poder, legitimidad y permanencia absoluta. En algunas ocasiones, en la relación asimétrica desigual, el individuo puede sustituir su familia de origen por la familia institucional.

Este posicionamiento contrasta claramente con lo expresado en el preámbulo de la LOGP, donde se proclama la creación de nuevos valores en el individuo con el fin de lograr su reinscripción en la sociedad:

Las prisiones son un mal necesario y, no obstante la indiscutible crisis de las penas de privación de libertad, previsiblemente habrán de seguirlo siendo durante mucho tiempo. Los cambios de las estructuras sociales y de los regímenes políticos determinarán, sin duda, modificaciones esenciales en la concepción y realidad sociológica de la delincuencia; así como en las sanciones legales encaminadas a su prevención y castigo, pero es difícil imaginar el momento en que la

pena de privación de libertad, predominante hoy día en los ordenamientos penales de todos los países, pueda ser sustituida por otra de distinta naturaleza que, evitando los males inherentes a la reclusión, pueda servir en la misma o en mejor medida a las necesidades requeridas por la defensa social. La finalidad fundamental que doctrina y legislación atribuyen en la actualidad a las penas y medidas de privación de libertad es la prevención especial, entendida como reeducación y reinserción social de los condenados, sin perjuicio de prestar atención debida a las finalidades de advertencia e intimidación que la prevención general demanda, y a la proporcionalidad de las penas con la gravedad de los delitos cometidos que el sentido más elemental de la justicia requiere. Al defender en primer término la finalidad resocializadora de la pena, la Ley pretende significar que el penado no es un ser eliminado de la sociedad, sino una persona que continúa formando parte de la misma, incluso como miembro activo, si bien sometido a un particular régimen, motivado por el comportamiento antisocial anterior de aquel y encaminado a preparar su vuelta a la vida libre en las mejores condiciones para ejercitar socialmente su libertad.

La cárcel debe ser una escuela de libertad. Un espacio para que el interno encuentre nuevas motivaciones para vivir en libertad, adquiera nuevos valores, aprenda el respeto que debe a los demás y que le deben a su vez los otros, halle nuevas sendas por las que conducir su vida y a través de las cuales pueda reintegrar a la sociedad, que le ha dado nuevas oportunidades, parte de lo que le sustrajo con su conducta anómala.

La Institución Penitenciaria es una pieza ineludible de la política de seguridad de un país y también de la política de intervención social. Estamos convencidos de que solamente construyendo espacios de tratamiento, reeducación y rehabilitación para aquellas personas que un día cometieron un delito podremos dar respuestas eficaces que incrementen nuestra seguridad y nuestra libertad ciudadana (Ley Orgánica General Penitenciaria Preámbulo /1979).

Contrariamente a lo que proclama la LOGP, Richi no considera que la prisión le haya proporcionado nuevos valores con los que *reconstruir* su vida:

Yo en la cárcel me quedo como más pensativo, pero no pienso nada, como la mente en blanco, y a mí me gusta estar siempre con la mente activa y fresca. Escuché una vez hablar de eso que pasa a través de las enfermedades pero no sé bien que puede ser. Igual de estar tanto tiempo encerrado, tanta prisión y con la misma rutina de si abrir, cerrar, la misma gente en el patio, que si un pequeño roce con un funcionario, cosas de esas. También recordar cosas que te han pasado de pequeño, en casa. A mí la prisión me deja en blanco [...]

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Para Richi la prisión no le aporta ningún valor que más tarde le pueda ayudar en su reinserción social. Siente que le vacía de sus propios valores, de su característico

pensamiento activo. No le proporciona recursos útiles sino que le proporciona una nueva *alma* vacía de contenido. La función rehabilitadora que reza en el preámbulo de la LOGP suele reducirse a la aplicación de la norma y a la evitación de conductas disruptivas intrapenitenciarias.

Las riendas de mi vida las llevo yo [...] pero aquí no me dejáis salir de permiso y no me dejáis mostraros mi verdadera cara [...] la del no delincuente [...] yo soy una persona humana. Ya llevo 7 años dentro y si no me dejáis salir no sabréis si puedo afrontar mi problema. Entre estos muros un día es una vida arrebatada, solo son días grises y toda mi espera es de un gris profundo. El color está en mi sueño porque solo vivo mientras duermo. Aquí nunca te puedes sentir libre, no puedes ser tú, siempre hay alguien que te dice cómo debes ser, siempre hay normas que cumplir, recuentos que pasar, la cama, cacheos [...] siempre que te hacen un cacheo te dejan todo tirao y eso no es necesario ¿no?, ¿te quieren demostrar quién manda? [...] siempre hay que dar explicaciones de lo que haces [...] ¡Fíjate que tontería me dijo su compañero el otro día! Me felicitó porque hace tres años me pidió que dibujara un árbol en un papel y debe ser que no le gustó mucho porque ahora tres años más tarde me pidió lo mismo y esta vez sí que le gustó. Me decía que ahora el árbol estaba bien pintado, bien definido, con las ramas en su sitio y esas cosas. Se ve que solo me habéis enseñado a hacer arbolitos [...]

(Santiago, 32 años, 7 años en la institución)

Santiago reivindica al igual que un gran número de sujetos su condición de persona antes que de preso, pero no se siente valorado como tal, sino como un delincuente más al que no hay que escuchar, al que hay que corregir y transformar para no dejar rastro de su pasado errado. Para él sus días en prisión no cuentan cómo días vividos y experimenta su cautiverio como un periodo descolorido, desprovisto de un sentido que dotará cuando esté de nuevo en libertad. Ha comprendido que si pinta los árboles como la institución juzga que es correcto estará en el *camino* de la reinserción y rehabilitación.

Foucault expone la diferencia que provoca el considerar a los sujetos como delincuentes más allá de los actos en sí mismos, suceso éste que no se produce en el centro:

El delincuente se distingue del infractor por el hecho de que es menos su acto que su vida lo pertinente para caracterizarlo. Si la operación penitenciaria quiere ser una verdadera reeducación ha de totalizar la existencia del delincuente, hacer de la prisión una especie de teatro artificial y coercitivo en el que hay que reproducir aquella de arriba abajo. El castigo penal recae sobre un acto; la técnica punitiva sobre una vida (Foucault, 2009:255).

Para James la vida en prisión tampoco le proporciona ninguna herramienta para su rehabilitación sino que ha terminado *cediendo* su *alma* al sistema en beneficio de su propia estabilidad:

En la calle si estábamos en una discusión podíamos negociarlo, pues yo te doy un poco y tú otro poco, y llegábamos a un acuerdo [...] pero aquí es solo lo que ellos dicen y me quedo con el sentimiento de que no soy nada, que nunca en la vida me han permitido ser yo, porque siempre me han tratado como un discapacitado [...] entonces ¿Qué es lo que pasa? Si no puedo decir que me han provocado esto al 100%, puedo decir que lo han dejado pasar, sabiendo que yo no estoy en mis cabales para pensar que esto me va bien o que esto no me va bien, sin embargo sus decisiones son siempre las menos acertadas para hacerme algo de bien ¡Mi vida ha parado en el 2008! En el momento que entré aquí y yo sé que esto no va a llegar a más que esto. Yo aquí no vivo la vida, la vida me está viviendo a mí ¿Qué ánimo te da que me digan que hasta dentro de 8 años no voy a salir de permiso? Pero bueno aquí estamos hasta que ellos digan [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

Un interno que no pertenece al grupo PAIEM y que comparte celda con Leo un día me explicaba portentosamente lo que, según él, para Leo significaba estar en prisión:

El castigo para Leo es la nota básica que se aplica a quienes claman sus derechos o a quienes no se comportan según la norma y se establece tan a menudo que quién lo aplica con frecuencia termina por acostumbrarse a ello. Es el plano sentimental el que más le duele, que ha bajado su temperatura por debajo de cero que le han congelado el mismísimo alma, haciendo de ésta un trozo de hielo incapaz de sentir un mínimo de compasión.

(Interno que no pertenece al grupo PAIEM)

El mismo Leo me explicaba la transformación que había sufrido desde su entrada en prisión:

Llevo 5 años en prisión y he acumulado tanto odio [...] 70% odio y 30% pensamientos buenos. A pesar de mi aspecto y mis delitos soy una persona humana. Tengo tanto odio [...] no quiero acabar en primer grado [...] estoy muy cansado. Yo era muy buena persona y ayudaba a los demás [...] y aquí no sé qué han hecho conmigo [...] ya no aguanto más esta tensión, no soy capaz de sentir nada [...]

(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

Por su parte Luís se refiere también a esa transformación que la prisión opera en los sujetos al exhibir en su brazo un tatuaje que reza: “la cárcel intenta matar lo malo pero mata lo bueno”.

Esta expresión de Luís me parece que ejemplifica a la perfección a lo que me refiero cuando hablo de la institución como entidad transformadora de los individuos.

En palabras de Foucault: “La penalidad perfecta que atraviesa todos los puntos y controla todos los instantes de las instituciones disciplinarias, compara, diferencia, jerarquiza, homogeniza, excluye. En una palabra *normaliza*” (Foucault, 2009:188).

Este poder transformador sobre los sujetos se puede objetivar en la tendencia homogeneizante del sistema. En el programa PAIEM no se analizan biografías personales, sino que se tiende a agrupar a los *enfermos mentales* como un grupo con características comunes que no atiende a la diversidad ni a las experiencias propias. Para el sistema es más sencillo homogeneizar que distinguir y favorecer capacidades individuales. Esto se puede visualizar a la perfección cuando se acude a la reunión semanal del equipo del PAIEM.

Uno de los asuntos que debe resolverse es la realización del PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación). Como ya vimos los profesionales deben realizar un plan personalizado e individualizado de rehabilitación, con el fin de asignar objetivos, planificar actividades y evaluar a los internos incluidos en el programa. Este plan debe realizarse por todos los profesionales del equipo de manera más detallada por el tutor del interno y queda a la disposición de todos los miembros para su posterior consulta. Se clasifica a los internos en tres niveles según su capacidad de adaptación al centro: nivel uno con ausencia de conductas disruptivas, nivel dos que interfiere parcialmente en el funcionamiento diario del centro y nivel tres con conductas claramente disruptivas. Según la adaptación del interno a las normas del sistema se aplican diferentes medidas de seguimiento y se planifican actividades acordes al sujeto.

El PIR debe enviarse a la DGIIPP de forma trimestral por lo que el miembro más interesado en su realización es el subdirector de tratamiento que es el encargado de enviarlo. Según consta en el Anexo del protocolo del PAIEM se realizan una serie de valoraciones sobre los sujetos como los autocuidados, la autonomía personal, la conciencia de enfermedad, antecedentes de suicidio, heteroagresividad, utilización de los recursos del centro, manejo de situaciones de ansiedad y relaciones interpersonales entre otras.

El subdirector va haciendo las preguntas del PIR y suelen contestar una o dos personas que conocen al interno, el resto no lo conocen y se suman a la opinión de la persona que está respondiendo. Comentarios del tipo: “¿qué os parece es un “uno” o un “dos”?”, “no sé, yo no le conozco”, “¡pon lo que tú quieras!, qué más da lo que pongamos si eso no sirve para nada” acostumbran a ser las respuestas habituales.

A continuación se adjudican objetivos estandarizados que no llegan a desarrollarse ni a evaluarse en la mayoría de las ocasiones. De esta manera se categoriza y homogeniza a los sujetos en una numerología que poco tiene que ver con un estudio pormenorizado de la situación de los individuos. Esta clasificación se realiza de manera irrespetuosa y subjetiva y no habla de sufrimiento, de entendimiento o de conocimientos. Habla sobre la falta de escucha, el desencuentro y la cosificación de los sujetos.

Otra de las cuestiones primordiales que se llevan a cabo en las reuniones es la valoración de los permisos penitenciarios y que ejemplifica otra actitud homogeneizante del sistema. Una vez al mes los internos pasan por la junta previa del PAIEM, cuyos acuerdos son vinculantes para la junta de tratamiento que en última instancia es la que decide la aprobación del permiso penitenciario antes de ser enviado al Juzgado de Vigilancia. En estas ocasiones es un participante el que lleva la voz cantante. Una voz inundada de números, que sabe que sólo entienden los que pertenecen a la junta de tratamiento, lidera la reunión.

La rapidez con la que van siendo valorados los internos es asombrosa: “Luís es un: 32,40, 18” dice un participante, “no un 18 no, es un 24” responde otro, “bueno vale venga rápido le ponemos un 24” concede el primero en su ánimo de ir adelantando. “Carlos: lo mismo que al otro” continúa el primer participante, “de acuerdo vale lo mismo, el siguiente” contesta el resto. “Este es des” apunta un participante “¿cómo? qué significa eso” pregunto apresuradamente en un descuido en el que me dejan meter baza, “es un des” me comentan con desgana “ah” digo yo con el pasmo en mi cara, “es desfavorable” me contesta algún miembro bondadoso. De esta manera van pasando los internos uno tras otro por la valoración de permisos, resultando la mayoría de evaluaciones negativas a su concesión.

Hace tiempo que los miembros que desconocemos esa categoría numérica dejamos de preguntar por su significado ante la falta de explicaciones. Mis intervenciones en estas ocasiones, se limitan a aportar algún dato sobre la mejoría de los síntomas de los sujetos, que no suelen aportar ningún cambio a la decisión tomada por el sistema antes de comenzar la reunión.

Me gustaría señalar hasta qué punto el sistema ejerce esa capacidad transformadora y de acción a partir de la posibilidad que ejerce de incapacitar judicialmente⁶³ a los sujetos. En

⁶³ La incapacitación judicial es un mecanismo jurídico previsto para aquellos casos en que determinadas deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impiden a una persona gobernarse por sí misma, teniendo como objetivo la protección de los intereses y derechos del incapacitado, tanto a nivel personal como patrimonial. Su regulación jurídica se recoge en los artículos 199 y siguientes del Código Civil, y 756 y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

determinados casos en los que la institución considera de forma subjetiva que una persona es “incapaz” solicita al Ministerio Fiscal se le aplique dicha condición. De esta manera el sujeto queda desprovisto de su capacidad de decisión, siendo el Estado el que tomará las resoluciones de ahora en adelante. Se invalidan los saberes del sujeto sin que éstos hayan sufrido merma alguna.

Acostumbra a ser habitual que cuando el sistema, detecta a un interno sin recursos económicos o familiares solicite automáticamente la incapacitación sin preguntar previamente al sujeto sobre la cuestión. En el caso de Carlos es llamativa la oposición del interno ante la solicitud de *su* incapacidad, ya que los sujetos suelen dejarse hacer y no oponen resistencia sobre una cuestión que no alcanzan a comprender y sobre la que no se estila consultarles.

La institución quiere incapacitar a Carlos pues considera que la falta de entendimiento de éste con su familia es motivo suficiente para ello.

Pero existe un problema: se necesita previa a la petición al Ministerio Fiscal, una valoración de discapacidad⁶⁴ al menos del 65%, y Carlos está por debajo de ese porcentaje. A pesar de que yo explico que el interno está capacitado para gobernar su propia vida y que la sintomatología que presenta no le impide tener conocimiento y capacidad de decisión sobre los acontecimientos cotidianos, el sistema insiste en que le haga otro informe “más completo” para poder alcanzar el 65%. Lo primero que hago es comentar con Carlos los propósitos del equipo de técnicos:

[...] después de 11 años solo quiero salir a la calle y ver los parques [...] y ver que pasa por el mundo [...] eso es lo que hago cuando salgo con la pastoral. Mi madre no sé porqué [...] pero la asusto y no quiere que me acerque a ella [...] bueno pues si no quiere no me acerco [...] ya me buscaré yo la vida [...] No sé porqué la trabajadora social me quiere pedir una paga y una incapacidad de esas [...] no sé ella, pero yo soy muy capaz [...] me conozco Alicante al dedillo, mucho mejor que el cura ese [...] no sé porqué andan tan preocupados. Ya le he dicho a la trabajadora esa que yo quiero trabajar, ganarme la vida como los demás [...] puede que esté enfermo como tú dices, pero puedo hacer muchas cosas [...] antes era pintor [...] hasta que me pasó lo de los semáforos [...] y ahora me dicen que si no voy a poder disponer de mi dinero, que si tengo que hacer el resto de mi vida lo que ellos quieran [...] esto es como de locos [...]

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

⁶⁴ La valoración del grado de discapacidad, expresado en porcentaje, se realiza mediante la aplicación de criterios técnicos unificados fijados en el baremo establecido por el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, que regula el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad en la Comunidad. Para solicitar la incapacitación, así como para recibir una pensión no contributiva necesitan alcanzar un porcentaje igual o mayor del 65%.

La relación de Carlos con su madre y hermanas no es demasiado cordial, pues cuando sale de permiso su familia se niega a acogerlo en su casa y debe permanecer el permiso en un piso de acogida que la pastoral penitenciaria tiene dispuesto para estas situaciones. A pesar de ello Carlos quiere ver a su familia y suele acercarse hasta la casa materna llamando insistentemente al telefonillo para que le abran.

Esa actitud asusta a la familia que lo comunica al centro penitenciario y acaban por retirarle los permisos. “Ya le hemos avisado muchas veces que no fuera a casa de su madre, y él ni caso. Pues ahora ya no tiene más permisos” refiere indignado un participante. “Y encima me dice que no quiere una paga”, “¡mira! el que no quiere estar controlado por nadie” “¡qué se habrá creído!, ¡si cualquiera mataría por tener una paga! El sistema es incapaz de entender que el sujeto desee mantener su autonomía y no comprende cómo un *cuero* políticamente doblegado es *capaz* de rechazar la ayuda que tan *gentilmente* se le presta. Así expresa Foucault el papel de la prisión como constructor de *cueros* dóciles:

[...] la evidencia de la prisión se funda también sobre su papel supuesto o exigido, de aparato de transformar los individuos ¿Cómo no sería la prisión inmediatamente aceptada, ya que no hace al encerrar, al corregir, al volver dócil, sino reproducir, aunque que tenga que acentuarlos un poco, todos los mecanismos que se encuentran en el cuerpo social? (Foucault, 2009:235).

Finalmente se recibe el nuevo informe de valoración de discapacidad y no alcanza el 65% necesario para solicitar la incapacitación: “Creo que deberías de dejar de meter esas ideas raras en la cabeza de los internos de qué ellos solos son capaces de manejarse en la vida. Él próximo te lo llevas tú a tú casa” me increpan airadamente en la reunión, al ver que el informe era desfavorable a su propósito.

Mediante este despliegue de poder la institución persigue solicitar la incapacitación de los internos que no tienen recursos socio-laborales, en vez de intentar reintegrarlos en la sociedad como indica la LOGP y dotarlos de herramientas que les permitan reorganizar una biografía seriamente dañada por el sufrimiento y el estigma. Cómo si de un acto de colonialismo se tratara, el sistema decide dominar y aniquilar las individualidades y pasa a tomar el control sobre las vidas de los *enfermos mentales*.

Sin embargo, este soberanía también se reproduce y retroalimenta en la expansión y difusión de las redes de poder en las diferentes instituciones sociales. En el caso de Carlos es el propio sujeto el que *otorga* este poder a los organismos ajenos a la institución:

Pedro me ha quitado los permisos. Dice que no sabe dónde voy y lo que hago [...] ¡qué sabrá él! Dice que no me tomaba bien la medicación y me veía desorientado [...] Si él no estaba conmigo en todo el día. Yo me levantaba, cogía el autobús para fichar en la comisaría y me iba a casa de mi madre [...] él no me ha visto [...] Lo que pasa es que la medicación me sienta peor en la calle porque en la calle tengo que estar despierto para hacer cosas y aquí me tomo la medicación y como no hago nada pues no me mareo.

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

Pedro es el encargado del programa de la pastoral penitenciaria y Carlos piensa en su imaginario de creencias que tiene potestad para retirarle el permiso, sin sospechar que ha sido el centro quién lo ha hecho. Reconoce que estaba algo más alterado pues debía mantenerse activo, pero su razonamiento es sobradamente entendible para todo aquel que se preste a escucharle. Cuando le pregunto qué le dijo a Pedro me contesta: “¡uy!, yo a todo que sí, que tenía razón, ¡total él ya lo tiene todo pensado en su cabeza y no lo va a cambiar!, ¡quería quitarme los permisos y lo ha hecho!”. Vemos cómo el *alma* de Carlos está rendida al poder intra y extrapenitenciario.

Otro ejemplo de extensión de la maquinaria de poder la tenemos en el caso de Andrés, que cómo comentamos en la introducción ante su comportamiento calificado como disruptivo por el sistema, va a ser derivado a un centro de máxima seguridad de la Comunidad al ser puesto en libertad. Al estar tutelado por la Consejería de Bienestar Social, unos días antes de su puesta en libertad, el organismo competente solicitó informes a la prisión sobre el comportamiento del interno. En una reunión del PAIEM se comentó la cuestión: “ya le avisamos que si seguía quemándose el pene, le enviaríamos a un centro de máxima seguridad, así que él ya lo sabía” comenta un participante, dando por zanjado el tema y emitiendo un informe en el que quedaba manifiesto *su* comportamiento *agresivo y provocador*.

Por su parte David que también está tutelado por Bienestar Social, tiene problemas para solucionar diferentes asuntos. El día en que consigue suficiente dinero para comprarse una televisión se encuentra con la dificultad que debe pedir permiso previamente a la Consejería y que ésta le ha pedido permiso a su vez al centro penitenciario, que en un *alarde* punitivo le deniega la compra: “no se está portando bien con tanto chinazo, ¡se queda sin televisión!” comenta un participante.

Pero el problema que más le preocupa a David es que el centro penitenciario no le permite ver a su madre, que está ingresada en una residencia con diagnóstico de esquizofrenia. El sistema no considera *conveniente*, que estando ambos *enfermos* tengan relación y puedan

empeorar al establecer visitas periódicas entre madre e hijo. La institución se erige como dadora de relaciones sociales, sustituyendo las interacciones sociales anteriores a su ingreso (Goffman, 1970).

Así la institución tiene la característica de absorber parte del tiempo y del interés de los internos, y les proporciona en cierto modo un mundo propio. Esta tendencia absorbente y totalizadora esta simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior como explica Goffman (1970).

En la institución penitenciaria, esta característica totalizadora se encuentra definida y dirigida por un exhaustivo aparato disciplinario que la concreta y da sentido. Como decía Luís Pierre Baltard (1829) “esas instituciones completas y austeras” deben ocuparse de todos los aspectos de la vida del individuo. De su educación física, de su aptitud para el trabajo, de su conducta cotidiana, de su actitud moral, de sus disposiciones; la prisión en mayor medida que el resto de instituciones es omnidisciplinaria y su acción sobre el individuo debe ser ininterrumpida con una disciplina incesante (Foucault, 1975).

El conocimiento de las relaciones que se establecen en el interior de la institución tendrán un papel clave a la hora de valorar hasta qué punto se ha producido esa pretendida transformación de la cárcel; de su conceptualización como institución total a su rol rehabilitador y reeducador, ya que como señala Miguel Clemente “la prisión es más que la suma de actividades ocupacionales que dentro de ella se realizan [...] la prisión misma moldea e integra las actividades que se producen dentro de ella” (Clemente 1997:324).

Los integrantes del PAIEM describen así su cotidianidad en prisión y aparentan ser sujetos *adiestrados* por la institución y libres de *almas* propias:

Cada día me levanto, hago la cama, me lavo la cara, desayuno me vuelvo a la habitación porque no quiero saber nada de nadie, porque uno critica a uno, otro critica al otro y no quiero saber nada [...] hablo con los ordenanzas un rato y me voy a mi celda hasta la hora de bajar al patio. Allí hablo con Javier, ¿te acuerdas de Javier que salía con nosotros al PAIEM y decía que no tenía ninguna enfermedad? Pues ha vuelto de conducción y hablo mucho con él. Delante de mí no ha hecho nada, pero cómo un día lo vea drogándose cojo un palo y lo deslomo [...] antes me drogaba porque era joven pero ahora que nadie me diga ninguna cosa de esas, porque me he dado cuenta que yendo mal en tres o cuatro meses estoy aquí otra vez y no quiero. En prisión vivo mucho mejor ¡entre comillas, entre comillas! En la calle no comía y estaba todo el día robando, mi madre preocupada porque venía la policía, me tiraba tres o cuatro días sin ir a mi casa y aquí me porto bien, no hago mal a nadie, me alimentan bien [...] para la enfermedad que me ha dicho usted que tengo me dan tratamiento, para mis impulsos [...] y valoro la balanza y estoy aquí

mejor que fuera, pero cuando acabe de cumplir mi condena lo tengo claro, me voy a un centro de salud de día o a un centro interno para el tiempo que haga falta, hasta que yo me sienta fuerte [...] ahora estoy bien pero no me siento fuerte en la calle [...] en el centro ese te dejan salir por las tardes a pasear y tener contacto con el exterior y te hacen analíticas para ver si consumes y te puedes sacar el carné de coche. Yo aquí me adapto muy bien a las normas, a mí me parecen muy bien, no sé [...] me ayudan a estar más tranquilo.

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Sebastián encuentra una mayor calidad de vida en prisión y se refiere a ella como un mal menor en su vida que expresa cuando dice: “entre comillas, entre comillas”. No tiene que ingeniarse cada día qué robar, dónde dormir o qué comer. No le importa cumplir las normas porque le producen una cierta tranquilidad que no tenía en la calle, una tranquilidad que no es satisfacción por el encierro sino por la ausencia de problemas. Del mismo modo que para otros sujetos del grupo, portarse bien significa cumplir normas como limpiar, no pelear o tomarse la medicación, sin incluir una interacción con el sistema que aunque la institución la persigue, suelen preferir relacionarse consigo mismo y sus ensoñaciones.

Jony sin embargo, considera a la institución cómo un lugar afable donde puede relacionarse con otras personas y donde se encuentra acogido y seguro:

Cuando salgo de permiso me siento extraño con mi familia [...] no sé si prefiero estar dentro o fuera [...] Lo que me gustaría sería estar en un centro como éste unas horas y otras en mi casa [...] me gusta la prisión porque te socializan y conozco gente como yo [...] no es para tanto [...] aquí comemos bien, nos cuidáis bien [risas] eso sobre todo ¡que bien nos cuidáis! Puedo dormir mucho [...] en la calle no siempre se está bien [...]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Me gustaría resaltar sin embargo, cómo los sujetos pueden mostrar un *yo* diferente según se encuentren en una fase de descompensación o desequilibrio emocional. Así la aparente docilidad de las *almas* y los *cuerpos* puede quedar desbaratada cuando se imponen las lógicas de la *sin razón*. Al igual que otros sujetos, cuando Jony se encuentra en un episodio calificado cómo *psicótico* no muestra ninguna connivencia con el sistema, sino una clara oposición contra unas normas que su *alma* indisciplinada, no está dispuesta a aceptar:

¿Por qué me habéis metido aquí?, ¿qué es lo que he hecho?, yo solo iba hablando y moviendo las manos y pensaban que quería pegarles [...] ¿te acuerdas cuando era pequeño y me ibas a buscar al colegio?, ¿por qué no me sacas ahora de aquí también?, ¿qué queréis de mí? Le dije al

funcionario que había gente que entraba y salía cuando quería y se ve que le sentó mal [...] ellos se pueden ir por la puerta cuando quieren y yo no [...] y les dije que cogería un cuchillo si no me dejaban irme a mí también [...] Y ahora aquí estoy, ¡vaya mierda de sitio!, ¡qué asco! [...] yo siempre me ha portado bien con vosotros y ahora queréis quitarme lo poco que tengo ¡si me habéis quitado ya todo! ¡Si no me dejáis fuego!, da igual yo lo consigo y os quemó la prisión entera [...]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

El discurso de Jony nos descubre un *alma* que intenta escapar del sistema normativizado, hacia el qué se muestra extremadamente dócil cuando sus *desvaríos* se hayan bajo el control de la biomedicina. En estas situaciones sus palabras aparecen disgregadas e incoherentes desde el razonamiento lógico, pero su capacidad de enfrentamiento y de litigio se presenta llena de fuerza y coherencia.

Por su parte Ramón no vive la prisión como un beneficio, sino que cumple las normas para conseguir que el sistema le deje tranquilo con sus pensamientos. Pero la prisión lo desconcierta y la siente como un enemigo amenazante que le llevó a pensar en el suicidio.

Mi vida en prisión era inaguantable [...] pensaba que no aguantaría. El día a día es muy duro, aquí no hay fines de semana, siempre es lo mismo, estamos a expensas de ellos, no tienes nada que hacer más lo que ellos quieren, no puedes ir a la playa [...] no sé. Las normas no me importan, cuando tengo que limpiar limpio, hago lo que tengo que hacer, es mejor que estar mareando, lo haces cuanto antes y ya está hecho. Cuando entré en la prisión entré en otro mundo, pero bueno estoy mejor aquí porque me han ayudado [...] aunque al principio me daban muchas ganas de suicidarme, pensaba que no iba a aguantar tanta cárcel y me chinaba, la gente me agobiaba mucho, pensaba que me perseguían, miedo a los compañeros [...] mucho miedo siempre [...] Yo nunca he estado sólo en una celda he pasado mucho miedo desde siempre [...] si tuviera que cumplir sanción no sé lo que haría. Ahora lo soporto un poco más, creo que he dado un paso más hacia delante, los ordenanzas del PAIEM me dan muchos consejos, me gusta mucho salir al PAIEM con los compañeros. Estoy mejor que en la calle porque no consumo [...] pero ya al final cansa.

(Ramón, 39 años, 9 años en la institución)

Cómo vimos la vida de Ramón ha estado marcada por el miedo y sobre ese miedo se ha construido en la prisión y su *alma domesticada* le hace sospechar que no soportará el tiempo que le queda. Los tiempos marcados por el sistema marcan unas pautas y consiguen anular la capacidad de disfrute del individuo, añorando los fines de semana de que disponía en libertad.

Foucault (1975) habla de un tiempo disciplinario, en el cual el *cuerpo* debe permanecer aplicado a su ejercicio. Las características fundamentales de este tiempo disciplinario son la exactitud, la regularidad y la aplicación del mismo. Así el sistema emplea herramientas para capitalizar el tiempo de los individuos, acumulándolo en sus *cuerpos* para ser susceptible más tarde de utilización y de control, organizando duraciones provechosas:

Cuando entré en prisión noté mucha mejoría porque conseguí desengancharme de las drogas y estar mejor con mi familia. La medicación de aquí me va muy bien porque yo soy muy nervioso y me tienen que pinchar. Para mí ha sido un cambio pero total entrar en prisión, porque yo estaba todo enganchao, la cárcel me ha hecho cambiar, yo he cambiado un 100%. La cárcel no es que sea mala, es que te ayuda a cambiar, hay gente que no cambia porque sigue fumando [...] pero si te organizas cómo ellos te dicen y haces cada cosa cuándo toca todo te va a ir bien aquí dentro.

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Al igual que para otros sujetos del PAIEM, en Miguel el abandono del consumo de drogas le produce una estabilización en su ajetreada vida y le procura una reducción de su padecimiento. Se siente más cercano a su familia al no presentar las conductas disruptivas que tenía con el consumo de tóxicos y esto para Miguel es realmente importante. Reconoce que ha tenido que pasar con el internamiento en una prisión para reducir el consumo y por lo tanto recuperar los vínculos familiares que es lo que verdaderamente le causa la estabilidad de su sufrimiento. No es la prisión lo que le apacigua, sino sus relaciones sociales ajenas al sistema penitenciario.

Dani por su parte mantiene el mismo discurso al relacionar su bienestar en prisión con el abandono de tóxicos:

Yo en la prisión estoy más feliz que en la calle. Cuando entré en prisión bajé el consumo de heroína mucho, aquí solo me fumo dos caladas y ya me deja tranquilo, en la calle me hubiera acabado el chino⁶⁵ además aquí cuesta mucho más la droga [...] Yo nunca he sido feliz pero aquí duermo las horas que tengo que dormir, me ducho todos los días, consumo muy poca droga, hago deporte, ¡siempre me ha gustado mucho jugar al fútbol!

Mi día a día en prisión [prolongado silencio] no sé, hay días tristes, días dulces, días amargos, hay días que me encuentro muy bien pero lo que me mantiene es que me rebajen la condena [...] con el informe que me has hecho puede que lo consiga, tú sabes muy bien lo que eso me puede ayudar [...] Ni soy tan listo, ni tan tonto, ni tan loco como la gente cree [...] cuando entré me costó un poco y me expansionaba [...] ahora soy modoso y educado y me va mucho mejor [...]

⁶⁵ En el argot de los toxicómanos un chino es un cigarrillo de heroína.

Las normas en prisión yo no las llevo mal, las hago y ya está [...] ¡si son solo cinco minutos!, por ejemplo ayer hice los servicios y hay 14 tíos para hacer un servicio ¡ya me dirás! no me importa cumplir normas, no son para tanto, doctora. Lo único que soy muy dormilón [risas] pero te acostumbras a levantarte pronto y ya está. Les hablo correctamente a los funcionarios, por ejemplo, hoy me ha tocado contar con David los palets de agua que llegaban y de repente se ha plantao y ya no quería contar más y le he dicho tú eres del PAIEM puedes hacer lo que quieras [risas]

(Dani, 34 años, 5 años en la institución)

En realidad Dani no tiene conexión afectiva con la institución, su relación es fría y distante y solo le sirve como instrumento para encontrar su bienestar. Las normas, al igual que a los anteriores sujetos no le suponen ningún problema, pues son una herramienta para poder cumplir con la institución y conseguir los beneficios penitenciarios que son en realidad su verdadero objetivo. Cumple la norma para conseguir su objetivo. La institución siente que ha domesticado a los sujetos y éstos no se sienten domesticados, sino que *utilizan* la prisión como un medio para alcanzar sus fines, al igual que el resto de internos que no pertenecen al PAIEM.

Como diría Foucault (1975) en esta domesticación institucional la prisión emplea técnicos del comportamiento, ingenieros de la conducta y ortopedistas de la individualidad, que deben de fabricar *cuerpos* dóciles y capaces a la vez.

Víctor nos muestra cómo en realidad los *cuerpos* buscan otros objetivos en cuanto al cumplimiento de la norma se refiere:

Yo no dejé las drogas hasta que no entré en prisión a los 25 años [consumía desde los 13 porque mis padres se separaron].La prisión me ha ayudado mucho a estar mejor y me gusta cumplir las normas. A mí la prisión me ha cambiado mucho, en ser mejor persona, en pensar más en mí. Ahora estoy aquí encerraó pero soy libre de las drogas. Aquí también hay gente que se droga pero yo nunca me he juntado con ellos. Las normas al principio me costaban un poco, pero ya son siete años lo que llevo [...] ahora acato las normas, antes era más rebelde, pero quiero llevarlo aquí bien para buscarme mi libertad. Aquí dentro hago deportes, escribo muchas poesías y eso, les ayudo a los del taller aunque ya no trabaje allí [...] por ayudarles. Tengo que ir a la escuela, pero no tengo tiempo. Lo de la escuela es una obligación y sé que debo de ir, me siento obligado no sé si me obligo a mí mismo o son los demás, mi madre me dice que tengo que ir a la escuela, y si no voy me siento mal, pero las matemáticas me vuelven loco, y me da dolor de cabeza allí. Yo soy muy lastimoso y me da pena por la señorita profesora me insiste todos los días para que vaya [...] pero me agobio un poco, porque ahora me he metido a cabo de limpieza y tengo muchas cosas

que hacer, voy ganando puntos y los técnicos están muy orgullosos de mí [...] Yo les digo a los chavales que hay que cambiar nuestra forma de ser porque no nos damos cuenta de la realidad, ya hemos sufrido bastante y la vida nos espera ahí fuera y no nos damos cuenta [...] perdimos nuestro destino por el camino y ahora tenemos que marcar nuestro destino aquí dentro. Esto es un aprendizaje, no un desastre, hay que caminar con cien pies para no perder el camino y pedir perdón.

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Sin embargo el *alma* de Víctor parece estar ciertamente *domesticada*. El fin de la institución de crear *cuerpos* políticamente adiestrados cumple su objetivo en el *alma* de Víctor. Para él la prisión es una oportunidad para aprender, para corregir su camino desviado, para adquirir los valores de una institución que debe marcarle el nuevo camino a seguir. El dejar el consumo de drogas adquiere para él la significación de deuda adquirida con la institución y considera que debe abonarla con servidumbre y cooperación incluso aunque no sea solicitada.

Sergio siente esa misma deuda con la institución cuando me cuenta cómo se sentía en un enfrentamiento con los funcionarios:

Me puse muy nervioso con los funcionarios que me obligaron a subir a la celda [...] y la jefa de servicios me gritaba mucho [...] pero ella puede porque conoce a mis padres y lo hace por mi bien [...] yo a ella la debo mucho [...] y le decía: grítame otra vez que me calma mucho [...], ella sí puede gritarme tiene poder [...] tú eres la médica y no estaría bien si lo hicieras [risas]

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

La intrincada historia de la concesión de los permisos penitenciarios de Luís y la entrega de su *alma*, constituye un acto de *rendición* ante las lógicas aplastantes del sistema.

Luís se encuentra ingresado en la enfermería del centro a raíz de una descompensación *psicótica* en la que se cree objeto de un intento de asesinato hacia su persona por un grupo de funcionarios. Él nunca se llevó bien con el servicio de vigilancia y posiblemente esta sea la causa del contenido de su delirio:

[...] yo no sé si ese funcionario es que ve a los presos como cucarachas o es que tiene algún problema en su familia o qué le pasa a ese hombre yo a él nunca le he faltado el respeto y cuando viene él yo me voy para que no me ponga un parte, porque me lo va a poner seguro. Yo ya le conté a su compañero lo que me había hecho el funcionario ese, que me puso el dedo así, él sabe dónde poner el dedo [...] y me hizo daño [...] y como se lo había contado a su compañero pues luego él y sus amigos intentaron matarme [...]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Después de unos dos meses en la enfermería ya se encuentra más tranquilo y aunque no ha desaparecido el delirio por completo como vimos en el capítulo anterior, se encuentra más centrado y es capaz de tomar decisiones acordes a la realidad. Por ese motivo le hago un informe al juez diciéndole que ya se encuentra bien y que los permisos que el centro había solicitado suspender por su descompensación ya los podía recuperar. El equipo del PAIEM un mes más tarde de la emisión de mi informe aún no lo ha enviado al juez porque el resto de técnicos considera que aún está muy nervioso: “está muy pesado con lo de los permisos”, “parece un pez, del permiso a los nervios, de los nervios al permiso y así dando vueltas” comenta un participante.

Les intento explicar que está así de nervioso porque no puede salir de permiso y que es un asunto que se ha bloqueado y que si le dejamos salir se desbloqueará: “de eso nada que se desbloquee él y luego ya nosotros” dice un participante. “A la madre tampoco le va bien que salga dice que en la calle se pone muy nervioso” apunta otro. “Y además qué tontería le ha entrado con sus sobrinos, se cree que son sus hijos” dice el primer participante “se cree que él tiene que cuidarlos y todo el dinero de la pensión es para ellos”. En estas expresiones vemos cómo el equipo técnico se apropia del derecho a decidir sobre cómo deben administrar los individuos sus sentimientos, “a ver si se le termina tanta tontería” dice un participante “y en vez de gastar en sus sobrinos paga la responsabilidad civil⁶⁶”.

Van pasando los días y Luís termina por perder la paciencia:

[...] ya no quiero venir más el PAIEM, ¿Qué tengo que hacer para borrar-me?, ¡no me gusta!, ¡no me llames más! Yo intento curarme pero no me ayudáis ¿Qué queréis?, ¿hacerme medio sociable?, ¿así me educáis? Y ahora encima no me dejáis tomar Coca-Cola, ¡que venga y me lo explique!, ¡cómo si yo fuera un tonto! Ya estoy harto del sistema castigo- recompensa ¡comeros vuestros permisos! Soy bueno y ¿así me lo pagáis? [...] Un compañero suyo le contó al juez que yo dije que si no me daban el permiso me pegaría un tiro ¡por dios! ¡Era una manera de hablar!, ¿ves? En el PAIEM en cuanto expresas tus sentimientos y eres tú van y te traicionan [...]

Cuando le explico que no puede *borrarse* del PAIEM aunque él quiera porque tenemos la obligación de *cuidar* de él, se enfada enérgicamente y sube a su celda para bajar al cabo de unas horas:

⁶⁶ Obligación que tiene el autor de un delito o falta de reparar económicamente los daños y perjuicios derivados de su infracción.

Me acabo de fumar dos porros y ya estoy más tranquilo [...] a ti te lo cuento porque se puede confiar en ti y es bueno saber que puedo ser yo mismo y decir lo que pienso sin que me sancionen [...] A partir de ahora estaré más tranquilo ¡vosotros ganáis! A mí ya me da igual lo que hagan con el permiso, que hagan ellos lo que quieran conmigo, ¿qué voy a decir si aquí llevo todas las de perder?, ¿qué puedo hacer?, ¿pegar un castañazo? Ahora voy a ser bueno y a dejar de hablar de los permisos para que no se enfaden [...]

Así Luís termina por entregarnos su *cuerpo* y su *alma* para poder rescatar los privilegios que le había concedido el juez y es consciente que no obtendrá la validación de sus reflexiones hasta que no esté fuera del sistema penitenciario.

Vemos por tanto, como para el programa, es una prioridad conseguir la *integración* y *normalización* de los *enfermos mentales* en la sociedad disciplinaria en la que están inmersos y de esta manera no permitir conductas transgresoras a la norma. En el programa se explicita de igual manera, cómo los internos que rechazan la intervención del programa, deben tratar de reconducirse hacia la aceptación, *para el propio beneficio del paciente*. Así las funciones del sistema son entre otras normalizar, imponer y controlar, quedando la estructura de poder sobre los *enfermos mentales* duplicada a su ingreso en prisión; de un lado la presión que se ejerce desde la sociedad por estar *enajenados* y del otro, la presión que se ejerce desde la institución penitenciaria.

En este juego de normalizaciones e imposiciones no queda demasiado espacio para escuchar, respetar o valorar las necesidades de los sujetos:

[...] lo de lavandería dirían que no voy a ser capaz ¿no? Yo no le conté a la señorita que me había intentado suicidar como tú me dijiste que hiciera pero es que ellas me lo sacan son muy listas [...] de todas formas me parece imposible que me puedan joder más todavía. Y me dijo que con la que había liado no me iban a llevar a lavandería, que si alguna vez iba al módulo, debería de hacer todas las actividades que tuviera que hacer y que después se lo pensarían [...] ¡Ah!, ¡estás que me cumplo normas sin ningún ánimo!, ¡muy bien muy bien!, vaya sistema [...] si me quería morir hace unos días [...] vale, vale, si ¡es increíble! O sea ¿les ha sentado mal a ellos? Y ¿a mí no?, ¡claro! yo estoy de puta madre en un palacio [...] Es que yo tengo demasiados resentimientos... ¿Por qué no me dan trabajo en la enfermería? Ellos se creen que en el módulo estaba bien [...] pero ellos no sabían que yo tenía un pincho preparado para matar a alguno [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

Vimos anteriormente como tras el último intento de suicidio de James, permanece ingresado en la enfermería del centro y lo le dan ninguna posibilidad de encontrar trabajo “después de

la que ha liado” proclama la voz unánime de los técnicos. Defiendo mi postura ante la junta semanal de que un trabajo para James, aunque fuera en la misma enfermería, aumentaría en gran medida su autoestima y haría más llevadero los diez años que le quedan de condena. Sin embargo para la institución no es ninguna prioridad atender a las necesidades de los sujetos, antes bien está garantizar el mantenimiento del orden y la disciplina ante los sujetos que la “lían por querer suicidarse”. El padecimiento de los *enfermos* ya que son considerados como tal, no es valorado a la hora de tomar las decisiones, primando las creencias y valores del sistema. Lo que los técnicos opinan que es mejor para el interno desde su posición de saberes de *experto*, es lo que prevalece.

Goffman hace referencia a ésta pérdida de autonomía como una de las funciones de las instituciones totales:

[...] las instituciones totales desbaratan o violan precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor, en presencia de testigos ocasionales, que tienen cierto dominio sobre su mundo, que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía y la libertad de acción propias de un adulto (Goffman. 2012:55).

Aunque no son demasiadas las personas del PAIEM que quieren trabajar, James no es el único de ellos. Juan quiere trabajar y no se lo permiten porque quieren esperar a que esté más despierto y pueda trabajar con mayor rapidez: “es muy lento”, “es mejor no quemar cartuchos”. Víctor solicita trabajar pero como ya recibe una pensión de invalidez no se lo permiten “ya tiene una paga, ¿para qué quiere trabajar?”, sin reparar en la posibilidad de que quizás quiera el trabajo para sentirse más digno y satisfecho con su persona. Santiago es ordenanza del médico en el módulo y se encuentra tan bien con el “cargo” que le gustaría empezar a trabajar en el taller “me siento capaz, doctora”. Tampoco en esta ocasión es escuchada la solicitud del interno “anda y que se conforme con lo que tiene, que ya es mucho”.

En el resto de internos de la institución en los requisitos que se exigen para conseguir un trabajo no se evalúa su capacidad de entendimiento, de producción o su economía previa. Basta con tener buen comportamiento y apuntarse a una bolsa de trabajo.

El sistema en esta ocasión no utiliza el trabajo como productor de individuos mecanizados según el pensamiento de Foucault (1975). El trabajo utilizado como elemento esencial de la transformación y de la socialización de los detenidos no es aplicado en los sujetos pertenecientes al grupo del PAIEM, al considerarles sujetos desprovistos de capacidad de acción.

El caso de Eric es significativamente llamativo en lo que respecta a la respuesta de las lógicas de la institución, alejadas no ya de la del propio sujeto, sino del resto de la sociedad extramuros.

Eric es de Sierra Leona y desde que ingresó en prisión está en la enfermería del centro ante el miedo y la desconfianza que despiertan sus desorbitados profundos ojos negros y su soliloquio constante. “Éste la liará” comenta un participante tras su ingreso en la institución. En los dos años que ha estado en prisión, nunca ocasionó incidente alguno y la relación con sus compañeros es de una feliz y cordial indiferencia. Los demás integrantes del PAIEM lo respetan porque sonríe de manera incansable y no se mete con nadie. La falta de sociabilidad que indigna al sistema es muy apreciada por los internos: “ese chaval es muy majó, siempre va a la suya” comentan los otros internos.

Ante su próxima libertad nos reunimos un día para tratar el asunto. Yo había contactado por mi parte y al margen de la institución, con un par de asociaciones de inmigrantes que estarían dispuestos a acogerle a su puesta en libertad. Sin embargo las soluciones propuestas por el equipo fueron bien diferentes a lo que yo suponía. “Ese es un ilegal, es un enfermo mental, no pone ningún interés, no tiene ninguna conciencia de enfermedad, en fin nada de nada” “Yo no quiero llamar a las puertas de ningún recurso por este tío” dice un participante sin tomar aliento para respirar. Extrañada me veo en la obligación de recordarles que no le pueden castigar por ser una cosa que ellos han decidido que es. Eric es *enfermo mental* porqué así lo decidió el sistema ya que antes de ingresar en prisión no tenía antecedentes previos.

En esta ocasión el compañero que lidera la reunión opina que sería conveniente pedir algún recurso, a lo que yo aprovecho para informarles de las asociaciones con las que contacté. Sin embargo es la cognición de la técnica encargada de buscar un recurso asistencial la que prevalece: “No, no quiero pedir favores para un interno de Sierra leona, mejor me lo guardo para otro”. Finalmente su poder se impone a la lógica asistencial y Eric es puesto en la puerta de la prisión con los mismos desorbitados profundos ojos oscuros con los que entró.

Meses más tarde alguien comenta que en realidad Eric sí tenía papeles, que no era “un ilegal”, que está integrado en una asociación para inmigrantes e incluso comentan de manera anecdótica que le han visto sonreír, sin sospechar que ya cuando estaba en prisión esa sonrisa era uno de los rasgos corporales distintivos en Eric.

En el episodio de Pablo la lógica institucional aplicada es igual a la anterior pero el desenlace varía debido a la presión social que se ejerce sobre la prisión en esa ocasión.

Al igual que Eric, Pablo va a ser puesto en libertad sin recursos socioeconómicos para manejarse en el exterior y sin capacidad suficiente para una actividad tan cotidiana como coger un medio de transporte. Pablo viene un día a la consulta médica francamente agobiado a contarme sus preocupaciones:

¿Sabes que me voy en una semana?, ¿te has enterado que no viene mi hermano a por mí?, ¿qué voy a hacer?, ¿dónde cojo el tren?, ¿cómo voy a la estación? Un ordenanza me ha dicho que me lo apuntará todo en un papel que yo no tendré ni que hablar [...] solo enseñar el papel. ¿Entonces el tren me deja en Alicante?

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Lo veo marcharse muy preocupado y hablando solo por el pasillo. Entonces llamo a un compañero para que le busquen un recurso ya que tras diecinueve años de encierro es lógico que se encuentre algo desorientado ante su inminente puesta en libertad. Durante esa semana no se gestiona ninguna ayuda y nadie le comunica nada al sujeto. El mismo día de su libertad Pablo con el buen carácter que le define me explica: “¡Mira! he decidido poner la ropa en dos bolsas y así me lo ato como si fuera una mochila, porque no sé cómo voy a ir y me pesará mucho”. A media hora de su excarcelación nos comunican que le van a poner un taxi en la puerta para que le lleve a su casa.

Esta decisión se debe a que hace una semana fue excarcelado un interno anciano y enfermo y la policía tuvo que llevarlo al hospital. La prensa local se hizo eco de la noticia y ante la presión externa y el miedo de volver a salir en la prensa, la institución decide pagar un taxi al interno como medida excepcional. Pablo ingenuamente se cree merecedor de dicho dispendio: “¡Joe, que bien!, ¿se van a gastar todo ese dinero en mí?, ¡que majos que son los funcionarios!, vaya, vaya” dice asombrado y pensativo a la vez.

Vemos pues, cómo las necesidades de los sujetos no son tenidas en consideración entre otras razones porque las necesidades de los individuos no podrían ser homogeneizadas y precisarían de una atención y escucha personalizada que no pertenecen a las herramientas habituales del poder. Así las necesidades de estar sólo, de estar acompañado, conseguir un trabajo, controlar el malestar, aumentar las actividades, no hacer nada, tener un sexo satisfactorio, oír determinada música, estar en silencio, dejar de fumar o consumir hachís entre otras, aparecen como contradictorias si caemos en el error institucional de no escuchar y atender las *necesidades grupales* que el sistema supone que precisan el *grupo homogéneo* de los *enfermos mentales*.

Sin embargo, es costumbre entre los sujetos del PAIEM escuchar sus necesidades y procurarse ayuda los unos a los otros. El apoyo mutuo que el grupo del PAIEM se presta, se expresa en nuestras reuniones en el *recinto*. Un día observo como los internos se encuentran abatidos porque a Jony que es muy querido entre ellos, lo tienen castigado en una celda de cristales en la enfermería desde hace varias semanas y lo oyen quejarse y vociferar por las noches. No entienden cómo si su compañero presenta una descompensación *psicótica* está castigado en la celda de observación en vez de dejarlo en su celda para que sus compañeros le cuiden.

Unos días antes sin previo aviso la dirección del centro había decidido expulsar a ocho internos pertenecientes al PAIEM de la enfermería, cuando algunos de ellos llevaban viviendo allí cuatro o cinco años, despojándolos de su espacio cotidiano y manipulando unos *cuerpos* ya dóciles a su conveniencia. El motivo que adujeron fue que llevaban allí demasiado tiempo y “ya era hora de que se movieran”. Por este motivo muchos de ellos estaban muy sensibilizados con la sustitución de su espacio integrador para pasar a otro lugar inhóspito y desintegrador.

Desde la horizontalidad que nos proporciona el espacio del recinto les comento al grupo cómo yo a diario debía enfrentarme a la lucha titánica de poder entre la aplicación regimental de la norma y la preeminencia de los síntomas *psicóticos*. Y de cómo intento la preservación de un espacio de seguridad y confort frente a la aplicación incesante de la norma. Y cómo yo misma he sido despojada de ese espacio de certidumbre donde acostumbramos refugiarnos de vez en cuando.

En ese fluir de confianzas hablamos sobre la importancia del espacio que construimos y que nos construyen, tiene en nuestras vidas y llegamos a la conclusión de que Jony se recuperaría antes si estuviera en su celda habitual. Cómo nos recuerda Goffman, la institución hace sentir al individuo con especial crudeza la significación que los espacios tienen para el *yo*. La asignación a un determinado módulo debe considerarse por el sujeto cómo “una expresión de su nivel general de socialización, de su estatus cómo persona” (Goffman, 2012:155), lo que se hace al mostrarles quien tiene el poder de decisión.

En el ejemplo de Jony que nos ocupaba, decir que la celda de cristales está blindada por dos paredes de cristales de seguridad y así puede ser observado el sujeto desde ambos lados. La celda tiene lo imprescindible: una cama, una ducha, un retrete y una ventana. Todo en ella es blanco cómo dice Carlos: “yo no estoy de acuerdo con ese color, todo tan blanco es para rayarte, ¡menuda paranoia!”. Esta celda suele utilizarse cuando un interno del PAIEM provoca alguna alteración regimental y según una norma no escrita no deben de ir al módulo

de aislamiento como sucede con los demás internos, no por empatía hacia el sufrimiento sino por temor de la institución ante una reacción inesperada de los sujetos.

Así la celda de cristales está en la enfermería, y permite castigar a los internos del grupo PAIEM a la vez que son permanentemente observados por los ordenanzas del módulo. El interno no puede salir de ella, excepto si el funcionario de turno le *permite* disfrutar de su obligatoria hora de patio.

Cómo dice Foucault (1975), una arquitectura hecha no solo para vigilar el espacio exterior sino para permitir también el control interior y para hacer visibles a los que se encuentran dentro. Una arquitectura que opera para transformar individuos, y ofrece un amplio conocimiento al que vigila.

Jony lleva varias semanas en la celda y a pesar de mi insistencia de que ya se encuentra más tranquilo y estabilizado deciden no sacarlo porque según un participante que vino a verle “aún dice muchas tonterías”. La institución utiliza el espacio como método de castigo pero también como defensa ante la apertura de una posible brecha discordante en el sistema. Se trata de una utilización defensiva del espacio. Ante cualquier disturbio generado por un interno del PAIEM (en el ejemplo de Andrés por pegar un puñetazo a la pared en un momento de pérdida de control de impulsos), por mínima que sea la alteración (en el incidente de Roberto por un aumento de la actividad sexual en una crisis maniaca), es ingresado en la celda de cristales o en su defecto en el módulo de enfermería para mantenerlo observado y controlado.

Ese fue también el caso de Javi que al proceder del psiquiátrico penitenciario, cuando ingresó en el centro, fue llevado directamente a la celda de cristales. El interno no presentaba ninguna alteración ni descompensación observable, pero una vez más ante el temor de una disrupción, lo encierran en la celda y pasa a ser observado durante varios días. Javi es infantil, colaborador y especialmente agradable, por lo que al observar tras varios días que no representaba una amenaza para el sistema, deciden que puede hacer vida en una celda sin observación especial en la enfermería: “pero si es muy majete” refiere un participante después de haber ordenado su encierro *preventivo*. La institución, una vez que ha comprobado que el sujeto no causa ninguna alteración en la vida regimental cotidiana, lo califica como no peligroso y como posible sujeto ductilizable. El temor ante una posible fractura en la disciplina del sistema se impone a la conveniencia de una determinada medida terapéutica.

Así vemos cómo este movimiento de los *enfermos mentales* en prisión, se refiere a un modelo de control de la locura basado en mantener a los individuos en un eterno peregrinar

marginados de toda identidad social. Un tipo de estrategia social que, lejos de ser nueva, constituye una forma antigua y sofisticada de confinamiento, como explica Foucault (1979) en la Nave de los locos, en su *Historia de la locura*. “Y es que la locura parece estar indisolublemente unida al movimiento y a los esfuerzos sociales de su contención” sugiere (Martínez, 1998:55).

Sin embargo para este último “[...] el modelo asilar igual que la *stultifera navis*, no resuelve el problema errante de la locura, sino que simplemente lo contiene” (Martínez, 1998:55). Por tanto en los manicomios que aún existen en los países que no han llevado a cabo o completado su proceso de reforma psiquiátrica se observa esta lucha entre el control y la movilidad. Así vemos cómo en el centro penitenciario, los sujetos se pasean por el patio sin objetivo determinado por la simple intención de caminar inmersos en un tránsito continuo.

Los sujetos hacen un uso terapéutico del espacio, con el fin de situarse en lugares donde tener la oportunidad de estar alejados del bullicio de los módulos y encontrar la soledad que tanto reclaman. El módulo de enfermería suele ser el más adecuado para esta utilización terapéutica de los espacios y los individuos solicitan el ingreso en la enfermería para encontrar algo de sosiego. Los siguientes ejemplos muestran el uso asistencial del territorio que reclaman los internos:

Por favor, ingrésame en la enfermería, me siento muy nervioso en el módulo. Sabes que siempre me sienta bien venir una temporadita [...] es como mi segunda casa, no sé aquí me siento seguro a salvo de las miradas de los otros. Tantas voces [...] cuando vengo a la enfermería siento como si mi cabeza se callara. ¡Ya tengo todo preparado para venirme!, ¡solo tienes que decirlo tú y vengo! además echo de menos a los ordenanzas [...] ellos me cuidan y sin darme cuenta se me pone la cabeza bien [...]

(Javi, 42 años, 4 años en la institución)

Javi no suele pedir nada, sin embargo el malestar y el sufrimiento que le producen las voces que escucha en su cabeza, le impulsan a solicitar un espacio terapéutico que para él es placentero y hospitalario.

Yo me quiero venir a la enfermería porque aquí, en el módulo la voy a tener y además [...] los enfermos tienen que estar en la enfermería, ¿no? Aquí no estoy bien, me insultan, me pegaron así en la cara también, plas, plas, plas [...] En el módulo 3 voy tres veces al día a manualidades, hago mi deporte, pero no quiero que vuelvan a decir por megafonía que me quedo dormido, si no me traes a enfermería por lo menos cámbiame de compañero de celda. Yo en enfermería lo llevaba muy bien, hacía mi limpieza, me cogía mi botella de leche, pintaba los pasillos, les cortaba el pelo

a los otros ¡yo soy peluquero! Hacía de todo y luego me conformaba con un café, bueno aún me deben diez cafés [...]

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Miguel por su parte se muestra marcadamente ansioso a la hora de demandar un espacio terapéutico que considera como un derecho adquirido por el hecho de estar *enfermo* y cumplir con las normas que le marca el sistema. Normas que cómo veremos a continuación determinan el devenir del sujeto en prisión.

9.2 La aplicación de la norma

Cuando un interno es adscrito a un diagnóstico psiquiátrico que se encuentra entre los criterios de inclusión del programa PAIEM, es incluido en el mismo de manera obligatoria con independencia del deseo del sujeto.

Con lo primero que tiene que enfrentarse la persona cuando entra en el programa, es con el contrato terapéutico (Anexo II) donde debe firmar que se compromete a cumplir con las normas establecidas por el equipo PAIEM, “para recuperar mi salud y superar los efectos negativos de mi enfermedad” según los términos que aparecen en el documento.

Concretamente, se compromete a asistir a las actividades propuestas por el equipo, a renunciar al consumo de drogas, a cumplir las normas del módulo, cuidar la higiene personal y respetar las indicaciones de los ordenanzas. Por otro lado el equipo se compromete a apoyarle y motivarle en el proceso de recuperación y preparación para la vida en libertad.

Un análisis pormenorizado de este documento muestra que:

La inmensa mayoría de los sujetos (según los datos del estudio PRECA el 87% de los enfermos mentales consumen tóxicos y en este centro penitenciario el 98% de los individuos) consumen tóxicos y por lo tanto no pueden comprometerse a abandonar su consumo.

Las actividades no se programan conforme a las necesidades o preferencias de los sujetos sino según la cognición de los técnicos, lo que haría muy difícil conseguir su asistencia a las mismas.

Uno de los síntomas más frecuentes entre este grupo de internos es la apatía, que conlleva entre otras manifestaciones la dejadez de los autocuidados y les resultaría muy costoso presentar un aspecto pulcro y adecuar su apariencia física a las normas que marcan la correcta presencia corporal en el sistema.

El apoyo y la motivación que recibirían por parte del sistema, se llevaría a cabo tan sólo en la medida en que sus proyectos e intenciones coincidieran con las del programa.

Por otra parte se exige al sujeto que *acepte* que se encuentra *enfermo*, que esa *enfermedad* tiene efectos negativos (no se especifica sobre quién) y que *debe* sufrir una transformación en este proceso hasta conseguir recuperar su *salud*.

De esta manera el contrato terapéutico se constituye como una herramienta útil para imponer la disciplina de la institución. El sujeto adivina e intuye desde que firma el documento, cómo a partir de su incorporación en el programa, su cotidianidad estará determinada por las normas. El sistema es consciente de que el interno no será capaz de cumplir los objetivos a los que se compromete, pero sin embargo será un eficaz argumento para la aplicación implacable de la norma.

La aplicación de la disciplina se concreta en expresiones de poder a través del uso de tecnologías sobre los sujetos, tanto por parte de los técnicos, mandos directivos, tutores, ordenanzas, funcionarios de vigilancia, familiares, jueces de vigilancia y los juicios paralelos del sistema cómo iremos viendo en este capítulo.

Los motivos que son considerados cómo incumplimiento de la norma en los integrantes del PAIEM son muy variados: la negativa a tomarse la medicación prescrita, las autolesiones infringidas en su *cuerpo*, el consumo de drogas, no acudir a la escuela, las conductas *extravagantes* ocasionadas por los delirios, los sucesos no normados previamente pero que se escapan a la cotidianidad aunque el suceso en cuestión no conlleve ningún perjuicio para las personas ni para la institución, las conductas auto o heteroagresivas, la falta de limpieza personal o de la celda o la libre expresión de sus delirios. Vemos pues, cómo los internos del PAIEM, son vigilados y sancionados en mayor medida que el resto de internos, aunque con menor rigor.

Las herramientas que utiliza el sistema para infringir castigos a esas desviaciones de la norma son también muy variadas y en algunos casos silentes, entre cuyos ejemplos más representativos se encuentran: el cambio de módulo, las celdas acristaladas, el aislamiento, los partes disciplinarios, la denegación de los permisos penitenciarios, la negativa a conceder un trabajo, la ignorancia hacia su persona o solicitar la conducción a otro centro penitenciario. Cómo ya vimos en la página 143, en el informe que evalúa los resultados del PAIEM tras cuatro años de funcionamiento, en el 64,5% de los casos ante un incidente regimental se elabora un parte disciplinario.

Se establece por tanto en la institución, un sistema de poder asegurado por un sistema de diferencias y jerarquías, con unas disposiciones tácticas que permiten el ejercicio de poder.

Cómo nos recuerda Foucault (2005) es necesario dominar al *loco*, entendido éste como la representación de la insurrección de la fuerza indomable del afectado. Se ejerce un poder disciplinario discreto, repartido, que funciona en red y que permite su visibilidad en la docilidad del sometido. El poder de los técnicos no se basa tanto en su saber *experto* cómo en la legitimidad física y moral que le otorga la institución. Así la voluntad del *perturbado*, los comportamientos no deseados, las pasiones *perversas* se enfrentan a la justicia de la moral socialmente esperadas. Es un poder asimétrico que se sostiene como veremos, en la voluntad singular de cada profesional, ejerciendo un biopoder propio de la modernidad.

Un día estaba en la escuela y estaban explicando: que si 20 céntimos que si tal y yo pues me aburría un poco y luego le dije a su compañero ¡me he perdido! Y me dijo ¡pues vas muy mal! En vez de decirme pues sigue por donde vamos [...] y quería que le sacara [...] y que medicamentos tomaba y yo ¡pues mire tomo el medicamento éste que llevo en la cartera! y dice: ¡a ver, a ver, sácalo! Y todo el mundo: ¡saca, saca el medicamento! Y yo digo ¡que no saco nada, que no saco nada! Y cogí y me fui y al día siguiente me dijo que me había puesto una falta. Y luego me habló a buenas y me dijo: habla con el psiquiatra. Yo le dije que no es que yo quisiera el medicamento, ni que me hiciera falta pero me lo habían puesto [...] porque yo lo que tengo es nobleza y educación y si es una cosa mínima pues que se queden chillando y le expliqué que me la había puesto el psiquiatra y otra vez con qué se la enseñara y esta vez se lo expliqué bien ¡mira no te lo enseñé porque también tengo antirretrovirales y se va a poner todo el mundo a mirarlo [...] y le digo que tengo la enfermedad del SIDA por los tatuajes y se lo enseñé, no porque me pinchara y vuelve a decirme ¡pues vamos al médico! Y yo ahí si que niego ¡yo de aquí no me muevo!, ¡no voy a ir a ningún sitio!

(José, 38 años, 4 años en la institución)

En el ejemplo de José vemos como el motivo de la sanción en apariencia es la desobediencia al personal institucional, aunque en realidad lo que se castiga es que José provocara ese sentimiento de desconcierto en el sistema con su negativa. Cómo diría Foucault:

[...] en el corazón de los mecanismos disciplinarios [...] reina una verdadera micropenalidad del tiempo (retrasos, ausencias, interrupciones de tareas), de la actividad (falta de atención, descuido, falta de celo), de la palabra (charla, insolencia), del cuerpo (actitudes “incorrectas”, gestos impertinentes, suciedad), de la sexualidad (falta de recato, indecencia) (Foucault, 2009:183).

José acude a la escuela obligado por el programa y para “no perder el entrenamiento mental” según un día me contó, pero cómo muchos de los conceptos que se explican en clase él los conoce, se aburre. En esas ocasiones se pierde en sus *enredos* mentales y si le preguntan es

incapaz de mentir y confiesa que se ha perdido. De acuerdo con la costumbre que tiene de racionalizar todas las cuestiones y después de un rápido análisis, concluye que no es procedente que en la escuela le obligue a enseñarle los medicamentos que toma y en consecuencia se niega. Esto le supone un punto negativo en la escuela que le causará la expulsión de la misma cuando acumule tres faltas. De esta forma tan incongruente el sujeto será expulsado de una actividad a la que acude obligado tras ser dispuesta por el PAIEM para su *recuperación*.

Al día siguiente la institución, desprovista de argumentos lógicos, acude a investirse del poder biomédico que toma prestado para imponer las lógicas del sistema. Según la lógica de la institución la *extraña* negativa del individuo a cumplir de forma tan airada una orden, solo puede deberse a una descompensación psíquica que requiere una intervención médica. La capacidad de agencia del individuo no se contempla y se acepta un enturbiamiento del *sentido común* en tan *osado* comportamiento.

José en principio acepta de mejor grado este nuevo enfoque del problema, interpretando que es su salud mental lo que le preocupa al sistema, para acabar por reconocer que no es éste el motivo sino el empeño en someterle a la presión normativa del sistema. El hecho de no ver su intimidad respetada en la enfermedad orgánica que le causa tantos reparos, le decide a negarse una vez más a obedecer las órdenes. Le miente con respecto al origen de la enfermedad, negando su pasado de usuario de drogas por vía parenteral ya que no la reconoce con el poder biomédico que ella se ha investido.

El suceso termina en la expulsión de José de la escuela, hasta que “recapacite sobre lo ocurrido y pida disculpas”. Se aplica por tanto una micropenalidad sobre el tiempo, la actividad y las palabras de José.

Para la totalidad de internos del centro penitenciario, el método de dominación más efectivo que posee el centro es la capacidad de conceder o denegar los permisos penitenciarios y en el caso de los sujetos del PAIEM esto no constituye una excepción. Frecuentemente soy abordada por los internos en los pasillos del centro con la siguiente súplica: “doctora voy a pasar por junta y me pasan por permisos, ¡por favor!, ¡dame tu voto positivo!” suponiendo erróneamente que mi valoración servirá para la concesión del permiso.

El sistema sabedor de ese soberano poder, ductiliza a los individuos a su antojo hasta conseguir la transformación que persigue. Cómo manifiesta Goffman (1970) es habitual que la conversación de los internos gire en torno a las “fantasías de liberación” y a los planes sobre lo que hará cada uno en su primera salida, siendo el privilegio del permiso un modo de organización inherente a las instituciones totales.

Los motivos de la denegación de permisos pueden ser la falta de un recurso socioeconómico en el exterior como es el caso de Carlos, el consumo de drogas como el caso de Dani o el faltar a las actividades propuestas por el programa como en el caso de Pablo “no vamos a hablar de permisos hasta que no haga por lo menos deporte”. La rendición en el empeño de la conversión de los sujetos y la pérdida de tolerancia ante las conductas disruptivas ocasiona la petición de conducción a otro centro penitenciario “ya no podemos hacer nada por él”, “le mandamos de conducción y se acaba” cómo en el caso de David, Sergio, Santiago o Leo.

En algunas raras ocasiones y si el comportamiento reclamado por la institución coincide con la actitud del sujeto, el permiso resulta favorable “éste se lo está currando”, “ya no la lía” como es el caso de Juan o de Mario. Desafortunadamente esto no es lo que le sucede a Santiago:

[...] ¡Cómo voy a creer en el sistema, si me deniegan los permisos!, ¡mira lo que me ponen en el escrito de denegación!, ¡que no tengo empatía con la víctima y que no reconozco el delito!, ¡pero si enseguida os conté lo que me pasaba para que no ocurriera nada!, ¡no sé que paso!, ¡os dije que no contarais nada!, ¡ahora ya lo sabe todo el mundo! [...] hasta mis padres se van a enterar [...] ¡vaya un secreto que me habéis guardado! [...], ¡yo lo único que quería es que no le pasara nada !, ¡son mis voces! [...]

(Santiago, 32 años, 7 años en la institución)

A Santiago le deniegan los permisos como pone en el informe de denegación del mismo, porque no reconoce su delito de abusos deshonestos. Curiosamente unos días atrás ocurrió un suceso que considero demuestra precisamente lo contrario. Estaba Santiago en la escuela y debido a unas insufribles alucinaciones de origen orgánico que presenta, escuchó unas voces que le decían que abordara sexualmente a alguna señorita. Asustado por la insistencia de las voces, acudió inmediatamente a hablar conmigo para que le apartaran de la escuela con el fin de evitar un terrible desenlace en relación directa con los delitos cometidos.

Agobiado y estigmatizado por la presión social que producen este tipo de delito lo cuenta al resto del equipo PAIEM, solicitando que no se lo contáramos a la persona en cuestión.

Sin embargo, el equipo decide contarlo, infringiendo el supuesto secreto profesional, suspendiendo definitivamente cualquier actividad en el módulo de sociocultural y denegando sus permisos. A pesar de que Santiago sabe bien que no siente deseos reales de abusar de ella y que sus pensamientos tienen como origen las voces que escucha, el hecho de saberse exhibido en su *yo* más íntimo, lo hace sentirse sumamente humillado y despojado de *alma* propia.

Sucesos como éste nos recuerdan el carácter disciplinario de la institución y cómo sus métodos consisten en controlar rigurosamente las operaciones del *cuerpo* y del *alma*, con el objetivo de garantizar una sujeción continua y persistente de sus fuerzas para imponerles una relación de utilidad-docilidad.

Estos métodos son minuciosos y constantes, discretos, anónimos e invisibles, constituyen una microfísica del poder que privilegia los castigos, pues de esta forma logra obtener *cuerpos* dóciles y normalizados. En este régimen disciplinario, a medida que el poder se vuelve más anónimo y funcional, aquellos sobre los que ejerce la disciplina tienden a estar más fuertemente individualizados, estando el *loco* más sometido que el *sano* (Foucault, 1975).

Vemos cómo el carácter disciplinario de la institución se ejerce con mayor contundencia cuándo se interpreta que el sistema es agredido por los internos. Debido a una mayor probabilidad de perder el control sobre los impulsos por parte de los internos pertenecientes al PAIEM, éstos dan lugar a conductas significadas por la institución como violentas, en más ocasiones que en el resto de internos.

Dos sucesos, separados ambos, por tan solo dos días de diferencia, ejemplifican a lo que me refiero cuándo el sistema interpreta que se puede atentar contra él.

Una tarde se acerca Sergio a la ventanilla de la cabina del funcionario pidiendo una instancia para reclamar su peculio. Hace días que sabe que su padre le ingreso dinero y aún no lo ha recibido en su cuenta. Está nervioso porque no puede comprar tabaco ni hachís para controlar su ansiedad. El funcionario le explica que no es el momento y que mañana cuándo estén funcionando las oficinas, intentará resolver su caso.

Sergio escucha las explicaciones del funcionario pero no es capaz de controlar sus emociones y comienza a gritar: “¿estás llamando a mi padre mentiroso?, ¡llámame al feje de servicios ahora mismo!”. Estas dos exclamaciones son suficientes para interpretar su conducta como agresiva, y saltándose la norma que explicamos en la página 189, en lugar de avisar al médico, lo llevan a aislamiento.

Dos días más tarde Pedro se acerca también a la ventanilla del funcionario, solicitando un cambio de módulo. Lleva varios meses en el módulo 2 de respeto y quiere irse al módulo 7, donde tiene más libertad para consumir y no debe llevar una disciplina tan estricta. El funcionario le contesta que eso es función del educador y que lo consultará a la mañana siguiente. Pedro al igual que Sergio, pierde las formas *correctas* y exige ver al jefe de servicios de forma inmediata. Del mismo modo, la conducta es interpretada como extremadamente agresiva y es conducido al módulo de aislamiento.

Vemos, pues cómo la maquinaria disciplinaria interpreta conductas, aplica procedimientos, justifica actuaciones, enmudece solicitudes y divulga aquella información que le interesa. Pero no podemos olvidar que el poder produce realidades, ámbitos de objetos y rituales de verdad. El conocimiento que de él se puede obtener corresponde a esta producción:

El poder disciplinario endereza conductas [...] No encadena las fuerzas para reducirlas; lo hace de manera que a la vez pueda multiplicarlas y usarlas [...] Encauza las multitudes móviles, confusas, inútiles de cuerpos y de fuerzas en una multiplicidad de elementos individuales [...] creando individuos útiles (Foucault, 2009:175).

Otro método de castigo muy frecuentemente utilizado por el sistema es la herramienta de cambio de módulos recordando al sujeto la condición errante de la *locura* (Martínez, 1998). Esto fue lo que le sucedió a Leo cuando en una ocasión se negó a tomarse el tratamiento prescrito por el médico:

No me quiero tomar la medicación [...] yo ya me encuentro bien ¿no lo ves?, ¡no la necesito!, ¡confiar en mí, por favor! ¡Mira si no me la tomo y me empiezo a encontrarme mal me la ponéis de nuevo! ¡Además no podéis obligarme!, ¡primero tenéis que llamar al juez y todo eso! [...] sabes que si me tomo la medicación luego no puedo escuchar la música ni nada [...]

(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

Cuando Leo abandona la medicación, suele volverse más iracundo y para evitar un mayor padecimiento sobre su persona le intento convencer de que continúe tomándosela aunque sea a dosis inferiores. Le recuerdo que cuando deja la medicación su rabia y frustración aumenta y se concentran en dañar su *cuerpo* con nuevas autolesiones. Intento negociar con él, ofreciéndole venirse a la enfermería para aplacar su angustia. La negativa de Leo es rotunda y la enfermera comunica al PAIEM la *obstinación* del interno. La resistencia de Leo, en un comportamiento puntual, es utilizada para que la junta tome la decisión de un cambio al módulo 1, para que “se le bajen un poco los humos”, según comentó un participante. Una vez más se prioriza la aplicación de la norma sobre la búsqueda del bienestar del sujeto.

Ya sabes que yo tomo mucha medicación y me quedé dormido en el recuento del módulo 3 y mi compañero de celda no me avisó y entonces la tuve con él que no para de insultarme, de pegarme [...] pero tú no le digas nada. Me quieren llevar al módulo 7 y me dijo el funcionario: la próxima vez uno para el 7 y otro para el 1 ¡no me gusta nada cómo me habló ese funcionario!, ¡ya sabes cómo soy yo!, ¡allí me pondría aún más nervioso! Me han puesto un negativo y dicen que a los

tres negativos te tiran del módulo o algo así [...] pero yo eso no me lo creo [...] eso dependerá de la guardia o de los que manden [...] no sé quién manda en este módulo [...].

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

Miguel a pesar que no está seguro si será realmente castigado o son habladurías de los compañeros y de que no reconoce cuál es la figura de poder en el módulo, tiene miedo que lo cambien. Dado su carácter irreflexivo sabe que en un módulo conflictivo tendría problemas con los compañeros y se desestabilizaría de nuevo ya que el cambio de espacio conlleva modificaciones en las interacciones. Miguel anticipa que cuando su rutina se vea amenazada por el contacto con nuevos compañeros que interactúen en diferentes direcciones a su cotidianeidad, inevitablemente el afianzamiento de su *yo* se tambaleará.

Richi, al contrario que Miguel, tiene la capacidad de adaptarse mejor a las nuevas circunstancias que le impone la prisión. Sin embargo la lógica de la institución es la misma en ambos casos, ante una mínima alteración del orden y sin preguntar al sujeto para aclarar la cuestión, el individuo es cambiado de módulo para evitar disrupciones en el sistema. Los cambios son utilizados por tanto, como medio no sólo de castigar, sino para restablecer el *orden* y la *normalidad* perdida.

Estábamos en el patio fumándonos un cigarro normal, de los de liar y llega un educador y dice: “aquí huele a porro” pero ¡que no era un porro ni nada! [...] yo delante de ese educador no me los fumo nunca [...] pero por hacerse el entendido dijo eso [...] ¡que sabrá! Así que me cambiaron al módulo 7 [...] pero bueno aquí estoy bien con mi primo [...]

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Richi estaba separado de un familiar quien podía haberle apoyado en algunos momentos, pero la institución no lo tiene en cuenta, y solo les pone juntos debido al castigo al que someten al sujeto. Ésta conformidad de Richi, Goffman (1970) la explica cuando hace referencia a qué dentro del poder de castigar de la institución, no siempre consigue humillar al interno. Para este autor, la institución como medida preventiva, pretende extirpar los sentimientos de los individuos que les hace vulnerables al daño moral.

Ante cualquier incidente que ocurre en un módulo con un interno del PAIEM, se le comunica al jefe de servicios y éste al médico que después de examinarlo, le informa al subdirector de tratamiento que es la que decidirá a qué módulo irá: “mira a ver qué le pasa a este, que me ha llamado tu compañero. Si lo ves mal lo dejamos en la enfermería y si no lo llevamos al módulo 7 y que aprenda” me dice un día un compañero. El sujeto en cuestión es Sergio que dada su juventud y su inadaptación al medio pierde el control de sus impulsos con gran

facilidad. En esta ocasión le ha dicho a un funcionario: “déjame en paz, solo quiero fumarme un porro sin molestar a nadie”.

Cuando el subdirector se refiere a verlo “mal”, en realidad está hablando si sufre una descompensación *psicótica* y si se ha infringido un daño contra su persona. Si el daño es producido a terceros, se interpreta como que el interno “sabía lo que hacía” y en el incidente de Sergio se le envía a un módulo conflictivo “para que aprenda la lección”. El interno podrá pasar a su módulo de procedencia cuando acate las normas del sistema y se discipline convenientemente.

Meses más tarde en una reunión del PAIEM se comentó: “Ya le hemos castigado mucho y su comportamiento es muy bueno, puede volver a su módulo”, sin plantearse si se había conseguido una recuperación emocional o un equilibrio del padecimiento del individuo. La intención de la institución no es por tanto rehabilitar, motivar o incentivar cambios comportamentales que puedan reducir el sufrimiento del sujeto *enajenado*, sino infringir un castigo que le haga comprender a la persona cual es el camino *correcto* para lograr la transformación que la institución espera de él.

Los módulos donde se suelen castigar a los sujetos del PAIEM con conductas disruptivas son el M7 y el M1 que cómo vimos en la página 106, son los que se destinan a todos aquellos internos que no son capaces de alcanzar estos niveles de alta exigencia en cuanto a normas se refiere. En estos módulos el control aparente sobre el interno es menor, pero si la infracción cometida es considerada por el personal como grave, el castigo impuesto es mayor.

El bajo nivel de exigencia y la falta de actividades, provoca en los internos una apatía y desidia que les lleva a buscar entretenimiento en otros quehaceres considerados, más propios del mundo carcelario; a saber: peleas, consumo de drogas, intercambios ilegales o coacciones y amenazas. De esta forma, estos módulos se suelen autorregular según el sistema de normas de los propios internos. En esta regulación interna, prevalece el dominio del interno más legitimado para ello en un sistema de jerarquías, donde el interno del PAIEM suele ser el de menor rango.

Si un interno del PAIEM es castigado a estos módulos, suele ser objeto de abuso y de burla por el resto de compañeros.

Lo pasé mal en el módulo 1, me miraban como si fuera bobo [...] cómo soy del PAIEM pues soy tonto para ellos. Me decían que les diera mi medicación y yo les decía que me la daban en enfermería cada día y no podía dársela, pero ellos me obligaban a esconderla debajo de la lengua y dársela luego a ellos. Se metían con mi forma de caminar, será porque estoy algo gordo y a

veces me quedo como pasmao [...] eso les hacía gracia supongo y se reían todo el día de mí. Yo quería explicarles lo del fin del mundo, los peligros que corremos y eso, pero no hacían caso [...]

(Carlos, 40 años, 11 años en la institución)

En otras ocasiones, como veremos más adelante, es el propio interno el que solicita el cambio a estos módulos, como mecanismo de resistencia frente al sistema.

Sin embargo, esta presión normativa también es ejercida por los familiares desde fuera del sistema (Martínez, 1998) y por las instituciones externas vinculadas al sistema penitenciario:

Mi padre me ha dicho que de momento cuando salga tengo que estar tranquilo y cuando ellos ya me vean bien me darán un puesto de trabajo con un amigo de mi padre que tiene una fábrica de zapatos, pero me tiene que ver estable primero, que día a día voy evolucionando, que no voy recayendo [...] Yo me veo muy motivao [...] pero me da miedo recaer [...] en el módulo te marean mucho, que si quieres esto, que si quieres lo otro [...] pero yo he hablado con la trabajadora social y quiero ir a un centro de discapacitados de mi pueblo.

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

En otras intervenciones de Sebastián hemos visto cómo siente que desde que entró en prisión su vida está más equilibrada y que tiene una mejor calidad de vida “vivo mejor en la cárcel, entre comillas”. Su *alma* está adiestrada por el aparato institucional, adiestramiento (igual que vimos en Susana) que se extiende a sus familiares y a las instituciones extramuros en una continua construcción, en base a los diferentes centros en los que se ha desarrollado su biografía.

Richi por su parte, soporta el peso de la presión normativa de las instituciones judiciales que revierten directamente sobre la imposición del internamiento actual:

Lo de los jueces también es un circo [...] Una vez me juzgaron dos veces por el mismo motivo, en un juzgado me dijeron que me podía ir a la calle con una orden de alejamiento de esa señora y cuando ya me iba, viene un policía y dice que me llevan al juzgado de enfrente y ¡claro pues tengo que ir! y allí me meten 8 años por el mismo delito que antes me habían dejado en libertad. Entonces claro yo eso tengo que recurrirlo [...] yo a veces la he pegado (a su madrastra) cuando ya llevaba 10 minutos pegándome ¡pa, pa, pa! y le paraba un poco pero no le hacía nada. Entonces en el recurso que yo eché, en vez de mirarlo y ponerlo en acta, en la instancia me pusieron otro juicio que fue cuando me pusieron al final 4 años de los 8.

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

El relato anterior, nos parece realmente incomprensible desde el punto de vista judicial. Lejos de analizar si el suceso fue cierto o no, Richi siente la coerción de los sistemas institucionales más allá de los muros de la prisión, entrelazando el aparato administrativo de ambos sistemas sin hacer distinciones, entre recursos, actas e instancias penitenciarias. Equipara el poder de ambos sistemas y los significa en su persona como si de una única institución se tratara.

Luís evidencia esta misma extensión de las redes de poder y de la eficacia del poder normativo fuera de la prisión:

[...] tenía sensación de miedo continuamente, por si me metía en algún lío con los del pueblo, yo era muy liante en el pueblo [...] estuve en mi casa todo el permiso por si me metía en problemas [...] solo salía al estanco y al cura a confesarme [...] porque no sé si cometí un delito o no [...] uno se cayó por un puente y no sé si lo tiré [...] Con mi familia he estado muy bien porque cómo en prisión me habéis ayudado a no consumir [...] pues en la calle no he consumido, ¡he aprendido a no fumar porros! Mi madre se puso un poco nerviosa por mi comportamiento ¡que si no la hago caso! [...], ¡pero si yo solo intentaba agradarla! [...] Lo único que al final llegué una hora tarde y tengo miedo de que me quitéis los permisos [...] la próxima vez prefiero que vosotros me planifiquéis los permisos y hacerlo mejor [...], igual estoy capacitado para hacerlo yo solo, pero yo creo que vosotros lo hacéis mejor por si se me olvida. Podría ir al CRIS de Cartagena [...] no me atreví por si la guardia civil me pillaba [...] como antes yo iba ahí [...]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Luís se nos presenta como un *alma* atormentada por el castigo. Se siente en deuda con su familia por el sufrimiento causado a raíz del consumo de drogas, cómo veremos en el siguiente capítulo, y si inscribe cómo merecedor del castigo. En esta ocasión estábamos charlando sobre cómo le había ido su primer permiso. Cuenta cómo agobiado por la culpa acude a confesarse a la institución religiosa a la que también le otorga una extensión de las redes de poder. Refiere que ha disfrutado de su familia y pone especial interés en cumplir las normas que su madre le impone, más duramente tras su paso por prisión, en esa amplificación normativa.

Con tanta intensidad significa la disciplina que prefiere no salir de su casa para no infringir las normas. El espacio normado y coercitivo de la prisión traspasa los límites que la contienen y se instaura en su espacio familiar y social.

En esta extensión de poderes, los *enajenados* en ocasiones pueden investirse de una autoridad que se la concede su mente libre de condicionamientos, cuando se encuentran en un episodio

nombrado como *psicótico*. Alberto un día entra, entre divertido y furioso, a mi despacho interrumpiendo una consulta médica:

Que sepas que los 350 euros que le doy al director por pincharme cada mes, como me obligas a pincharme ya no se los voy a dar más, y le diré que es por culpa tuya y te echarán a la calle [...] ¡Si yo quiero tú te vas a la calle!, ¡es la última oportunidad que te doy para no chivarme!, si no me pinchas no me chivo [...]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

Por aquellos días Alberto estaba ingresado en la enfermería por una descompensación *psicótica* y la enfermera le avisa para administrarle una medicación intramuscular que le he prescrito hace unos días. El interno sabe que con ese tipo de tratamiento, más tarde se encontrará cansado, sin energía y no podrá dedicarse a pintar que como vimos es su afición favorita. En su mente confusa cree que le está pagando un sueldo al director y que ahora ha decidido quitárselo en venganza por mi imposición médica. Abandona la sala de curas y se dirige a mi despacho con la intención de intentar negociar la medicación. Le explico que creo que es conveniente para él la medicación, ya que lleva unos días muy alterado con problemas regiminales y que la medicación le puede tranquilizar.

Ante mi negativa de evitarle el tratamiento, decide continuar adelante con su plan y haciendo uso del poder que supone tener, me amenaza con expulsarme de la institución. Le acompaño a la sala de cura y cuando me asegura que me hará caso y se pinchará, abandono la sala para seguir con la consulta médica. Al salir le dice precipitadamente a la enfermera: “esta médica está loca, ahora que se ha ido corre y tira todo y no me pinches”.

Finalmente la enfermera consigue convencerle mediante el engaño de que en realidad está aliado con él y no le pinchará lo que yo le he prescrito sino agua destilada. Alberto guiado por la confianza en la enfermera, accede al tratamiento sin sospechar que tanto ella como yo hemos sido partícipes de las lógicas del sistema, al aplicar las tecnologías de poder propias de la medicina.

Cómo hemos visto hasta ahora, la institución normaliza y homogeniza en base a una herramienta disciplinaria, que se concreta en expresiones de poder a través del uso de tecnologías sobre los sujetos. En esta aplicación del poder los técnicos desempeñan un importante papel en el juego de las interacciones entre los diferentes actores.

La tecnología de poder de los técnicos constituye un elemento de poder adicional sobre el disciplinario. Concorre un papel cada vez más preponderante en el ejercicio sancionador que ya no tiene solo quien juzga, sino quien trabaja en la prisión, quien organiza la prisión, quien

mantiene las actividades que se están haciendo allí; es decir, cada vez más lejos del proceso del castigo se encuentra aquel, a quien corresponde enjuiciar, cuál es la pena que debe imponerse a quien comete un delito.

Es decir, la sustitución por aquellos que saben sobre lo carcelario, de aquel que sabe lo que es justo o lo que es injusto: el juez desplazado por el funcionario, por los técnicos o por la dirección de la prisión. En suma, la maestría técnica sobre el *alma*, sustituye al sentido innato de la justicia y queda enmascarada la tecnología del poder sobre el *cuero*, por la tecnología del *alma*, en las acciones de los educadores, de los psicólogos, de los médicos o de los trabajadores sociales.

Un ejemplo de lo que digo, quedó de manifiesto cuando a David le anularon todas las sanciones disciplinarias que tenía pendiente por una equivocación de los técnicos. David tiene varios partes disciplinarios que cumplir, ocasionados por las múltiples autolesiones que se infringe. Lleva dos años solicitando a la junta que se hagan efectivos los partes, pues hasta que no los cumpla y no los cancele no puede pedir un permiso penitenciario.

Van pasando los meses, hasta que al llegar a los dos años David intenta conseguir a través de mi persona lo que no consigue con la institución: “doctora, por favor, dígame a sus compañeros que me bajen los partes para poder cancelar”. Yo lo comento en una junta y me contestan sin más: “¡anda pues se nos ha olvidado!”. Son dos años de “olvido”, dos años en los que David no ha podido solicitar el permiso, dos años que David ha aguantado cómo *alma* dócil acostumbrada a la tecnología del poder. “Vale [...] pues seguramente se las anularemos [...] a ver si va a denunciar” continua apuntando un participante.

Definitivamente, deciden suspenderle las sanciones ya que el fallo es suyo y no quieren que denuncie ante el juez de vigilancia penitenciaria. El fin último del castigo no era por tanto *enseñar* o rehabilitar al interno, sino el uso de la tecnología de poder sobre los sujetos. Poder que deja de interesar ante el peligro de una denuncia ante el aparato judicial. La defensa e intereses particulares de los técnicos se imponen a su principio moralizador y *experto*.

El saber de los técnicos que puede sustituir al poder regimental o judicial, según la pericia del sujeto por hacer prevalecer su autoridad, encuentra en la aplicación sobre los internos su máxima expresión.

Sonia, era una integrante del PAIEM que falleció de una sobredosis tras su salida en libertad. En una reunión en el *recinto* estábamos planificando cuando aún estaba viva, su inminente libertad entre todos los integrantes del grupo, ante la falta de una casa a la que acudir a su puesta en libertad. Entre ellos se encontraba su pareja en ese momento, quién propuso varias soluciones: acudir a un albergue o a casa de un tío suyo que estaría dispuesto a acogerla.

Algunos internos desde la empatía que produce el sufrimiento, llegaron hasta a ofrecerle su propia casa. Fue una bonita sesión donde quedó patente la ayuda mutua y las lógicas de apoyo entre los que se saben estigmatizados.

Pero otro asunto era exponer esta iniciativa en la junta de los técnicos. Acudí en primer lugar con mi propuestas de pisos de acogida que a nivel personal conozco, que fueron escuchados con recelo por el resto del equipo. A continuación, me encontraba ante la quimérica tarea de hacer validar las propuestas de los saberes profanos, sabiendo de antemano cuál sería su respuesta. Cuando expuse las opciones propuestas por los internos, las risas de los allí presentes duraron un largo rato, lo que yo vivencí desde la pesadumbre y desde la derrota de las lógicas alternativas al sistema hegemónico. “Estos chicos, ¡qué cosas tienen!, ¡cómo si ellos pudieran hacer algo!” dice un participante entre risas. “Pobres no se enteran de nada, ¡a su casa, dicen! comenta otro.

Para los técnicos era preferible dejar a la interna sin recurso asistencial, aunque estuviera fuera de las redes institucionales, que hacer valer las propuestas que escapaban a su amplificación de poder. El poder de los técnicos pugna por prevalecer sobre el de las normas de la institución misma y por supuesto sobre los agentes deslegitimados de antemano.

En otras ocasiones son los propios internos los que nos otorgan ese poder a los profesionales de manera gratuita e inocente:

Tú mandas más que los funcionarios, yo sé que tú tienes mucho poder [...] llevas muchos años en la cárcel, inauguraste el PAIEM conmigo [risas] y tienes mucho poder para ayudar a la gente a que cambie, para poner o quitar medicación [...] y tú lo sabes y yo también.

(Miguel, 32 años, 7 años en la institución)

La interacción entre los actores sociales en la prisión, está sujeta a múltiples condicionamientos aparte de la relación asimétrica de poder entre ambos grupos. Por ejemplo, las relaciones de confianza y de reciprocidad son muy comunes entre los sujetos, siempre que el grupo de internos detecta una línea de fractura en la infranqueable disposición del grupo que tiene el poder en la contienda disciplinaria:

Yo te veo más a ti como persona que como médica porque hablas con nosotros como si fueras una amiga, nos ayudas [...] y no dices como los otros médicos ¡tómame esto porque mis cojones lo mandan!, ¡es así!, y ¡oye!, que estamos en una cárcel y eso que tú haces es muy difícil, porque yo he dado con muchos doctores en la cárcel [...]

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

En ocasiones esta confianza se transforma en una fe ciega en el profesional que ocasiona un abandono del *alma* de los sujetos en la técnica, en este caso de la cual, obtienen escucha atenta y horizontalidad en los saberes. Las relaciones en estas circunstancias no tienden a exhibirse y esa simetría suele quedar en el ámbito de lo privado. Víctor me dedicaba una de sus muchas poesías, en las que cómo vimos, expresa libremente unos pensamientos que de otra manera quedarían furtivos para el sistema:

[...] solo de venir nos causa buenaventura, eres nuestra doctora y cómo tal nos animas a estar bien y eso nos gusta, y como a todos nos alegras el día cada vez que vienes [...] somos como ciegos que tú nos haces recobrar la visa, somos como sordos que tú nos haces recobrar el oído y como eso mucho más ¿porqué será? Porque nos tomas en serio, no como los demás y por eso te lo agradecemos, no nos falles nunca. Siempre te haremos caso porque tú eres nuestra madre aquí dentro, no conocemos otra más, cuando sufres nosotros también sufrimos a nuestra manera, pero resulta que siempre llevas una sonrisa que nos ilumina y alegra el día y eso es lo más importante, así que sigue así doctora, en nombre de todos [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

O cómo James me espetó una tarde de navidad en la enfermería:

[...] habría muerto años atrás de no ser por tu manera de comportarte conmigo [...] jamás alguien fue tan paciente conmigo y mis gilipolleces [...] tan capaz de escucharme y darme todas las ayudas y consejos que me das [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

Pero no siempre los sujetos me vislumbraban de esa manera, ya que en otras ocasiones me encontré legitimando el poder disciplinario desde la asimetría, franqueando el itinerario del entendimiento y la horizontalidad. Ocurrió un día que me encontré con Alberto en el pasillo del módulo, yo llevaba prisa y el intentaba apresuradamente hablar conmigo. Como yo no le atendía, utilizó un nombramiento que suponía llamaría mi atención, cómo efectivamente ocurrió. En ese momento lo interpreté como un allanamiento en mi atributo de técnica y se lo recriminé: “no me llames así delante de la gente, Alberto” le dije. En ese momento Alberto no protestó para decirme días más tarde:

Perdona que el otro día te llamara Pepa [...] me sentí mal porque te ofendieras [...] yo creí que eras mi amiga [...] por eso te llamé así, perdona ahora te llamaré doctora. Un día vi escrito en tus zuecos “Pepa” y dije pues así le gusta que la llamen [...]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

No es infrecuente que los técnicos busquen alianzas con los internos desde la asimetría que les proporciona su posición y ejemplo de ello suele ser, el provocar la confianza del sujeto para revelar más tarde, comportamientos disruptivos. Estas revelaciones terminan invariablemente manifestándose al resto de técnicos dejando el *alma* del individuo expuesta y desprovista de privacidad alguna. Así comentaba un día un participante: “David está consumiendo mucho y habrá que sancionarle, pero no le comentéis que yo lo he dicho que si no, no me contará nada más”.

En estas interacciones entre ambos grupos, los sujetos buscan el reconocimiento y la aceptación del grupo al cual no pertenecen. Los técnicos el reconocimiento y los internos la aceptación. Así cuando un técnico se considera reconocido por el interno como instrumento de control, es cuando considera al *cuerpo* disciplinado, y por lo tanto transformado. Comentaba un día un participante: “Alberto es la primera vez que me sonrío [...] está mucho mejor y me prometió hacer todo lo que le dijera, ¡yo creo que ya podemos darle los permisos!”.

Sin embargo las alianzas y disputas en la arena de juego no se producen tan sólo entre los sujetos de los diferentes grupos, sino al interior de los mismos también. Cada semana nos disponemos en torno a la mesa de la sala de juntas. A medida que los profesionales van llegando se van sentando, pero básicamente todos los técnicos tenemos un sitio *reservado*, que se suele respetar por el resto y que nos posiciona en la defensa de nuestras diferentes *legitimidades*.

Estas posiciones no son fáciles de defender y dependiendo de los profesionales que acudan ese día a la reunión, será más o menos costoso. Habitualmente, es el subdirector de tratamiento quién marca el ritmo de la sesión y en su ausencia se posiciona en el poder, el miembro más legitimado para ello.

El resto intentamos validar nuestras opiniones, que si coinciden con la intención de disciplinar y transformar son bienvenidas, pero si intentan autorizar la opinión de los saberes profanos, automáticamente se desestima la iniciativa, para pasar a legitimar tan solo la opinión que coincida con el sistema. De esta manera, es bastante complicado hacer oír la voz o las necesidades de los internos, acallando la tuya propia si adivinan la posibilidad de una dehiscencia en la institución. En múltiples ocasiones, me he visto deslegitimada como *poder* médico hegemónico que no interesaba y en otras, solicitada para conseguir sus propósitos.

Lo habitual, es que uno de los asistentes a la reunión tome el control de la misma y los demás asientan ante sus propuestas. Los miembros disidentes del equipo, ante la ausencia de

ratificación de sus propuestas, terminan por abandonar o por resistir estoicamente, a sabiendas que serán desoídos.

En una reunión, se me recriminó muy severamente un informe que yo había enviado al juez de vigilancia. Ese informe lo envié al juez sin la acostumbrada solicitud por su parte y esto y el contenido del mismo fue lo que ocasionó la amonestación. Un participante había enviado un informe al juez, previa solicitud de éste, sobre la falta de rehabilitación de James y que resultó en la consiguiente denegación del permiso penitenciario. En él se detallaba, que presentaba incapacidad para la resolución de problemas, déficit de integración, negatividad ante la institución y falta de conciencia de enfermedad entre otras adscripciones.

De todo ello, lo único que era patente era su actitud negativa ante la institución pero yo desconocía que eso constituyera un motivo para denegar un permiso. En relación a su incapacidad para resolver problemas era más bien una prohibición del sistema para pronunciarse con respecto a los mismos. La integración con el resto de compañeros era buena y le gustaba ayudar a las personas mayores de la enfermería con dificultades para llevar a cabo su vida diaria. Si bien es cierto que James no acepta su diagnóstico, se cuida mucho de manifestarlo más allá de nuestra relación horizontal.

Por lo tanto decidí hacer un informe al juez sin que me fuera solicitado, al entender que poseía el mismo *poder* ante el juez que mi compañero y pretendía hacer valer mis saberes de *experta*. En el informe, fui punto por punto rebatiendo las afirmaciones *rebatibles* de mi compañero, quedando supongo de manifiesto, mi intención en su envío, que no era otro que deslegitimar el anterior informe. Desafortunadamente para James, mi informe fue desoído, obviando en este caso el *poder* biomédico. El juez estimó que la transformación del sujeto aún no era efectiva y que por lo tanto debía de ajustarse la calidad de la pena. Foucault nos habla sobre ello:

“[...] en cuanto a la duración del castigo [...] corre el peligro de perder todo valor correctivo, si se fija de una vez para siempre al nivel de la sentencia. La longitud de la pena no debe medir el “valor de cambio” de la infracción; debe ajustarse a la transformación “útil” del recluso en el curso de la pena (Foucault, 2009:247).

Estaba claro que para la institución, James no había sufrido aún una transformación *útil*, y por lo tanto debía alargar la espera en la concesión de los permisos.

En otra reunión, un participante opina sobre la medicación de David, del cual es su tutor, porque lo ve un poco adormilado en sus actividades diarias. Sin darme la ocasión de contestar y debatir sobre el problema, otro participante le dice: “bueno eso no es cosa tuya,

eso es cosa del médico y ya lo verá ella cuando quiera, tú no tienes que decir nada”. Suele ocurrir que la persona que más conoce al interno al menos en sus características regimentales es su tutor y el resto suele tener muy poca información acerca del sujeto. Sin embargo, es habitual desoír la opinión del tutor, para hacer prevalecer el saber del *experto* que más convenga en cada situación.

Cuando acabamos la reunión, me dirigí a él para decirle que se quedara tranquilo, que llamaría a David y trataríamos el tema. Antes de poder comunicarle mi intención, veo cómo están hablando entre los dos participantes ya que les une una relación personal: “bueno tu mejor me lo apuntas al psiquiatra y que él decida”. Es por tanto la jerarquía de poderes la que una vez más legitima a los saberes *expertos*.

En este sentido, el sistema desde la Dirección General inviste de poder a los diferentes profesionales, dotándoles de la posibilidad de tomar importantes decisiones sobre el devenir de los sujetos, aún sin poseer casi ninguna información sobre ellos. Los integrantes del equipo multidisciplinar, disputan sus relaciones de poder en una *arena de contiendas* que nos recuerda a la definida por Ted Lewellen en referencia al campo político como:

[...] una sociedad, o parte de ella, donde existen dos o más estructuras políticas rivales. Dentro de la sociedad que protagoniza la contienda pueden presentarse ciertos espacios en los cuales los equipos que hayan aceptado las dos formas de reglas buscarán encontrar apoyo para así destruir la imagen de los adversarios. En este sentido nos encontramos con la definición de pelea política en su máxima expresión. Podemos llegar a encontrar prácticas de tipo subversivas, todo con la finalidad de agredir al rival político (Lewellen, 1985:107).

En otra ocasión, se detectaron problemas cuando los internos salían de permiso a la casa de acogida de la pastoral y se decidió hablar con ellos para solucionarlo. Me ofrecí para hacerlo personalmente ya que conocía a la persona encargada del mismo y la veía a menudo. Rápidamente fue rechazada mi propuesta al no admitir el equipo otra manera más flexible y menos formal para solucionar el problema: “bueno, bueno, que hable primero el encargado y luego ya veremos si hace falta el médico” dijo el compañero que lideraba la reunión. Siempre se referían a mí como “el médico” sin hacer referencia a mi condición femenina, así que estaba acostumbrada a responder ante tal nombramiento.

Como ya vimos en la página 11, la aplicación del poder normalizador de la disciplina, depende de la formación, subjetividad, voluntad y cognición singular de cada técnico, quedando enmascarado el poder, desde el conocimiento.

El capital simbólico que posee cada actor social es puesto en juego para obtener el máximo rendimiento dentro de su campo relacional. Me refiero a la noción de campo de Bourdieu, como:

[...] un sistema de relaciones sociales, definido por la posesión y producción de una forma específica de capital simbólico; es un sector determinado de la actividad social (estructuras simbólicas) donde los participantes desarrollan actividades en las que ponen en juego los recursos de los que disponen, buscando obtener los bienes que sólo este campo específico puede proveer (Bourdieu, 1994:139).

Un ejemplo de ello, fue cuando en una ocasión me llamaron para ir a ver a Antonio, porque estaba muy agresivo en el módulo y había agredido a otro interno. Después de explorarle, comunico al jefe de servicios que se encuentra en una descompensación *psicótica* y no puede cumplir sanción de aislamiento a lo que me contesta: “Bueno tu pínchale lo que sea y a tomar por culo, luego me lo llevo a aislamiento”. La resolución del conflicto es el aislamiento del interno en la celda de cristales de la enfermería como ya vimos en tantas otras ocasiones, aplicando la disciplina bajo el *auspicio* del conocimiento *experto* biomédico.

9.3 Señales de guerra

En Fenomenología de la percepción Maurice Merleau-Ponty (1981) afirma que la condición de la vida humana se establece en la relación existencial entre el *cuerpo* y el espacio, así como en la diversidad de experiencias que se generan en esta intersección. Para este autor, el *cuerpo* no es sólo una realidad física con cierto grado de autonomía o una suma de sus partes, sino una corporalidad que habita un mundo social con determinadas coordenadas espacio-temporales. De esta forma, la corporalidad puede entenderse como un territorio y a la vez como una forma de experiencia, que integra el mundo físico del cuerpo, tanto como el espacio de la acción social.

Niko me explicaba una tarde cómo no se avergonzaba de su *cuerpo* tatuado de múltiples autolesiones:

[...] son mis señales de guerra, de guerra con mis demonios. Aquí en la cárcel cuando alguien ve mis cortes en el gimnasio no se me acercan [...] yo noto que me miran con respeto [...] no soy uno más del PAIEM [...] aquí me conocen todos y no tengo problemas con nadie pero en la calle ya es diferente [...] Voy a ir por ahí con las chicas y van a decir: “¿Qué le pasa al loco éste?” He pensado tatuarme todo el cuerpo para tapármelo pero no sé [...] esta feo ¿no? un tatuaje en la

cárcel vale, pero en la calle [...] bueno en Benidorm puede que de igual, allí todo el mundo hace lo que le da la gana [...]

(Niko, 28 años, 10 años en la institución)

Niko se siente orgulloso de su *cuerpo* y le gusta entrenarlo en el gimnasio. Cuando salimos al *recinto* acostumbra a mostrarnos los progresos de sus músculos y no le importan las numerosas señales de su *cuerpo*. Significa sus autolesiones cómo símbolo de poder ante el resto de internos, hasta el punto de diferenciarse del grupo del PAIEM, encontrando un claro motivo de distinción basado en el respeto que le tienen. Niko no es como otros individuos del grupo retraídos y avergonzados en su corporalidad, sino que disfruta mostrando su *cuerpo* sabedor de que es un símbolo de poder en la institución carcelaria.

Sin embargo es muy consciente de la relación con su *cuerpo* según el contexto en que se halle. Lo que para el mundo de la prisión otorga respeto, ocasiona embarazo en el exterior del sistema. Es bien consciente que, en la medida que el sistema de valoración sobre su *cuerpo* varíe, él debe también adecuar su respuesta al espacio de acción social en que se desenvuelve.

A lo largo de todos estos años, he podido observar cómo los *cuerpos* de los *enajenados*, hablan sin pronunciar palabras, se expresan desde los silencios y las miradas esquivas que no están dispuestas a aceptar los significados con los que habitualmente nombramos las *certidumbres*. A través de sus *cuerpos*, expresan su relación con el sufrimiento, sus relaciones con los *otros* ya bien sea en un gesto de súplica o de disentimiento, sus conformidades disciplinadas o sus silencios obligados ante los poderes hegemónicos.

Es bastante común que sus *cuerpos* dejen ver los padecimientos de sus *almas*, y que el poder biomédico se apropie de esas expresiones del padecimiento, al interpretarlos como signos de la *locura*. Así en las facultades de medicina se describen cómo signos propios de las psicosis, la indumentaria extravagante, el rapado del pelo y/o la falta de higiene. Para la medicina, constituyen signos de alarma ante los que actuar para evitar un desenlace dramático. El sujeto expresa sus padecimientos y la medicina se los apropia para su corrección. Una tarde, ciertamente plomiza, le pregunto a Mario porqué se ha dejado esa barba tan espesa y desigual:

[...] ¿No ves cómo está la tarde?, pues así me siento yo [...] desde que empecé con la depresión ésta, me siento mejor con la barba [...] A las ocho me obligan a estar en pie y aunque no haya dormido como sé que tengo que estar de pie pues me levanto, me visto y me quedo así quieto en la cama hasta que llega la hora del recuento [...] pero la barba no me la quito [...] aunque me

obliguen no me la quito. Yo sé que al funcionario ese no le gusta y anda todo el día diciendo por ahí que si esto, que si soy un guarro, que si me la va quitar él un día [...] pero yo pienso [...] pues si es lo único que me queda ¿no?

(Mario, 52 años, 8 años en la institución)

Mario utiliza la barba con una doble intención. La dejadez en su aseo personal le permite expresar su pesadumbre y a la vez posicionarse frente al sistema. Reivindica su derecho a manejar las apetencias de su *cuerpo* por encima de la norma, en un acto estratégico de posicionamiento de resistencia. Del mismo modo que Niko se siente orgulloso de sus marcas autolesivas, Mario se resiste en el hecho de dejar crecer su barba, aprovechando las proposiciones de su *alma*.

Como tan bellamente nos dice Correa-Urquiza, los *cuerpos* de la *locura*, son leídos y significados por los *otros*:

Hablamos de un cuerpo arqueado, retorcido, lento y obligado al camuflaje; de un cuerpo tenso tembloroso, dubitativo, obeso, que no es ya el cuerpo de la locura, sino el de aquello que los “otros” hacemos con ella. Hablamos de un cuerpo que comunica “ausencia”, “vacío” (Correa-Urquiza, 2016:2).

En otras ocasiones los sujetos sufrientes buscan la aceptación del *otro* en la materialidad del contacto físico, en una búsqueda de equiparar las diversas corporalidades al hacerse merecedor de su contacto. Algunas tardes en las que el reparto de medicación en la enfermería está más distendido que de costumbre, les gusta acercarse, tocarme, chocarme las manos, besarme en la mejilla o abrazarme si la cuestión a tratar es manifiestamente emocional. Los gestos dejan de ser taciturnos y huidizos para descubrirse sin temor, generosos, alegres y entusiastas. El *cuerpo* individual expresa el *cuerpo* social y político y se significa a través de las emociones.

Según afirman Margaret Lock y Nancy Scheper-hughes (1987), las emociones afectan la manera en la cual el *cuerpo* y el padecimiento son experimentados y proyectados en imágenes del funcionamiento del *cuerpo* social y el *cuerpo* político. Estas autoras plantean la duda, si la expresión de los sentimientos puede estar libre de un significado cultural, para finalmente considerar que es la cultura, la que precisamente, nos determina la manera en la que sentimos. Las emociones así entendidas, crean un vínculo capaz de tender puentes entre *cuerpo* individual, *cuerpo* social y *cuerpo* político. Como afirma John Blacking: “las

emociones son las catalizadoras que transforman el conocimiento en entendimiento humano y que trae intensidad y compromiso a la acción humana” Blacking (1977:5).

En el ejemplo de Víctor, también se muestra en el *cuero* individual cómo las emociones, sirven para vehicular las relaciones con el *cuero* político y social en el contexto social en el que está inmerso:

La gente no me quiere, siempre he tenido esa sensación desde pequeño, la gente no me abraza [...] solo me quiere mi madre, no sé si es porque dicen que estoy enfermo o qué. Tengo miedo de que no me quieran y de que no me toquen. Yo soy callao y tímido y si me dicen que haga algo pues voy y lo hago para agradar a la gente [...] pero yo nunca he tenido la satisfacción de que las personas, me den una palmada en la espalda y me digan que lo he hecho bien. El otro día cuando me animasteis en el PAIEM y me dijisteis que me queráis y me aplaudisteis [...] me dio un poco de vergüenza pero me gustó. Me resultó un poco raro que tú también me abrazaras, teniendo en cuenta en las circunstancias en las que estamos [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Víctor se sorprende de que en este contexto, alguien que está en una posición jerárquica muy diferente a la suya como es la médica, le abraza. Hemos visto cómo expresa sus sentimientos, mediante la escritura y así libera emociones que de otra manera quedarían ocultas. Su *cuero* tímido, reclama en los territorios en los que se siente seguro, un contacto físico que le apacigüe y le envista de seguridad. Desde su *cuero* dócil le resulta complicado e incómodo el aceptar la horizontalidad de relaciones con los poderes institucionales, a pesar de que observa cómo los demás se permiten pequeñas licencias en ese sentido. Ofrece su *cuero* tan solo a las emociones corporales, que él considera son propias de su adscripción sociocultural. Según dijimos en la página 56, para Foucault (1989) el *cuero* está inmerso en un campo político y las relaciones de poder que operan sobre él, lo doman y lo someten. Este sometimiento no se obtiene por los únicos instrumentos de la violencia o la ideología. Existe también una tecnología política del *cuero*, que no está formulada en discursos sistemáticos y que utiliza procedimientos dispersos y no que no están localizables en las instituciones.

Un ejemplo a lo que me refiero, lo vemos en Jony que se encuentra en la celda de cristales de observación. Su *cuero* está desnudo, exhibido y desprovisto de cualquier protección defensiva, causando una mutilación del yo (Goffman, 1989). Es observado las 24 horas del día pues en una descompensación *psicótica* se puso agresivo e intentó agredir a un funcionario. Unos días más tarde, y tras el efecto de la potente medicación en su *cuero*, sus gestos denotan una manifiesta sumisión en presencia de los funcionarios. Su mente

permanece disgregada e incoherente pero su *cuerpo* físico se repliega sin dudarle ante un sistema que le transforma cada día las expresiones de su *alma* .

En un cacheo rutinario e inoperante ya que el interno aparte del colchón, la ducha y el retrete no tiene otros lugares en la celda donde esconder objetos prohibidos, pude comprobar el *cuerpo* disciplinado de Jony. Con las manos detrás entrelazadas a la espalda, el tórax y la cabeza erguidas y las piernas conformadas en la figura, les daba la bienvenida a los funcionarios a su celda: “pasen ustedes señores funcionarios, busquen lo que quieran”. Su *cuerpo* no pierde la rigidez hasta que tras finalizar su tarea los funcionarios de vigilancia, me dejan a solas con el sujeto. En ese momento Jony me mira, sonrío, distiende la figura y me dice: ¡ah, vale, vale, joe, que eres tú!

Me resulta especialmente significativo éste último comentario de Jony. Al disminuir la presión normativa sobre su persona, relaja su *cuerpo* y adopta una apariencia apaciguada y al margen de la disciplina. Al igual que Jony, Richi me encuentra un día por el pasillo del módulo y en un impulso de acercamiento, me toca la mano con camaradería sin ser muy consciente de a quién se la había tocado: “¡ay perdone!” Cuando comprueba que soy yo me dice: “a ti sí, a ti sí” y se ríe.

Pero el *cuerpo* físico como agente con capacidad de acción, en ocasiones intenta escapar del poder biopolítico y cómo dice Foucault:

El cuerpo al que se le pide ser dócil hasta en sus menores operaciones, opone y muestra las condiciones de funcionamiento propias de un organismo. El poder disciplinario tiene cómo correlato una individualidad no solo analítica y “celular”, sino natural y “orgánica” (Foucault, 2009:160).

En el relato de José vemos un ejemplo de cómo el cuerpo físico intenta escapar del control institucional. Un día lo traen muy alterado a la enfermería: “toma ahí te lo dejamos, te lo traemos porque al final la va a liar en el módulo” me dicen los funcionarios. Entra a la consulta médica muy nervioso, con los ojos muy abiertos y las manos aceleradas moviéndolas en todas las direcciones como si diera manotazos al aire:

Perdona todo este lío, doctora pero yo estoy para casarme, para buscarme una mujer y casarme y los ordenanzas cuando me explican las cosas se me acercan mucho y me tocan [...] cómo si me acunaran [...] y yo no voy de eso [...] esos tíos son muy raros y luego se chivan de todo [...] no me gusta ese toqueteo, quiero que me dejen tranquilo [...]

(José, 38 años, 4 años en la institución)

Su alteración ha sido ocasionada por su enfrentamiento y negativa a someterse a la docilidad de su *cuerpo*, que le pedían las ordenanzas del PAIEM. Como veremos a continuación éstos suelen tener un contacto físico muy próximo con los internos, que no siempre es bien recibido por los integrantes del grupo. José que no entiende el poder disciplinario de los funcionarios, no está dispuesto tampoco a ceder su *cuerpo* al poder delegado de los mismos. Pero los *cuerpos* de los sujetos, no solo se someten a la disciplina de los gestos, de los actos verbales de sumisión, de las posturas denigrantes. De manera inconfundible, el *cuerpo* del *enajenado*, sufre la violencia de los tratamientos psiquiátricos que unas veces son impuestos por los poderes biomédicos como vimos en el capítulo anterior y otras aceptadas por las *almas* dóciles. La impronta que la medicación deja en los *cuerpos* de la *locura* se muestra explícitamente en sus presencias: “no me lleves al módulo todavía, que voy muy dormido con la medicación y se reirán de mí” me comenta apurado Jony en una consulta de enfermería.

A pesar que las nuevas medicaciones neurolépticas ocasionan menores efectos secundarios sobre los *cuerpos*, no es difícil averiguar para un experto en la materia, los sujetos que toman dicha medicación. Sus extremidades suelen estar algo inquietas con un tintineo imperceptible quizás para otros, pero no para ellos mismos. Su espalda ligeramente encorvada y con el tórax inclinado hacia delante como si la parte superior del cuerpo avanzará más rápido que las piernas. Los brazos caídos a lo largo del cuerpo y un aspecto algo desaliñado. Es común el uso de varias capas de ropa e infrecuente su cambio. Dentro de los rasgos faciales característicos de cada individuo, es frecuente la mirada perdida hacia delante, que hay veces que no te explican cómo no se tropiezan más a menudo, pues no suelen mirar hacia el suelo. Su facies cansada y adormilada con el gesto habitualmente retraído, esconde un sinfín de multiplicidades que revelan en territorios amigos.

Un aspecto importante que no se ve externamente pero que impronta gravemente su *cuerpo*, es la impotencia sexual que les suelen producir los fármacos e intentan llevar con la mayor dignidad posible.

[...] ya os he dicho muchas veces que ¡no!, me tenéis harto con la pinchaera esa [...] me tienen muy traumatizado con la pinchaera, con sangre, con dolor [...] yo no me pincho ya se lo dije al psiquiatra. Se empeñan en que soy esquizofrénico y lo único que me pasa es que quiero hacer en cada momento lo que me da la gana [...] Ya en mi país me pincharon y me quede to tirao, sin fuerzas pa ná [...] iba como un fantasma por la calle y la gente me miraba [...] mucha sangre [...] se me borró la cara [...] y mi madre me decía: ¡pínchate, pínchate! Pero claro no era su cuerpo

[...] y luego me vino lo de ahí abajo [...] que no podía hacer nada [...] ¡si no dejás ya la pinchaera me marchó!

(Luís Fernando, 27 años, 2 años en la institución)

El relato de Luís Fernando ejemplifica la impronta de la medicación en los *cuerpos* y lo que es más importante cómo lo resignifican los sujetos. Siente cómo si su identidad desapareciera y la medicación robara su *yo*, para devolvérselo manchado de sangre y dolor. Intenta preservar su corporalidad del manifiesto poder biomédico ya que siente que lo anula y lo construye en otra lógica bien alejada de la suya.

Por otra parte, en la prisión se configura una corporalidad particular en donde el poder y la violencia directa física sobre el *otro* a través de los *cuerpos* son premisas básicas en la vida carcelaria. Sin embargo no es habitual que los integrantes del PAIEM ejerzan ese poder sobre los otros, antes bien suelen ser sujetos apocados que no suelen intervenir en las peleas con los demás internos. No obstante, cuando se encuentran con una descompensación *psicótica*, su *cuerpo* se refuerza y ejerce de manera contundente la violencia corporal sobre los *otros*, en un contexto que realza la acción y el poder del más fuerte. Y este era el caso de Jony cuando estaba ingresado en el psiquiátrico de Fontcalent:

Yo cuando estaba en el psiquiátrico siempre estaba en el gimnasio, bum, bum, bum y estaba muy fuerte porque me pinchaba Winstrol⁶⁷ y vino a verme toda vergonzosa (su novia) con mi madre [...] y me preguntó cuánto me quedaba y mi tío me había dicho que no me casara [...] y yo le hacía caso a él, porque vivía con él ¿no? Yo en el psiquiátrico llevaba una chaqueta de la guardia civil, ¡un cuadro que flipas! Y me decían los guardias: “vigila a Andrés que no se vaya de la olla” yo le hacía a Andrés, ¡plas!: “hala pa dentro”. No sé porqué tenía que vigilarlo porque yo estaba loco también [risas] pero yo hacía lo que me decían. Cambiaba las botellas de agua por café y nos pedían la medicación y a mí me veían y decían ¡ostras, un guardia civil! Y empecé a darles palizones a todos. Y me dejaban tranquilo [...] era el dueño del patio. Otro día dejé en la ducha unas botas que me había regalado mi tío y uno dijo que eran tuyas. Yo creí que era de broma pero se las llevó y tuve que ir y darle un palizón [...] ¡Mira! ¡Toca! ¡Que fuerte estoy! [...] Bueno tú también has tenido que ser guapa en tu época, todavía eres guapa, pero pesas no creo que hagas mucho [risas]. Yo he oído a mucha gente del PAIEM, la doctora es guapísima [risas]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

⁶⁷ Esteroide sintético muy utilizado en la cultura carcelaria con el fin de aumentar la masa muscular y el rendimiento físico

Cuando a Jony los funcionarios le ceden una parte del poder que ellos tienen, lo acepta del mismo modo dócil en que acepta el poder sobre su persona. Su cuerpo físico es construido cómo una extensión y una herramienta de poder. Su *cuerpo* se entroniza en el poder y en la fuerza que administra de manera automática, sin pararse a pensar previamente si esos otros *cuerpos* son o no merecedores del castigo. La fuerza de su *cuerpo* le hace merecedor del poder de acuerdo a las lógicas carcelarias.

Aunque en el último capítulo se verá el uso de las autolesiones como resistencia frente al poder, me ha parecido importante señalar cómo éstas pueden ser también el resultado de la presión normativa. Una presión que provoca en los *cuerpos* impotencia, frustración, tristeza, sentimientos de inferioridad, impulsividad o sentimientos de vacío. Sergio me cuenta el porqué de sus autolesiones: “me chino cuando el funcionario me grita, no sé qué hacer [...] me pongo fatal y lo pago con mi cuerpo [...]”. Esta relación entre el *cuerpo* político y el cuerpo físico, supone un autocastigo infringido ante la cólera del poseedor del poder.

Niko por su parte dice: “al ver la sangre me tranquilizo y no hago daño a otros, ¿que quieren?, ¿que les enchufe una buena?, me pego un buen chinote y se pasa la rabia”. El control externo, pareciera que le lleva a controlar lo único que puede, que es su cuerpo físico.

James se detiene algo más al explicar el motivo de las autolesiones:

[...] a nosotros nos cuesta mucho controlar los pensamientos, tenemos que tener mucho valor y energía tanto en la cabeza como en el cuerpo ¡y oye! que también frenar un cuerpo que parece estar muy decidido y ya lanzado a cumplir solo esos pensamientos a veces sin darnos el tiempo necesario en prevenir o actuar. Creas que no, esto nos cuesta un esfuerzo tremendo y nos produce mucha confusión ya que hay pensamientos contradictorios y emociones también. Vale nos hacemos esto [se refiere a las autolesiones], el impulso se tragó, hemos ganado la batalla, y ¿qué? Pues que sentimos mal, hemos metido un deseo pa dentro, una energía rabiosa y mala que por algún lado habrá de salir [...] ¿no? Digo yo aparte de esto es que no acabas aquí, es que no hay límite de las veces que puede pasar a diario, o sea es muy difícil. Entonces nos chinamos y nos damos cuenta a la primera que nos relaja [...] los impulsos casi no existen durante varios días, el odio hacia nosotros mismos disminuye muchísimo, los pensamientos ya no salen disparados a alta velocidad y varios a la vez [...] no sé [...] frenan, van con lentitud ¡Qué oye! se puede hasta reflexionar, pensar por fin con un poquito de claridad, idea por idea, ¡eh! es necesario pensar así ¿no? [...] Vale quizá está muy bien que tengas 1000 ideas por segundo pero de qué sirve si uno no puede verlas por la rapidez con la que rebotan. O sea, sirve de menos que no tener pensamientos ninguno ¿no? Pero cuando pasan los días el impulso vuelve de nuevo, los pensamientos se aceleran y no has ganado nada, tan solo una marca más en tu cuerpo [...]

(James, 28 años, 8 años en la institución)

James es consciente del esfuerzo que debe hacer, para mantener los impulsos de su *cuerpo* dentro del sistema disciplinario. El hecho de autolesionarse no le produce el control que pretendía, pues al reprimir el impulso infringiendo daño a su *cuerpo*, tan solo consigue acallararlo, pero no suprimirlo. El control político externo, al igual que ha Niko, le lleva a autolesionarse, para poder acallar las voces y someterse a la dominación al menos durante un tiempo.

9.4 La jerarquía del poder

En toda interacción social se dan unas relaciones jerárquicas que conforman una red social simbólica y que condicionan y construyen dicha relación. Pero ¿cuál es el proceso que se da en el acto de reconocer y legitimar unas relaciones de poder sobre otras, dentro de la institución?, ¿qué elementos posibilitan esa disposición?, ¿cuál es el medio de legitimación para pertenecer o ser excluido del sistema de poder?, ¿cuál es su función social?, y ¿qué consecuencias trae que ésta exista?

Hemos visto, cómo en la prisión se ejerce un sistema jerárquico que no se detiene en él mismo, sino que extiende sus facultades más allá de sus muros. Así instituciones que convergen en su campo de acción con el centro penitenciario, sustentan en ocasiones sus decisiones en base a ese unívoco poder. De esta manera en el uso social de las estrategias de dominación, vemos la importancia de entender las relaciones de poder a través de Foucault que explica que “es importante acuñar una noción de poder que no haga exclusiva referencia al gubernativo, sino que contenga la multiplicidad de poderes que se ejercen en la esfera social, los cuales se pueden definir como poder social” Foucault (1989:104).

En el interior de la institución, esta jerarquía viene a establecer el funcionamiento mismo del sistema. Partiendo de la idea de adjudicar al director el vértice de la pirámide, el resto de actores se van acoplando y disputando sus poderes en esta lucha de dominios. El psiquiatra hace prevalecer sus saberes sobre el médico, los médicos sobre enfermeros y auxiliares, los subdirectores sobre los técnicos, los jefes de servicio sobre el director de manera soslayada, unos técnicos sobre los otros o los funcionarios sobre los *expertos*.

Lo sucedido a Luís Fernando muestra esta distribución que queremos señalar. Cuando se encontraba en clasificación de primer grado, desde la junta del PAIEM se había dado orden expresa que debía acudir desde el módulo de aislamiento a la escuela en el departamento de sociocultural. Los funcionarios no estaban acostumbrados a llevar a los internos de primer

grado a ninguna actividad fuera del módulo. De hecho esta orden era una excepción a la prohibición de los internos de aislamiento de salir fuera del módulo.

Con el propósito de evitar conflictos ante una posible desviación comportamental del interno, se decide no sacar al interno al módulo de sociocultural. Son conscientes de que contravienen una orden pero también saben que cómo es habitual, ningún miembro del equipo del PAIEM, comprobará si el interno está saliendo a la escuela o cuáles son los progresos en la misma. Ante la falta de comprobación del sistema se legitiman en la decisión, sin que nadie lo detecte. De este modo, los funcionarios hacen prevalecer sus decisiones sobre las de los técnicos.

En otras ocasiones es el interno quién le *concede* al funcionario de vigilancia el poder de los saberes *expertos*, legitimando decisiones técnicas que ni tan siquiera ellos toman. Así Jony en una aceptación sin fisuras del sistema expansivo del poder cree que son los funcionarios quienes deciden la medicación que se prescribe a los sujetos: “El Zypresa nos agota a los presos y los funcionarios cómo lo saben lo utilizan cómo defensa personal [...] Si un interno se altera, le dicen al médico que te pinchen y así ellos se defienden de nosotros”.

Capítulo aparte merece que me detenga en el papel de los ordenanzas del PAIEM en esta disposición de poderes y saberes. Según explicamos en la página 142, la intención del programa es que los ordenanzas funcionen como mediadores entre los *enfermos* y los técnicos y que realicen funciones propias de un agente de salud. En principio el agente de salud, debería estar integrado en el equipo de personal sanitario y participar en la toma de decisiones. Sus funciones consistirían en dinamizar y procurar acciones para promover el bienestar de los integrantes del PAIEM, además de servir de enlace entre éstos y los técnicos. Respondiendo a las preguntas que planteé al inicio, la institución legitima al ordenanza cómo instrumento de poder sobre los internos del programa, liberándose de ésta forma de la necesidad de una hipervigilancia sobre el individuo.

El ordenanza se convierte en la sombra del sujeto durante el día, delegando a su vez sobre otro preso de su confianza su vigilancia durante la noche. Dependiendo de los módulos un ordenanza puede llegar a tener siete u ocho internos a su *cargo*. Los internos del PAIEM suelen consultar con el ordenanza, cada uno de los actos que realizan, y es común verle rodeado de todos ellos en las diferentes rutinas diarias.

Un día me relataba Víctor: “nosotros en el módulo no tenemos problemas con los funcionarios, cuándo Vicente (uno de los ordenanzas) nos dice que nos sentemos en el patio nos sentamos, si nos dice que vayamos al comedor pues también vamos, en fin todo lo que nos diga, ¡es muy bueno!” El ordenanza les acompaña a la consulta médica, al despacho del

educador o del trabajador social, les escribe las instancias, les lleva la ropa a lavandería y habla por ellos cuándo se dirigen a un profesional. El poder cedido por el sistema les constituye cómo máximos organizadores de la vida del interno, delegando algunos internos del PAIEM por apatía y sumisión aprendida en ellos, sus propias decisiones.

Es justo decir, que en la mayoría de ocasiones en los primeros meses prevalece en los ordenanzas el rol de cuidador sobre el de dominación, ya que los procesos relacionales cotidianos y cercanos contribuyen a formar fuertes vínculos entre *enfermo* y *cuidador*. La cercanía corporal con los integrantes del PAIEM es llamativa, dándoles achuchones o palmaditas afectivas con mucha frecuencia. Suelen utilizar para nombrarles apodos cariñosos como “chipirón”, “tete” o “chiquitín”.

Susana describe así su percepción sobre la ayuda recibida por los ordenanzas. El módulo de mujeres nunca ha dispuesto de ordenanza, por considerar el centro que eran muy pocas las internas pertenecientes al PAIEM y que no era necesario utilizar ese recurso. Aun así, para Susana es importante en los momentos en los que participa en actividades comunes contar con ellos:

En la cárcel me alegro cuando me sacan al PAIEM, porque allí hablamos, también hablo mucho con los chicos (se refiere a los ordenanzas del PAIEM), ellos me ha ayudado mucho [...] siempre que me ven mal vienen y hablan conmigo, son muy cariñosos y si no fuera por ellos, muchos días no sabría por dónde tirar. Al principio no me hablaba con nadie y ahora me asocio con todas [risas]

(Susana, 28 años, 3 años en la institución)

Sabiendo el equipo de técnicos que el sujeto está permanentemente vigilado y que sus necesidades más básicas están atendidas, no tienen ningún impedimento en delegar en ellos, las funciones propias tutelares de la institución. Foucault explica cómo el poder transita en los actores relacionales y no tiene por qué estar concentrado en una persona:

[...] el poder no es un fenómeno de dominación masiva y homogénea de un individuo sobre otros, de un grupo sobre otros, de una clase sobre otras; el poder contemplado desde cerca no es algo dividido entre quienes lo poseen y los que no lo tienen y lo soportan. El poder tiene que ser analizado como algo que no funciona sino en cadena. No está nunca localizado aquí o allá, no está nunca en manos de algunos. El poder funciona, se ejercita a través de una organización reticular. Y en sus redes circulan los individuos quienes están siempre en situaciones de sufrir o ejercer ese poder, no son nunca el blanco inerte o consistente del poder ni son siempre los

elementos de conexión. El poder transita transversalmente, no está quieto en los individuos (Foucault, 1989:26).

Un ejemplo de ello es la confusión y el rechazo de las asignaciones de poder a cada uno de los actores, como le sucedió a Jony en una descompensación *psicótica*. Eran las tres de la madrugada y me avisaron para subir a atender a un interno que estaba sufriendo una crisis epiléptica. En la misma celda se encontraba Jony que observaba al interno fijamente y le daba órdenes para que cesara la crisis, adscribiéndose el rol de ordenanza y atribuyéndose un poder propio de los saberes biomédicos:

Mira doctora, mira como le curo ¡ehy soy el Jony tranquilo!, ¡soy el Jony!, ¡soy él que todo lo puede!, ¡nadie te va a poner ningún parte!, yo le vigilo, ¡mira! soy casi como un ordenanza [...]

(Jony, 27 años, 4 años en la institución)

Para ser merecedor de este *privilegio* que conlleva por un lado poder y por otro, una gran responsabilidad sobre los sujetos, la institución no reclama tener grandes conocimientos en salud mental, habilidades sociales empáticas o dotes de liderazgo y de autoridad. La mayoría de los ordenanzas no son elegidos en base a unas cualidades determinadas sino por sus antecedentes delincuenciales y recorrido regimental en la institución. Así, suelen tener delitos financieros o ser narcotraficantes de mediana o gran escala sin una elevada reincidencia y deben tener una vida regimental libre de partes disciplinarios y colaboradora con la institución.

La sumisión al sistema, es un elemento fundamental a la hora de elegir a los sujetos ya que deben de hacer de bisagra entre los internos PAIEM y la institución de manera que dejen libremente permear el poder. En una ocasión fue seleccionado un interno con delitos financieros, era su primera entrada en prisión, colaborador y sin ningún problema regimental, pero finalmente fue desestimado por que en otra prisión había tenido problemas con el director del centro: “Tuvo problemas con el director de la prisión de Valdemoro, no podemos cogerle”.

La función del ordenanza propuesta por el programa de actuar como mediadores de salud entre los *enfermos* y los técnicos, queda relegada por otras que son más necesarias para el sistema. A parte de su función de vigilancia y acompañamiento se les adjudica el reparto de medicación en situaciones especiales, la estabilización en comportamientos disruptivos o el ser una fuente inestimable de información acerca de los sujetos.

A pesar que en la mayoría de ellos, en principio prevalece un rol de cuidador y de interés real por el *enfermo*, con el tiempo la cesión de poder de la institución hace modificar su rol al desarrollo de un papel más disciplinante y mucho más acorde con el requerido por la prisión. El poder que los ordenanzas aplican sobre los internos, suele ser en cierto modo sutil, y va desde comunicar un comportamiento disruptivo a algún miembro del equipo para que éste actúe en consecuencia, a intentar desprestigiar a aquel técnico con el que no se lleva bien con comentarios maliciosos a los otros profesionales. También es usual contravenir una sencilla orden que saben que no será comprobada, considerarse superiores a los integrantes del PAIEM con frases del tipo: “no abusemos son personas también, no es tan retrasado e incluso a veces mejores que nosotros” o imponer unas lógicas contrarias al bienestar del sujeto, pero que saben que serán refrendadas por el sistema cómo vemos en el siguiente ejemplo.

Leo llevaba unos días sin acudir al reparto de medicación en la enfermería ya que tenía un esquinco que le dificultaba la marcha. Su ordenanza se debía encargar de darle la medicación en cada toma y así garantizar las indicaciones médicas. Leo le exigía toda la medicación por la mañana, para así poder juntar todas las tomas y conseguir algo de alivio a su sufrimiento: “si me las tomaba todas juntas conseguía colocarme un poco y pasar el día como si no estuviera aquí dentro” me explicó más tarde. Yo fui alertada del suceso por otro interno del PAIEM que notaba a Leo excesivamente dormido en el patio.

Cuando llamé al ordenanza, para que me explicara que había pasado con el reparto de la medicación de Leo me espetó: “mis permisos son lo primero. Me amenazó con buscarme problemas con los funcionarios si no se la daba a él toda la medicación por la mañana. A mí me da igual como se ponga, pero yo necesito mis permisos”. Cuando alerté al equipo sobre lo sucedido, algún miembro ya lo sabía porque el ordenanza había ido a solicitar “protección y alianza” a uno de los técnicos del programa. Se decidió en junta que el interno no estaba realizando bien su trabajo pero que era una pena echarlo pues mantenía a los internos muy disciplinados: “no nos interesa echarlo, los lleva a todos en cintura” se comentó en la reunión.

En el mismo sentido de cómo la institución cede el poder a los ordenanzas y de cómo éstos adoptan de manera *natural* ese rol disciplinante, observamos la pronta imitación por parte de los ordenanzas de las actitudes que observan en los técnicos. Así, suele ser frecuente que cuando un sujeto causa multitud de interrupciones en el sistema, se acabe por dudar de la verosimilitud de sus síntomas y de esa manera desligarse de los cuidados que requeriría el sujeto si *realmente estuviera enfermo*. Con ésta lógica la institución ahorra energías en la aplicación de cuidados que destina a la aplicación de la disciplina transformadora.

De la misma manera, cuándo un individuo del PAIEM está ingresado en la enfermería y causa múltiples trastornos al ordenanza (como solicitar tabaco, café, despertarle por la noche, interrumpirle las horas de su descanso con algún alboroto o autolesionarse), éste acaba por dudar de la realidad de su trastorno. En esas ocasiones es frecuente que acudan a mí para *explicarme*, cómo en realidad el interno está simulando y de que, cómo no tiene ninguna enfermedad, debe de volver a su módulo de procedencia: “doctora, este no tiene nada, tiene más cuenta que calleja, ¡lo que yo le diga!, cuando nos ve venir, comienza a gritar y si piensa que no le estamos mirando ¡duerme como una marmota!” ó “lo de la cuerda para ahorcarse era una tontería, solo quería más tabaco”.

Ante estos sucesos debo realizar un formidable esfuerzo por analizar el hecho desde la lógica de mis saberes de *experta*, desde la horizontalidad hacia los saberes profanos, desde el sufrimiento del sujeto, desde la estrategia del ordenanza y desde las significaciones que los diferentes actores dotan al mundo de la *locura*.

Por otra parte y retomando el ejemplo dónde el ordenanza busca legitimarse en algún miembro del equipo, es importante decir que el tema de las alianzas con los profesionales forma parte de los dinámicas legitimadoras de poder. De ésta manera los ordenanzas establecen una jerarquía de proximidades con los saberes *expertos* que les otorga aún más poder del cedido en un principio por el sistema. Del mismo modo a cómo nos explica Martínez-Hernández, los técnicos buscan esa alianza en los internos que les parecen más *razonables* y afines a sus propósitos:

Una simple mirada por parte del terapeuta a aquellos pacientes a los que considera más “recuperados” y que en términos prácticos son aquellos que suelen hacer juicios más cercanos al sentido común, puede servir para que éstos inicien una serie de comentarios críticos cercanos a las expectativas del terapeuta [...] pero para que ello funcione, el terapeuta tiene que establecer previamente una relación de transferencia o idealización que es absolutamente necesaria para que los afectados se identifiquen con sus intereses (Martínez ,1998:65).

Por otra parte los intentos dinamizadores y promotores de la salud, propuestos por los ordenanzas son convenientemente sofocados por el sistema. En una ocasión fueron invitados los ordenanzas del PAIEM a nuestra reunión semanal con la intención por parte de los técnicos de escuchar propuestas de mejora sobre los internos.

Los internos acudieron nerviosos y algo cohibidos, pues era la primera vez (y la última hasta la fecha) que eran invitados a esta reunión. Tuvo lugar en la sala de juntas habitual y cada uno de nosotros ocupamos nuestros sitios preferenciales, donde nos situábamos en nuestra

pequeña cota de poder relacional. Para ellos fueron dispuestas unas sillas en un rincón de la sala desde donde no tenían acceso a compartir la larga mesa de juntas con nosotros.

Lo primero que proponen es que ante la falta de profesionales disponibles para realizar actividades, se les permita a ellos reunirse con los internos a otras horas sin técnicos presentes y así poder llevar a cabo otro tipo de talleres como pintura, limpieza del *recinto*, concursos o deporte. Por parte del equipo no se considera oportuno, pues se exige la presencia de un profesional en todas las actividades.

Lo segundo es elaborar un plan de actividades más acordes con las preferencias de los internos: “a ellos les gusta hacer cosas más divertidas”, “que hagan dibujos, también son personas humanas” explican. No se acepta la propuesta pues no se cree que aporte nada a la rehabilitación del sujeto.

La tercera propuesta consistió en solicitar que cuando un integrante del PAIEM se porte mal no se le envíe a los módulos 7 y 1, ya que observan un retroceso en su comportamiento y en su bienestar. Se deniega la solicitud ya que el equipo opina que el paso por estos módulos es aleccionador para el sujeto.

Por último, proponen dar ellos mismos la medicación a las 8 de la noche en vez de a las 6 y media de la tarde en la enfermería, a aquellos internos que se quejan de que se duermen demasiado pronto. Se rechaza la posibilidad por el poder biomédico y se reserva la propuesta para casos excepcionales que le interese al centro, como puede ser el estado físico de un interno que le impida acudir a la enfermería circunstancialmente.

Poco a poco, la voz de los ordenanzas se va acallando a medida que se imponen las lógicas de la institución. La reunión finaliza dando las gracias a los ordenanzas por su asistencia y por unas propuestas que fueron rechazadas en su totalidad. La opinión de los ordenanzas de que las reuniones en el *recinto* eran muy bien recibidas por los internos no ayudó a conciliar sus iniciativas ni a restablecer mi cada vez más exigua cota de poder.

Así la jerarquía del poder muta y selecciona legitimidades en la medida en que se armonicen con la intención disciplinadora de la institución.

X

“¡COMEROS VUESTROS PERMISOS!”

Yo de pequeño he sido muy nervioso, siempre he padecido de los nervios, me dolían las piernas de lo nervioso que era. Yo solo iba al garaje y me ponía en un rincón encogido en la cochera, hasta que me quedaba dormido yo solo. Mi madre tenía que dejar sus obligaciones para jugar conmigo porque soy muy nervioso, muy nervioso, y así estaba mi pobre madre jugando hasta que mi padre se iba al bar que nos entraba el miedo a todos. Cuando mi padre volvía del bar, siempre estaba borracho y nos la liaba [...] a mi madre la pegaba y a nosotros [...] maltrato psicológico. Mi hermana era muy pequeña y no lo recuerda casi, pero yo te puedo decir que [...] es que esas cosas no las quiero recordar [...] pero bueno cosas como: ¡a mis hijos, no! y eso [...] Y cogerla de los pelos y llevársela a otra habitación [prolongado silencio]

Una vez mi padre pegó a mi madre por culpa mía. Yo tenía cinco o seis años y le quité a mi padre un paquete de tabaco por hacer la tontería y lo dejé encima de la lavadora. Cuando mi padre lo vio allí pensó que mi madre tenía un querido que se había dejado allí el tabaco y le pegó una paliza de muerte. Eso lo tengo yo muy dentro y nunca he podido hablarlo con mi padre [...]

Luego mi madre decidió separarse de mi padre ¡por fin!, tardó unos años porque nosotros le decíamos que queríamos estar todos juntos con el papá, [...] y entonces nos fuimos a casa de mi abuelo y estando allí desayunando vino mi padre con una navaja a “limpiarnos a todos” y aquello fue la bomba y vino la guardia civil y todo. Un amigo de mi padre se lo llevó al hospital y estuvo siete meses durmiendo. Yo recuerdo que salía de la escuela y me iba a verlo a casa de mi abuela [...] y siempre estaba durmiendo. Entonces ya decidió mi madre venirse a vivir a Murcia cuando yo tenía 11 años, porque su hermano había encontrado trabajo allí.

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Luís es estimulante en su presencia y enorme en su bondad. Da la apariencia de un chiquillo bullicioso que se rinde en sus empeños, si de ofrecer ayuda o consuelo se trata. Es delgado y espigado y sus pasos inquietos acompañan su atropellado lenguaje. Lleva el pelo largo con una cinta morada en la cabeza a modo de diadema, que le suma un aire despreocupado y desafiante a su figura. No le gusta salir sin su cinta del módulo y cuando en alguna ocasión ha permanecido en la celda de cristales y se la han retirado como muestra de poder, su figura altanera y risueña ha menguado en su frustración. Los ojos son de un verde claro, chispeantes y risueños como los que muestran los niños en su entusiasmo. Sus manos largas y huesudas muestran agilidad en sus maneras y energía en sus desafíos. Así cuando Luís se altera, al

igual cómo hemos visto en otros sujetos, mueve las manos de manera portentosa, intentando explicar lo que bulle de forma precipitada en su cabeza.

Habla de forma apresurada en una elocuencia que parece no tener fin. A pesar de que construye un discurso coherente sus temas se desplazan de un interés a otro sin aparente coste en su enunciación. Debes situarte en su dinámica de locución, para no perder la cantidad de información que puede proporcionarte en unos minutos. La siguiente conversación es un ejemplo de las muchas que mantuvimos a la largo del tiempo que coincidimos:

-¿Cómo estás?, ¿te encuentras bien?, yo de maravilla, ¡esto de la cárcel es una pasada!, ¿te das cuenta cómo nos cuidáis?

-¡Vaya Luís! no hacemos nada especial, tan sólo intentamos que no lo paséis demasiado mal.

-¿Demasiado mal dices? Si yo me llevo genial con mis compañeros. Me lavo la cinta cada día y salgo contento. Por cierto me queda muy bien la pulsera morada que me regalaste, nadie me había regalado una igual.

-¡Pero si es de la tienda de los chinos!

-¿Ves? A China teníamos que ir, no con esta gentuza de funcionarios que te miran mal y te hacen daño, ¡que harto de esta gentuza! ¿Volveré a Jaén algún día? ¿Sabes que dicen que las palomitas no son de maíz?, no sé de qué eran [...] pero de algo raro [...] ¡Si sois como de mi familia!, ¿porqué no me cuidan todos igual? A veces estoy tan contento que me pongo nervioso, ¡soy muy bueno con el ajedrez!, ¡yo intento hacer todo bien, pero luego vienen ellos y lo joden!

-No pienses demasiado en ello.

-No que va [risas] si pienso en ti y en tus viajes ¿te gusta mi camiseta? Acabo de limpiar la escalera y no quiero pensar en mi madre. ¿Sabes si me darán el permiso? ¿Me acelero mucho, verdad?

- Es tu manera Luís, tú nos das mucha alegría a todos.

Sin embargo, cuando habla de su familia se muestra más pausado y reflexivo, lo que se debe al dolor que le causa. Luís encuadra su experiencia, en términos de las personas importantes que pasaron por su vida, así como las trayectorias que la marcaron. Su madre, al igual que ocurre en otros individuos del PAIEM, marca su infancia y adolescencia en este caso a través de la compasión y cercanía que le produce. Hemos visto, cómo en otros sujetos la madre, aparece cómo generadora de sufrimiento e incluso significada cómo el origen de su *enfermedad* (como en el caso de Richi o de José). Sin embargo para Luís, su madre es un ejemplo de valentía y de entrega a sus hijos. Se siente culpable porque su madre permaneció

con su padre durante muchos años, sufriendo malos tratos, para no alejar a los hijos de su padre.

El incidente en el que se atribuye que su padre pegara a su madre por su culpa, es otro motivo de la culpabilidad que siente hacia su familia. Este recuerdo es traído al presente siempre que se siente triste y en cada una de sus crisis, me lo relata cómo si fuera la primera vez que lo hiciera. Su padre le hace daño por el dolor infringido a su madre, pero ni siquiera en esos momentos de su infancia es capaz de juzgarlo o acometer contra él. De acuerdo a la bondad que lo caracteriza, a su manera intenta cuidarlo, en un intento de no desmembrar la unidad familiar que le asienta y le configura como individuo.

Mi padre también dejó Jaén y se fue a vivir a Barcelona más tarde. El ya no bebía y nos venía a ver de vez en cuando [...] y ahora ¡fíjate!, ¡el pobre se está muriendo y no me dejan ayudarlo! Yo le he perdonado porque yo sé lo que es ser adicto a algo y que se te vaya la cabeza por culpa de los tóxicos [...] me gustaría hablarlo con él antes de que se me vaya y decirle que le he perdonado, porque él también lleva su cruz [...] y no dejo de pensar en ello.

En esa preocupación constante por sus familiares, uno de los motivos que ha venido provocando varias descompensaciones emocionales, ha sido el hecho de que su padre se está muriendo a causa de un cáncer. Su padre vive lejos y debido a su enfermedad no puede venir a visitarlo. Luís pasa el día maquinando cómo puede ayudar a su padre, no entreteniéndolo su *alma* en cómo obedecer a la disciplina del sistema. Por este motivo tiene múltiples incidentes disruptivos con la institución, pues no mantiene su habitual sistema de frenado de los impulsos ante las normas impuestas.

Una vez más, vemos cómo ante una crisis *psicótica* el sujeto libera sus condicionamientos disciplinarios y da rienda suelta a su verdadera significación del sistema. Se siente amenazado por la institución ante sus prioridades y se posiciona en unas lógicas que no asumen los valores de la institución.

Y esas lógicas le incitan a solicitar hacerse donante de células para colaborar en la curación de su padre. La petición es acogida con escepticismo y no dudan en denegar su petición: “¡Madre mía!, ¡Cómo va a hacerse donante! ¡Si está fatal de la cabeza! ¡Éste no sabe lo que dice!”, se comenta en la reunión semanal. Desde los poderes hegemónicos se interpreta el padecimiento mental como algo que incluye a la persona en su totalidad, invalidándole para el resto de cometidos tanto orgánicos como psíquicos. Luís sabe que el discurso institucional se acabará imponiendo sobre el suyo propio y ésta constatación ocasiona una nueva crisis en su ya *desmadejada* cabeza, como veremos más adelante.

Por otra parte, Luís identifica el consumo de drogas cómo otra afrenta más a la familia y de hecho se lo oculta a su padre durante varios años:

Estuve yendo al colegio hasta los doce años, me encantaba. No necesitaba estudiar, solo con las explicaciones del maestro sacaba notables y sobresalientes.

Luego lo dejé porque me eché a la droga, con malos amigos, con las pastillas y eso [...] A lo mejor me vino grande que con 11 años tuviera que hacer las tareas de la casa porque mi madre estaba todo el día fuera trabajando. Trabajaba en las hortalizas y se iba a las seis y media de la mañana y a lo mejor eran las doce de la noche y no había venido todavía. Tenía que cuidar de mi hermana pequeña, lavar los platos, hacer la comida, tender la ropa [...] y a lo mejor me agobié un poco porque claro ¡eso no lo había hecho yo antes! Pero mi madre necesitaba de verdad que la ayudara.

Mi hermana ha consumido muy esporádicamente pero nunca ha estado enganchada, es que se vino mucha gentuza a vivir a mi barrio. Pero yo no empecé a consumir por esa gente, yo empecé por culpa de un guardia civil [...] un día lo vi fumando heroína y le dije ¡pues trae, dame un poco! Y dije ¡madre mía!, pensé ¡si se me han quitado todos los problemas! Se me olvidaba el agobio, los malos recuerdos, el haber dejado a mis amigos del pueblo [...]

A mi padre se lo he tenido ocultao (lo de la droga) hasta los 18 años, mi pobre madre con 14 años ya lo sabía porque yo iba a recoger la metadona todos los días [...] y ella me la daba [...] pero seguía consumiendo con el guardia civil. Consumía de todo, era politoxicómano y empecé a hacer cosas malas [...]

Luís sabe que su adicción le provoca problemas y sufrimientos añadidos a la madre, pero por otra parte deja descansar su padecimiento mientras que dura el efecto del tóxico. Intenta proteger a su hermana del consumo y finalmente ésta consigue abandonarlo. Es su madre una vez más, la que marca su trayectoria en su recorrido por las drogas, administrándole ella misma el tratamiento. Agradece a su madre este gesto y por otra identifica sus ausencias, cómo el origen de una adicción que años más tarde le llevará a la cárcel. Cuando habla sobre los robos, baja la mirada e interrumpe la narración durante unos minutos. Se siente tan avergonzado que no es capaz de nombrar el acto como tal y lo expresa como “cosas malas”.

Con 14 ó 15 años me viene abajo y se lo dije a mi madre y me puse en tratamiento de desintoxicación [...] ellos me ayudaban mucho pero yo siempre he sido un bala perdida y hasta hace 4 años no me he dado cuenta. He estado muchas veces por orden judicial ingresado en los psiquiátricos, ¿no sé porqué?, porque yo solo era que estaba enganchado a la droga, pero no estaba loco ni ná. También iba a Reto, a Proyecto hombre, a muchos sitios. Pero en Reto no te dejaban llamar más que una vez cada 15 días a tus padres [...]

El recorrido institucional de Luís se inicia en los ingresos involuntarios en psiquiátricos de la sanidad pública y continúa en centros privados de rehabilitación para toxicómanos. Al contrario de cómo vimos en Sebastián o en Jony, para él las instituciones no son un lugar para la socialización o para recobrar el camino *correcto*. Acepta las instituciones en la medida en que son sustituidas y equiparadas a su familia, dotándolas de valor si le aportan un significado de pertenencia.

Una vez le dijeron a mi madre que estaba a punto de darme un brote psicótico. Yo no sé porqué me dijeron que tenía esquizofrenia, que verían en mí [...] pero mi madre empezó a esconder todos los cuchillos de mi casa [...] siempre me han tenido miedo en casa [...] tengo una cosa por dentro [...] que me hayan tenido miedo siempre [...] porque yo les quiero mucho a todos [...] no sé que le pasa a mi cabeza [...] es verdad que yo siempre he sido muy agresivo y siempre me he querido salir con la mía, pero no sé si eso tiene algo que ver con la esquizofrenia [...] Si alguien me levantaba la voz ya la tenían conmigo, me conozco bien, me conozco bien [...] Yo solo he oído una voz muy fuerte, muy fuerte de verdad. Yo estaba echado en el sofá y me dijo ¡Luís! y ya está [...]

Al igual que la mayoría de los sujetos no adscribe su sufrimiento a ninguna categoría nosológica. Sus experiencias son explicadas en una narración que no adscribe un significado de *enfermedad* a sus padecimientos.

No entiende el porqué de ese nombramiento, pero cómo ya vimos (página 224), mantiene una duda continua que intenta resolver, *atreviéndose* a discutir con el sistema lo acertado de su diagnóstico:

Cuando yo vi que mi hermana empezaba a tontear con la droga, yo estaba ya muy hundido pero le dije que consumiera conmigo, que yo no la iba engañar ni nada y a meterle cualquier porquería. Y entonces consumíamos alguna raya de cocaína juntos pero ella eso ya lo ha dejado y tiene dos niños preciosos que son mi alegría [...] Yo a mis sobrinos los quiero un montón [...] me encanta leerles cuentos [...]

Otro motivo de su enfrentamiento con la institución, vuelve a estar relacionado con su familia. Luís adora a los hijos de su hermana y el sistema se cree con el derecho de manejar y dictaminar cómo debe de ser esa relación, desde el conocimiento de los saberes *expertos* en los que se enmascara el poder. De manera aleccionadora, le instruyen sobre la conveniencia de apaciguar los sentimientos que despiertan en él sus sobrinos y distribuir sus afectos de manera satisfactoria: “no son tus hijos Luís, no te pases” le insisten algunos técnicos del

programa. Luís desoye los consejos sin pararse a reflexionar sobre ellos: “¡que sabrán ellos! ¡Lo que faltaba!” Me comenta despreocupadamente. Una vez más sus prioridades hacen fluctuar la obediencia disciplinada hacia el sistema.

Yo llegué a estar muy tirao [...] estuve viviendo un año en la calle y todo, mi padrastro me daba trabajo pero yo estaba muy perdido y no quería saber nada de ellos. Y no dejé la droga hasta que no entré en prisión [...] a la semana de entrar pasé el mono arropado con mantas y ya está [...]

Cómo el resto de sujetos del programa, al entrar en prisión suelen disminuir o abandonar el consumo de drogas. En el resto de internos del centro esto suele ser más bien al contrario y en muchas ocasiones llegan a aumentar o a iniciarse en el consumo. Esto último es debido a que en la prisión es bastante sencillo conseguir droga, ya que en muchas ocasiones no es necesario comprarla y se intercambia por otros bienes materiales, por favores sexuales o se invita por simple camaradería.

El mecanismo de entrada de droga en prisión, suele ser a través de los familiares que se lo suministran a los internos en las comunicaciones familiares, que tienen lugar en una habitación libre de las miradas de los funcionarios. Otro método usado frecuentemente, es la introducción de la droga por el mismo interno, cuando éste vuelve de un permiso penitenciario.

Los internos del PAIEM no suelen realizar estas estrategias, ya que no se encuentran con la suficiente capacidad para burlar la vigilancia del sistema.

Sin embargo, los individuos del PAIEM debido a su sufrimiento añadido, encuentran algo de calma y sosiego en sus voces amenazantes o en sus delirios estructurados al disminuir el consumo de droga. Excepto en alguna excepción cómo le ocurre a James (cuyo consumo es moderado) el abandono de su hábito tóxico, suele frenar sus descompensaciones y encontrar algo de paz al suspender el consumo. Hecho, éste que no impide que en fases más avanzadas de su internamiento, busquen un consumo casual de hachís ante situaciones de estrés.

Luís nos relata así su arrepentida experiencia con las drogas:

En prisión yo siempre estoy muy nervioso y me acuerdo mucho de mi madre ¡no te lo puedes ni imaginar como la quiero! Yo ahora he estado analizando [...] porque me voy a un rincón y analizo solo [...] y me estoy dando cuenta de las otras vidas, porque yo solo he vivido siempre en la mía de la droga y la delincuencia y ahora me doy cuenta de lo que he perdido [...] pues estar con mi familia, tener una pareja estable, podía haber disfrutado de todo, en la calle solo consumía y si no, pues buscaba cómo consumir. Yo nunca he sido feliz [prolongado silencio]. Yo veía a mis amigos con sus padres y yo pues eso no lo he tenido nunca. Eso de irnos los cuatro un domingo a

tomar algo, eso nunca lo hemos hecho Aquí en prisión he encontrado una familia y en el primer permiso estaba deseando entrar para estar aquí con mis compañeros, porque vale, aquí todos somos delincuentes de una manera o de otra, pero aquí me he encontrado gente no sé [...] buena, y es que yo siempre he estado amargándole la vida a mi familia, mi madre llorando a lágrima viva y mi padre buscándome por todas partes arriesgándose a que le hubieran pegado un tiro y todo eso por mí [...] solo por mí y yo ahora me siento impotente. Y aquí en prisión he encontrado algo de esa felicidad que tanto he añorao, por el trato que me dais, por lo que me ayudáis, por haber confiado en mí [...] y cosas así [...]

Acorde con la preocupación constante por su familia, adopta a la institución cómo sustituta de ésta y delega sus relaciones sociales al ámbito penitenciario, ya que, como vimos (página 258), cuando sale de permiso percibe cómo su madre lo rehúye y provoca ansiedad en ella. En la institución, siente que forma parte de un grupo de una *enfermedad* que no reconoce, pero qué le define como integrante de un sistema de relaciones.

La prisión, por tanto, puede provocar en el individuo una inversión de preferencias relacionales desde la familia al nuevo contexto, en el que debe construirse con el resto de sujetos, si no quiere acabar en la exclusión relacional. Son muchos los internos del PAIEM, que no les preocupa este ostracismo buscado, sin embargo los sujetos comunicativos y expansivos cómo Luís, necesitan de ésta integración social para reajustar su identidad fluctuante.

A mí antes me iba todo bien en la cárcel, hasta que me habéis quitado los permisos [...] se me han cortado mis ilusiones, mis metas, ¿no sé porqué pensáis vosotros que me puede ocurrir algo en la calle?, igual os imagináis que voy a volver a recaer en la droga, que voy a reincidir [...] Desde que me habéis quitado los permisos yo ya no soy el mismo de antes y no es que esté enfadado con vosotros, estoy enfadado conmigo mismo porque: ¿por qué me ha tenido que pasar esto? Pero la verdad que yo no he consumido nada para que me diera el brote psicótico ese. Yo hago reír a todo el mundo, los compañeros del PAIEM lo dicen, siempre que puedo ayudar a alguien lo ayudo, si veo a alguien indigente pues lo invito a un café, a un paquete de tabaco. Pero ahora estoy muy agobiao, con muchas dudas con respecto a cuando salga a la calle, y no sé si voy a aguantar 8 horas trabajando ahí fuera [...]

A medida, que se enfrenta con el proyecto transformador penitenciario, Luís observa cómo su *alma* y su sistema de valores va siendo alterado:

Lo de las normas yo lo llevo muy bien, si yo tenía un expediente impecable hasta que mi padre se puso enfermo y entonces se me fue la cabeza y luego eso que dicen que yo le pegué a uno ¡pero si

no tiene parte de lesiones ni nada! Y luego también otro parte cuando me corté el cuello por lo de mi abuelo que tiene Alzheimer y no sabe que estoy preso ni ná [...] por eso lo de los permisos me ha venido fatal [...] pero ya está nada más [...] ¡Por favor! Dígale al funcionario que si le elevo el tono de voz es sin darme cuenta ¿vale?

A mí la prisión me ha servido para valorar la vida y saber lo que estaba haciendo, y todo lo que estaba haciendo estaba mal. Aquí por primera vez he cogido una responsabilidad de limpiar el módulo y el ordenanza del PAIEM ha confiado en mí cuando antes nadie lo había hecho y llevar una vida ordenada, si es que yo antes nunca había llevado una vida ordenada [...] a mí me ha venido muy bien y habrá gente que me escuche y diga ¡tú estás pirao!, ¿Qué te gusta la cárcel? No estoy pirao lo que pasa es que a mí me ha venido muy bien para darme cuenta de la realidad y a partir de ahora pues valorar lo que tengo y hacer las cosas bien hechas.

En determinadas ocasiones la conversación se torna calmada y afable, pero cuando su mente escapa al control institucional, sus comportamientos y sus palabras se revelan frente al sistema, cómo vimos anteriormente (página 294). En éste comentario aparenta asumir el sistema de valores de la prisión, pero en otros muchos, muestra las estrategias de resistencias que desarrolla para escapar al control penitenciario. Utiliza para ello diversas maniobras cómo consumir hachís, autolesionarse, negarse a bajar al patio en el horario establecido, negarse a tomar el tratamiento prescrito, solicitar un cambio de módulo, comprar las coca-colas que le tienen prohibido y/o solicitar la baja del programa PAIEM.

Esboza una pregunta, que el resto no se atreve a enunciar: ¿te gusta la cárcel? A pesar de su aparente sencillez es de gran relevancia para los integrantes del PAIEM, ya que muchos de ellos se sienten más seguros y con un cierto equilibrio emocional dentro de la institución. No podrían aseverar que les gusta la prisión, pero su connivencia aparente con el sistema, denota una aceptación de los nuevos valores ofrecidos por un sistema que les asegura una vida *normalizada y pertinente*.

Nos entregan su *cuerpo* y su *alma* para poder recuperarse y a partir de aquí construir una nueva identidad alejada de sus propias lógicas. Queda la pregunta en el aire de sí una vez puestos en libertad, serán capaces de reconstruir su *yo* dañado y ductilizado, sin la impronta de su paso por el centro penitenciario.

10.1 Estrategias adaptativas

Ante la presión normativa que ejerce el sistema penitenciario sobre los individuos, surgen una serie de escenarios de angustia e incertidumbre en los sujetos disciplinados. Los internos pueden manifestar estas situaciones de ansiedad en forma de conductas adaptativas o

provocando disrupciones en el sistema, en forma de amenazas, peleas, conductas agresivas o autolesiones.

Dos son los principales tipos de ajuste secundario que analiza Goffman (1970) en una institución total y que presentan un interés especial, para el análisis del transcurrir de la cotidianidad en un centro penitenciario. El primero, llamado ajuste violento, lo realiza quien queriendo salir del establecimiento u obstaculizar su normal actividad, se niega a desempeñar el papel que le ha sido asignado (alguien que no sigue las normas, no realiza sus tareas como debe y hace una manifiesta ostentación de su enfrentamiento, desafiando sistemáticamente las órdenes de los funcionarios). El segundo modelo de ajuste, denominado reprimido, lo lleva a cabo quien se adapta a las normas del establecimiento “sin introducir ninguna presión enderezada hacia un cambio radical” (Goffman, 2012:202), es decir, sin necesidad de que medie ninguna forma de imposición violenta.

El interno comprende, que aceptando la sociedad disciplinaria en la que se desenvuelve, obtendrá menos pérdidas y más ganancias, y busca esta adaptación tratando de maximizar los beneficios regimentales y personales.

Sin embargo en la presente investigación se observa, cómo los sujetos no están subordinados a un tipo de ajuste estructurante y definitorio, sino que en un mismo individuo van variando sus posiciones con respecto a la institución.

Las resistencias en los individuos son definidas frente al control del poder cómo argumenta Foucault. Para el autor la resistencia no es anterior al poder que se opone: “la resistencia es coextensiva al poder y es rigurosamente contemporánea” (Foucault, 1994:161).

Por otra parte, para Foucault la resistencia no es la imagen invertida del poder, pero es, como el poder:

[...] tan inventiva, tan móvil, tan productiva como él. Es preciso que como el poder se organice, se coagule y se cimiente. Que vaya de abajo arriba, como él, y se distribuya estratégicamente (Foucault, 1994:162).

Por tanto, en el momento mismo en el que se da una relación de poder, existe la posibilidad de la resistencia. El poder no es determinante; siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y según una estrategia precisa. Tanto la resistencia como el poder, existen como expansión de una relación de fuerzas, es decir, como una lucha o enfrentamiento que genera procesos de creación y transformación.

En la narración de Víctor a su entrada en la institución, se muestra cómo no acepta el diagnóstico impuesto por el sistema, ocupando una posición enfrentada frente al poder biomédico:

[...] yo crecí pensando que un padre pegara a una madre era normal y la hiciera sangre y todo [...] y cuándo empezó a pegarnos a nosotros, entonces ya se separó. Todo aquello me afectó muchísimo y creo que fue cuando comencé a hacer cosas raras [...] no sé [...] me escondía de todos y le mentía mucho a mi madre, por miedo [...] A mi padre le robaba dinero para que no pudiera ir por ahí [...] bueno también para vengarme de lo que nos hacía [...] El médico me dijo que tenía trastorno bipolar, no sé muy bien porqué, yo sé que me dieron una pensión y todo. Yo no sé si lo tengo, yo creo que no lo tengo [...] Lo que me pasa es que a veces estoy muy triste y otras muy alegre, no sé si lo tengo porque no me pasa siempre, me pasa a temporadas [...] ahora mismo estoy confundido [...] Cada vez que sucede algo en mi familia es cuando me pongo mal. A mi madre le dijeron que era hiperactivo desde pequeño [...] pero eso no quiere decir que esté enfermo. Toda esa mierda que me das [se refiere a la medicación] a mí no me hace falta, yo estoy normal [...] ya no me la voy a tomar más y si me obligas pues intentaré matarme pero a mí no me haces tomarme eso [...] podéis tenerme aquí encerrado pero eso no me lo tomo [...]

Con el paso del tiempo no solo su *alma* parece estar definitivamente *domesticada*, al adquirir los valores de la institución que le reajustan al sometimiento, sino que es *mi* mayor aliado a la hora, de *corregir otras almas desviadas* de la adscripción nosológica.

[...] estos últimos días estoy muy triste y me hace mucha falta la medicación [...] creo que debes subirme la Gabapentina⁶⁸ [...] creo que es lo mejor para mi enfermedad. Últimamente estaba muy bien ¿te acuerdas? Pero estos días no sé que me pasa [...] no entiendo cómo algunos del PAIEM no quieren tomarse la medicación [...] ya sabes que puedes contar conmigo para explicarle a los chicos las cosas de su enfermedad. Me gusta ayudarte en las reuniones y cuando alguno dice que él no tiene nada creo que si se lo explico yo, lo entiende mejor [...] cómo el otro día cuando le expliqué a Javi lo que le pasaba [...] es lo que tú dices [...] si no se toman la medicación luego acaban con los problemas [...] que si aislamiento, que si celda de cristales [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

El proceso de docilidad que se observa en Víctor es excepcional, ya que en la mayoría de sujetos del PAIEM, a medida que aumenta el tiempo en prisión disminuye su aceptación al diagnóstico adjudicado. Sin embargo, cómo en la mayoría de individuos que aceptan la toma

⁶⁸ Fármaco con efectos en el sistema nervioso central que es utilizado en el trastorno bipolar como estabilizador del ánimo.

de medicación, ésta les sirve para poder afrontar la experiencia de la cárcel, mostrándose esta aceptación cómo una estrategia de tolerancia.

En función de cómo los sujetos cumplan con lo que se espera de ellos, se desarrollan diferentes itinerarios de privación o de acceso a los beneficios penitenciarios, según vimos en el capítulo anterior. Este proceso disciplinario sobre los integrantes del PAIEM, en su doble lógica penitenciaria y terapéutica, es dinámico. De este modo los individuos en prisión son agentes activos. Su agencia, parte de considerar las oportunidades y constricciones a las que están sometidos y ésta agencia les lleva a desarrollar diferentes estrategias, en función de los diferentes contextos penitenciarios, de las expectativas de libertad y de la estabilización de su padecimiento como elementos centrales.

En el espacio del *recinto*, se sitúan con la suficiente facultad de ejercer esta capacidad de agencia, y optar por aquellas estrategias que son capaces de aplacar su sufrimiento. En una ocasión decidí ponerles un vídeo de corriente antipsiquiátrica, en el que se cuestionaban conceptos derivados del diagnóstico transferido, el tratamiento obligatorio o la psiquiatrización del mundo.

Los internos acudieron a la reunión con la misma animosidad de siempre. Solemos encontrarnos debajo de la torre de vigilancia, donde convergen los sujetos, desde los diferentes módulos que los alojan. El resto de internos ajenos al programa y los funcionarios destinados al control de los internos en los pasillos exteriores ajardinados del centro, suelen mirar con asombro nuestros efusivos saludos cuando nos encontramos, que a pesar de que cada semana se repite el mismo ritual, no por ello deja de asombrarles.

En contra de lo que yo suponía, las voces de los sujetos no fueron unánimes en la negación de las lógicas hegemónicas. Así, una parte nada despreciable de ellos abogaban por la necesidad de un diagnóstico psiquiátrico que los definiera y de un tratamiento que los estabilizara: “Si yo no tuviera un diagnóstico no sabría bien quién soy, a mí me ayuda mucho saber que estoy enfermo para entender todas mis cosas” declara Antonio. Por otro lado, Ramón encuentra algo de seguridad en su nombramiento: “a mí no me importa si me dicen que soy esquizofrénico, estoy enfermo y ya está, me tomo la medicación y todo funciona correctamente”.

Otra parte de ellos exponían sin ninguna fricción su desacuerdo con el sobrediagnóstico que ejercía la medicina: “Cualquier persona puede encontrarse mal y no por ello estar enferma”, “hemos sufrido tanto de pequeños que es normal que nuestra cabeza no funcione cómo debe ser, pero de ahí a estar enfermos o necesitar tratamiento va mucho” nos explica Miguel. Javi es algo más categórico en su crítica al poder de la psiquiatría: “Estos se creen que por haber

estudiado cuatro cosas ya pueden explicar nuestras vidas”, “ nadie puede meterse ni mandar sobre la mente de los otros, lo que pasa es que cobran un buen dinero y se creen bien importantes por lo que hacen”.

Esto me dio una idea de hasta qué punto, los sujetos son capaces de expresar libremente sus suposiciones, sin tener en cuenta lo que se supone se espera de ellos, en un territorio en el que dominan las relaciones horizontales y se saben no cuestionados en sus elecciones.

Cada uno de los sujetos escogía la estrategia que más le acomodaba frente al diagnóstico impuesto, sin que ninguna de las voces se proclamara cómo hegemónica. Incluso cuando intentaba imponer las lógicas que hacen prevalecer los síntomas antes que los diagnósticos, las personas antes que los enfermos, era acallada por la proclama de su derecho a un diagnóstico y un tratamiento adecuado “¿no sé por qué dices eso? si luego nos pones tratamientos en la consulta” me espetaba Dani dejando sin voz mis argumentos.

Más allá de los territorios horizontales se establece un *juego* a través del cual las estrategias se vinculan y estructuran las relaciones de poder entre los actores. *Juego* entendido cómo nos señala Michel Crozier:

El juego es el instrumento que las personas han elaborado para regular su cooperación. Es el instrumento esencial de la acción organizada. El juego concilia la libertad y la obligación. El jugador permanece libre, pero debe, si quiere ganar, adoptar una estrategia racional en función de la naturaleza del juego y respetar las reglas del mismo. Eso quiere decir que debe aceptar para el avance de sus intereses las obligaciones que le son impuestas. Si se trata de un juego de cooperación, como es siempre en una organización, el producto del juego será el común solicitado por la organización (Crozier, 1977:113).

Julio Zino (2003) nos recuerda que las estrategias suelen adquirir un carácter colectivo y que pueden estar más o menos elaboradas, teniendo en cuenta que se construyen y se sostienen en relación a otros individuos. A pesar de tener un carácter racional están limitadas por las características de cada persona y por su situación en la arena de juego. De ésta manera el sujeto no siempre puede elegir la solución más deseada por él, sino optar por la solución que responda a unos criterios mínimos de satisfacción, en función de los objetivos que persigue. Prosigue el autor explicando, cómo al hablar de las estrategias de los actores que orientan sus actuaciones en una institución, debemos dejar de lado la idea de que los individuos desarrollan sus acciones en un contexto *ideal*, o que de entrada tienen definido unos objetivos con un plan predeterminado.

Cómo indica Crozier:

El actor raramente tiene los objetivos claros y todavía menos proyectos coherentes: éstos son múltiples; más o menos ambiguos; más o menos explícitos; más o menos contradictorios. Durante el curso de la acción los cambiará, rechazará algunos, descubrirá otros. [...] Su comportamiento es activo. Si está siempre obligado y limitado, no está nunca directamente determinado. [...] Es un comportamiento que siempre tiene un sentido; el hecho que no podamos relacionarlo con objetivos claros no significa que no pueda ser racional sino al contrario. En lugar de ser racional en relación a los objetivos es racional, por una parte, en relación a las oportunidades y a través de éstas al contexto que las define y por otra parte, en relación al comportamiento de los otros actores, al partido que estos toman y al juego que se ha establecido entre ellos (Crozier, 1977:56).

Lo importante, cómo recuerda Goffman (1970), no es la ventaja que los diferentes tipos de ajustes reporten a quienes los efectúan, sino el tipo de relaciones sociales que hacen posibles esos ajustes. Es necesario estudiar tales relaciones interpersonales, para averiguar si es posible llegar tras una serie de ajustes, a un punto de saturación en el que estas prácticas de los internos entren en contradicción con las relaciones sociales en las que se han desarrollado. Los internos y el personal funcional negocian estos ajustes durante el contacto cotidiano. No son tan solo estrategias de resistencia o sometimiento desarrolladas por los individuos o la institución para ganar mayor poder, sino pactos entre contrarios con capitales y *habitus* desiguales (Bourdieu, 1994).

Estos pactos revelan la naturaleza irresoluble, dentro del presente marco de sentido de su relación, del conflicto que les enfrenta. Se trata de acuerdos o treguas que refuerzan a ambos contendientes y al mismo tiempo, haciendo más fácil su convivencia, ayudan a sostener un orden social que se ve reforzado a través de múltiples arreglos no igualitarios.

Dentro de los acuerdos adaptativos que se establecen entre los diferentes actores, destacaría uno de ellos que por su frecuencia es especialmente relevante. Se trata de la discursividad normatizada que utilizan una gran mayoría de los integrantes del PAIEM como forma de estrategia colectiva.

Al igual que Martínez-Hernández (1998) y cómo vimos en la página 253, en mi etnografía he encontrado en múltiples ocasiones, cómo los sujetos emplean la palabra “nervios” para definir su padecimiento mental, tanto en referencia a ellos mismos como a sus compañeros de padecimiento:

Nosotros lo que tenemos son nervios. Nervios por todo lo que pasamos, nuestras cabezas están bien pero tenemos mucho nervio dentro [...] El chaval del otro día que se suicidó no sé que le pasaría si estaría enfermo o qué [...] pero yo creo que también tenía nervios. Los nervios es algo

muy normal, todo el mundo tiene nervios ¿no? Cuando salgo de permiso también me pongo nervioso y cuando era pequeño también. A mí la medicación me ayuda a estar más tranquilo pero hay días en que no lo consigo [...] si viene un funcionario con los nervios porque ha discutido con su mujer o no sé [...] la paga con nosotros y nos vuelven los nervios de nuevo y no conseguimos estar bien en todo el día [...] Yo creo que a lo mejor tenemos más nervios que los demás y por eso estamos así [...]

(Mario, 52 años, 8 años en la institución)

Tú también tienes nervios [risas] cuando vienes así no hay quién te aguante, que es mejor verte venir porque tus nervios son peor que los de todos nosotros [risas] ¡a lo mejor tenías que mandarte alguna medicación de vez en cuando!, [risas]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

Los sujetos utilizan la palabra “nervios” en un intento de normalizar su situación y obviar la existencia de una *enfermedad mental*, así como su estigma. En realidad, es una estrategia adaptativa que tiende a normalizar su situación empleando una afección común. Su discurso se normaliza y así *su enfermedad* deja de existir a los ojos del que le observa. Como dice Martínez (1998) “nervios” constituye una categoría neutra fácilmente asimilable por los sujetos del grupo y que cumple una función de encuentro comunicativo, al pertenecer al universo simbólico de los individuos. Al utilizar esta expresión, se deslegitima la autoridad del terapeuta y se puede negar a tomar la medicación desde la normalización del discurso ya que tan solo se padece “nervios”. La expresión del mismo modo que normaliza, puede constituir una estrategia de resistencia ante el temor de una deslegitimación social.

En las palabras de Alberto cuando me adjudica la categoría de “nervios” y la necesidad de tomar un tratamiento, se puede entrever a lo que hace referencia Sue Estroff cuando dice que: “todo el mundo tiene su propia locura” (Estroff, 1991:331). Para Alberto todos estamos expuestos a la *sin razón*, sin importar la posición que se ocupa en el espacio social.

Estoy de acuerdo con Martínez, cuando se plantea si esta estrategia común normalizadora puede ser considerada como resultado de una subcultura, pues al igual que él, he podido observar diferentes comportamientos en los sujetos ante situaciones de deslegitimación, “[...] pero en donde quejarse de los nervios constituye una estrategia posible dentro de este contexto de conflictos y de juegos y legitimación y deslegitimación” (Martínez, 1998:86). Por tanto no considero una subcultura las estrategias comunes, ya que varían en el mismo grupo y en el mismo individuo que las desarrolla.

De manera similar Goffman nos refiere cómo “[...] ésta tendencia al autorrespeto está firmemente institucionalizada dentro de la sociedad de pacientes” (Goffman, 2012:158). El *enfermo mental* se autojustifica proclamando su bondad y su ausencia de culpabilidad estableciendo una discursividad normatizada en referencia a “lo buena gente que es” equiparando sus valores, a los que considera que son solicitados en el contexto social en el que se desenvuelve. De esta manera consiguen proteger su *alma*, organizando estrategias frente al impulso normalizador:

Yo siempre he sido buena gente, desde muy pequeño, no sé eso me salía así [...] Sí tengo que ayudar a un compañero pues voy y lo ayudo y yo veo cómo aquí somos todos igual [...] todos nos intentamos ayudar [...] aquí todos pasamos por lo mismo. Yo a mis compañeros les veo buena gente, les gusta ir a lo suyo cómo a mí, pero si algo pasa, salimos todos en su ayuda. Yo en la calle no he visto eso, ¡solo lo he visto aquí dentro!, con los otros chavales (se refiere a los internos que no pertenecen al PAIEM), no [...] esos están más a la droga, al trapicheo, no se ocupan de los otros [...] es como cuándo ayudaba al ciego [...] a nosotros nos dicen que somos raros, pero no ven que somos mejores personas que ellos [...] y luego nos tratan mal y eso, ¡cómo si fuéramos peores que ellos!

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Pablo de esta manera, explica la búsqueda de la normalidad, a través de una estrategia normalizadora que pasa por construirse en un discurso en el que, el grupo del PAIEM se define como mejores personas que el resto de internos.

Otra manera de ejercer la discursividad normatizada es a través de la utilización en su discurso de la palabra “normal”. El uso de la palabra hace referencia, a la adquisición de valores que suponen son los *normales* cuándo la persona toma el camino *correcto* que se espera de él.

Los sujetos con ésa estrategia discursiva buscan la integración en la sociedad y el alejamiento del estigma atribuido. Así expresiones cómo: “cuando salga a la calle dejo mi pensión y me pongo a trabajar cómo una persona normal, ¡no voy a chupar del bote toda mi vida!” de Luís; “ahora hago deporte y me ha abierto a la vida cómo alguien normal, soy otra persona” de Roberto; “bueno he dicho que soy Jesucristo, pero es una manera de hablar, todos podemos ser un Dios y tener poder ¿no?, cómo personas normales que somos” de Leo; “yo creo que llevando una vida normal y sin drogas si se puede trabajar” de Susana o “al salir a los jardines parecemos cómo personas normales que no estamos en prisión ni nada” de Miguel nos muestran ese intento integrador, en la normalización de la sociedad que los estigmatiza.

Este intento de regularización, le llevó a Santiago a llevarme un desayuno a la consulta médica en una bandeja: un té, unas pastas y una rosa en un jarrón. Esta conducta es totalmente inusual en la cotidianidad de la prisión. Es habitual ofrecer un café o un refresco a los técnicos que acuden al módulo con el objeto de congraciarse con el *experto* y obtener algún beneficio penitenciario. En el caso de Santiago buscaba más bien equiparar el hecho a su cotidianidad extrapenitenciaria, como si le llevara el desayuno a alguien muy querido para él. Esa mañana cuando acudí al módulo 6 a pasar consulta, Santiago me recibió muy contento: “Buenos días jefa, que alegría verla”. Cuando le digo que yo no soy su jefa y que no mando demasiado, me contesta: “para mí por el cariño que la tengo y los años que nos conocemos, es mi jefa y le pienso preparar un desayuno de los de verdad”. Esta estrategia de normalización le hace sentirse como si estuviera fuera de la prisión.

Los acuerdos que el sujeto instaura con la institución, no son siempre de tipo adaptativo, y en ocasiones buscan tan solo el beneficio personal sin producirse ninguna acomodación al sistema. Si bien es cierto, cómo nos dice Goffman (1970), que se producen de acuerdo al tipo de relaciones sociales existentes, sin las cuáles no sería posible dicho pacto. En el suceso de Pablo una tarde en aislamiento, es posible ver cómo se necesitan éstas relaciones personales previas para alcanzar determinados acuerdos. Pablo lleva varios días en el módulo de aislamiento porque le han encontrado un pincho y están estudiando la posibilidad de clasificarle cómo interno de primer grado. Después de diez días en el módulo me llama una tarde para que vaya a visitarlo.

Doctora me encuentro muy mal [...] éstos días me imagino que hablo contigo cuándo me dijiste que me ayudarías [...] ahora te necesito. Toma éstas dos cuerdas que eran para ahorcarme [...] pero te las doy a ti [...] Me dejo otra escondida en mis partes para que no me la vean los funcionarios y si me pongo muy mal, muy mal, la utilizaré [...] pero si tú te llevas dos ahora me entrarán menos ganas. Pero de la que llevo en mis partes, no digas nada ¿vale?

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

Después de aquella conversación, me vi en la obligación de desvelar su secreto, con el fin de salvaguardar su integridad física. El interno fue sacado del módulo de aislamiento, renunciando la institución a su clasificación en primer grado, ante el temor de un posible suicidio que pusiera en entredicho la eficacia tutelar del sistema.

En estos pactos que el individuo establece con el sistema, tal vez tenga que renunciar a ciertos niveles de interacción para evitar conflictos con sus compañeros en un nuevo intento

adaptativo. Esto es posible observarlo en el conjunto de los internos, pero con más virulencia entre los integrantes del PAIEM:

No le dije nada al funcionario, pero yo sabía quién había traído la droga. Lo que pasa es que delante de mí se comportan como si yo no existiera. Voy a lo mío y así no me meto en problemas, si no tendría que estar con el rollo ese de que no me llamen tonto [...] Prefiero ir a lo mío y así no se meten conmigo [...] delante de mí hablan de todo, pero cómo voy a lo mío [...] pues eso [...] Yo veo cómo los otros se pelean, sobre todo cuando fui al 2, y yo pienso: ¡si no me ven, no me dicen nada! Aunque hay veces que me aburro un poco y solo me divierto cuando salgo con los muchachos (se refiere a los integrantes el PAIEM) pero creo que voy mejor así [...] en la calle tampoco era mucho de hablar, pero decía hola a los vecinos. Supongo que cuándo salga de aquí será así de nuevo [...] o de tanto no decir hola igual se me ha olvidado [...] voy muy triste últimamente y en la calle tampoco me quieren.

(Antonio, 45 años, 13 años en la institución)

Antonio prefiere renunciar a las relaciones sociales proactivas y de esta manera evitar conflictos con el resto de individuos. Su estrategia consiste en pasar desapercibido y hacer como que no se entera de lo que pasa a su alrededor. Por encima de las interacciones sociales si sitúa su búsqueda del bienestar, que la halla en la soledad de sus pensamientos. Sin embargo, teme que el aprendizaje de la evitación social que ha desarrollado en el centro, le impida mantener las mínimas pero importantes para él, interacciones que mantenía en la calle.

Dentro de éstas estrategias adaptativas se encuentra la conformidad. Cómo ya vimos en la página 24, para José Adelantado (1991) la conformidad, es una forma de negociación entre el interno y la institución sobre la manera en que se define la realidad, pero frente a una distribución asimétrica del poder. Estoy de acuerdo con el autor, cuándo dice que los internos se defienden con la apatía frente a las actividades propuestas que no responden a sus intereses; o bien adoptan una resistencia silente al mantener sus hábitos de conducta de forma clandestina.

Esa resistencia al contexto Herbert Kelman (1961) la llamó conformidad simulada, que consiste en aceptar de forma pública un comportamiento o un sistema de valores sin adherirse a ellos de forma privada. Sin embargo, no coincido con el autor en que los sujetos se someten y simulan a fin de evitar las sanciones regimentales, pero continúan conservando sus creencias con el fin de obtener su propósito. En el grupo de los individuos pertenecientes

al PAIEM, ésta conformidad simulada, en algunas ocasiones puede desdibujar en cierta medida la línea de su propio sistema de valores, en base a la utilidad que les proporciona.

No debemos olvidar como dice Adelantado, que para qué las estrategias de conformidad simulada se puedan llevar a cabo, es necesario tener ciertas destrezas y habilidades que se relacionan con el capital cultural de los sujetos. Así los individuos del PAIEM, en general, poseen menos habilidades para representar una fingida adhesión al sistema y suelen ejercer otro tipo de estrategias adaptativas como la mimetización, el pasar desapercibido o el no hacerse ver.

Tampoco debemos obviar cómo la prisión no supone, en realidad, un espacio idóneo para los espacios de negociación, sino más bien un territorio donde se imponen inexorablemente las conductas a seguir. De esta forma la conformidad simulada, se revela claramente cómo una poderosa forma de resistencia frente al sistema, lejos de las estrategias adaptativas. Sin embargo son pocos los individuos que son capaces de adoptar este tipo de resistencia cómo decíamos anteriormente. Dani se muestra cómo uno de ellos. Un día en la consulta médica me comentaba a raíz de un problema que había tenido un compañero con los funcionarios:

Yo mejor no digo nada [...] que aquí todo se sabe [...] y hago lo que ellos quieren que haga y así me dejan tranquilo [...] ya sabes que a mí no me gusta nada molestar y me gusta ser educado, cumplo las normas y así ellos te dejan tranquilo y tú puedes seguir a lo tuyo.

(Dani, 34 años, 5 años en la institución)

Cómo vimos en la página 292, Dani mantiene una relación distante con la institución, con el objetivo de obtener su bienestar y no le importa cumplir las normas que le impone el sistema. Sin embargo este cumplimiento no significa que esté de acuerdo con el sistema sino que finge estar de acuerdo para conseguir beneficios y para cómo el mismo dice: “para que me dejen tranquilo”. La simulación de Dani es tan magistral que la prisión lo tiene en gran estima y alaba su educación y complacencia con el sistema. No por ello los sujetos abandonan sus propios valores y creencias, antes bien las afianzan al saberse ganadores en éste pulso con la institución. El sistema supone un *alma* más dócil, sin sospechar el juego simulativo.

Javi, al igual que Dani practica la estrategia de resistencia de la conformidad simulada. Ante la tremenda perplejidad que le produce el ser nombrado cómo *enfermo mental*, opta por no luchar contra una institución que lo confundiría aún más. La única licencia que se permite es declarar que él no se encuentra *enfermo*, pero por lo demás su sonrisa y tolerancia

representada, se muestra a los ojos de los técnicos cómo un individuo exitosamente rehabilitado en sus formas ocultando su fondo.

A pesar de los esfuerzos de Javi por simular su acuerdo con la prisión el hecho de rechazar el diagnóstico, echa por tierra el resto de su conformidad simulada y le deniegan sistemáticamente sus permisos con el objetivo de obtener su *rendición* total y lograr que el sujeto adquiriera la *conciencia de enfermedad* (página 233).

Por otro lado, en el espacio del *recinto*, los sujetos han conseguido crear un territorio apto para la negociación dónde poder discutir sobre posibles pactos con la institución. Cuando alguno de ellos tiene un problema concreto, quienes asisten a la reunión de ese día, dan su punto de vista acerca de cuál consideran es la mejor solución a tomar a medio camino entre las estrategias conciliadoras y las de resistencia. En muchas ocasiones no se consigue alcanzar un consenso en la cuestión que debatimos, pero los sujetos van sumando conocimientos y experiencias en las posibilidades estratégicas a desarrollar.

Es común hablar sobre los conflictos cotidianos con los funcionarios o con los demás internos, sobre qué debería hacer el médico y el grupo de internos del PAIEM cuando uno de ellos se niega a tomar la medicación, qué hacer ante la denegación de un permiso o ante un parte disciplinario impuesto injustamente desde su punto de vista. Las opiniones son tan diversas como asistentes presentes, sin embargo, se observa una tendencia generalizada a la negociación en los internos que tienen más asumidas las normas y el carácter disciplinario de la prisión y, una clara oposición frente al sistema, de aquellos otros que no están dispuestos a asumir un sistema normativo que no los escucha ni intenta ningún pacto por su parte.

Sin embargo, es importante destacar cómo en situaciones de crisis *psicóticas*, la inmensa mayoría de ellos, manifiestan una clara oposición al sistema, incluso los más ductilizados por la institución, alejada de las lógicas adaptativas estratégicas. La estrategia reguladora habitual desaparece ante la aparición de las lógicas propias de la *locura*.

En éste diseño de estrategias comunitarias, las voces de los que desarrollan estrategias de resistencias son más sonoras, enérgicas y entusiastas y los que se adaptan estratégicamente también al sistema, suelen ser más pausados en sus expresiones. Una cantidad nada desdeñable de ellos opina desde la ausencia de criterio, mostrando así su propia estrategia de inhibición ante el sistema, encontrando su estabilidad, cómo veremos más adelante, precisamente en la búsqueda de su propio territorio interior.

Uno de los temas que más discusión suele ocasionar es el que hace referencia, a qué tipo de comportamiento sería más adecuado cuando son objeto a su parecer, de una actuación injusta por parte de los funcionarios de vigilancia o del equipo técnico.

Esto ocurrió un día en el que Leo estaba profundamente disgustado porque los funcionarios le habían quitado unos CDs porque decían que esa música estridente molestaba a los otros compañeros. El insistía en que eran injusto y que los funcionarios no tenían derecho a quitárselos y que por lo tanto iba a poner una denuncia al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. Víctor, Sebastián y Miguel defendían que para ellos era mejor dejar lo de la denuncia porque no conseguiría nada: “¡Déjalo mejor tío!, eso solo te traerá problemas. No te darán los permisos y a lo mejor acabas en aislamiento” le decía Sebastián.

Cuanto más le aconsejaban en ese sentido, su nivel de enfado iba aumentando hasta que explotó: “sois unos maricones, siempre con lo de ¡déjalo, déjalo! si no hacemos nada se nos echarán encima y no podremos hacer nada contra ellos, dejaremos de existir y solo quedará el odio”. Cuando dijo la palabra maricones Carlos, Niko y Sergio que eran de la misma opinión de Leo, le recriminaron sin embargo, el uso de insultos en esas reuniones: “¡eso si que no, tío!, ¡aquí nunca nos insultamos!, si vas a seguir así te largas y punto” le objetó Niko.

El resto de internos miraban hacia el suelo cómo si por el hecho de hacerlo, la discusión dejara de existir. Al ver que Leo iba incrementando su irritación, tuve que intervenir para apaciguar un poco los ánimos. Les di mi opinión sobre la necesidad de defender unos derechos que poseían por el hecho de ser personas y que no podían desaparecer al entrar en prisión. Por otro lado les manifesté, cómo si en esa defensa de los derechos se producían desarreglos de ira o de pérdida del control de impulsos era necesario valorar muy bien la decisión.

Vista la reacción de Leo, los sujetos llegaron al consenso en ésta ocasión, de que era más factible negociar con el centro aquellos CDs que *consideraran* menos molestos para el resto de internos. Leo después de aquello decidió finalmente no seguir adelante con la denuncia al Juzgado, al ver perdida una batalla que sus propios compañeros antes de iniciarla ya la veían fracasar. Sin embargo fue incapaz de negociar con los funcionarios y renunció a oír la música que a él tanto le gustaba: “cada día les tengo más odio” fue su manifiesta declaración.

Llegados a este punto, queda por dilucidar si estas estrategias adaptativas que hemos visto hasta ahora, realmente conforman nuevas identidades que despojan el *cuerpo* y el *alma*, o en el fondo son conformidades simuladas que no dejan traslucir su verdadera intención.

10.2 Apropiações en la arena de juego

A la hora de hablar sobre las estrategias de resistencia habría que realizarse la misma pregunta: ¿conforman en realidad nuevas identidades enfrentadas al sistema o en el fondo son las *almas* disciplinadas las que actúan fortuitamente contra la institución?

Aún sin responder a esta pregunta, en esta investigación parto del concepto de dominación como puro *ejercicio* de poder (Foucault, 1975). Poder, que no supone un receptor pasivo, sino que constituye de forma habitual, y sobre todo en una institución coercitiva como ésta, una relación social donde las resistencias resultan inmanentes al propio ejercicio de la dominación: “Los dominados, en cualquier universo social están siempre en condición de ejercer cierta fuerza: la pertenencia a un campo implica, por definición, la capacidad de producir efectos en él” (Bourdieu, 1994:51).

En el tipo de estrategias desarrolladas frente a ésta dominación, podemos encontrar: las autolesiones, la petición de cambio de módulo, la negativa a tomarse la medicación, la indolencia, el orgullo, el consumo de tóxicos, la búsqueda de una pensión de invalidez o la solicitud de darse de baja del PAIEM.

En algunas ocasiones he podido observar, cómo esas estrategias no tienen como única función ejercer una determinada fuerza sobre el dominador, sino mitigar el dolor que les produce el estar encerrados, tanto en una mente *distorsionada*, cómo en una institución coercitiva.

Roberto está ingresado en el módulo de enfermería debido a una descompensación delirante. En contra de la norma, baja a la garita de los funcionarios docenas de veces al día, cuando tendría que estar en su celda o en las dependencias comunes del módulo. Se acerca a los funcionarios y a todo el personal que se encuentra, en actitud llorosa y suplicante:

¿Tú me quieres?, ¡dame un beso, anda!, ¿Por qué no me miráis?, ¿no veis que necesito un beso?

(Roberto, 26 años, 3 años en la institución)

Los funcionarios, le han repetido infinidad de veces que no debe bajar a esas horas a la garita y molestar a la gente con sus súplicas. Más Roberto continúa bajando y solicitándonos besos y abrazos. Si no consigue su propósito se hecha a llorar y su llanto se transforma en irritación:

¡Tú sabes que te quiero!, ¡dímelo, anda! (mientras me guiña un ojo), ¡dame un beso! [...] ¡No entiendo que os pasa! Al final tendré que liarla cómo otras veces para que me hagáis caso [...] Toda la mañana llevo y nada [...], ni las enfermeras quieren [...] pues nada me cortaré el cuello y arreglao [...]

Ya hemos visto que cuando los sujetos se encuentran en una descompensación delirante, escapan al control disciplinario y se muestran tal y cómo desean. Contemplo también la posibilidad de que en realidad el individuo *disfrace* su comportamiento de *locura* para obtener su objetivo: en éste caso calmar el sufrimiento, transformando en una relación horizontal el vínculo con el dominador. Si fuera así, es lógico que solicite la proximidad de las enfermeras ya que las ve más cercanas a él y que utilice la autolesión como estrategia premeditada.

Esta actitud tan inusual, no provoca en el personal una respuesta represiva según la aplicación de la norma, sino que se aprovecha la intencionalidad del sujeto de disminuir el sufrimiento, en una oportunidad más para aplicar la disciplina, demostrando al dominado cómo sus peticiones son desoídas y ridiculizadas. Quien determina, qué necesidades se atienden y cuáles no, es la institución y no el sujeto. De esta manera lo utilizan como medio de chanza en las aburridas mañanas del fin de semana: “vamos, baja al mono de feria”, “¡ya verás cómo nos reímos un buen rato!”, comentaban los funcionarios del módulo.

Vemos pues cómo, las posibilidades de éxito o fracaso de las estrategias desarrolladas por los sujetos, están determinadas en gran medida por el modo en qué se produce la interacción entre los diferentes actores, que posibilitan la apropiación cultural y la construcción de nuevos recursos mediacionales. Desde esta perspectiva, la plasticidad humana y la capacidad de agencia del sujeto dependen ampliamente de las mediaciones en juego. Asumo la idea de Agnes Heller (1970) de que el ser humano dispone de alternativas y posee una autonomía relativa de elección y capacidad de acción limitada, por los sistemas normativos y por su situación social concreta.

Una de las estrategias más frecuentes que desarrollan los integrantes del grupo PAIEM, consiste en realizarse heridas incisivas en antebrazos y tórax, lo que en prisión se denominan autolesiones. Acostumbran a ser heridas de poca profundidad que no suelen poner en peligro la vida de los sujetos. Suelen utilizar cuchillas de afeitar, el borde de una lata, o un pincho de cristal que fabrican con los tubos fluorescentes. Es una estrategia, que a pesar de su frecuencia y su poca repercusión sobre la integridad física de los individuos, continúa produciendo alarma entre el resto de internos y personal del centro. Cuando se produce una autolesión se traslada de forma urgente al sujeto a la enfermería, que va acompañado del jefe de servicios, de los funcionarios del módulo y de otros internos que suelen ir comprimiendo la herida con una prenda usada o con papel higiénico. Todo ello comporta un ritual, que dota de sentido a la estrategia ejecutada.

Los objetivos más usuales son: conseguir un cambio de módulo, obtener un bien material, ingresar en la enfermería, conseguir una llamada de teléfono extra a un familiar, propiciar un cambio de medicación, apartarse de una situación conflictiva cómo puede ser el tener deudas en el módulo, disminuir la ansiedad, llamar la atención del sistema ante el sufrimiento, pedir un cambio de compañero de celda o solicitar la presencia inmediata del director o de cualquier mando directivo.

A pesar de que estos motivos son también los habituales en el resto de internos del centro, se observa en el grupo de internos del PAIEM, una mayor frecuencia de uso y un mayor porcentaje de éxito en la estrategia. El motivo es que la autolesión en los sujetos con *enfermedad mental*, es significada cómo un primer paso a atentados más graves cómo el suicidio y ante el temor del personal de la institución de ser acusados cómo responsables de un desenlace *fatal*, suelen atender a sus peticiones.

El interno unas veces consternado y otras altanero deja curarse apaciblemente sin comentar el motivo de la autolesión a no ser que sea preguntado. El sujeto es consciente de que su estrategia ocasionara el objetivo perseguido, dependiendo del grupo de profesionales que se encuentren de servicio ese día. La regla general, ante lo *dramático* del suceso es que se obtenga el beneficio deseado por el individuo y de esta manera se perpetúe la estrategia y quede establecida como herramienta para el acuerdo entre los actores.

Un ejemplo del uso de la autolesión para conseguir alejarse del foco del conflicto, lo encontramos en Leo, cuando intentaba evitar, en un enfrentamiento con los funcionarios, un desenlace desafortunado para su persona:

Doctora yo me chiné para que no se enfadaran [...] ellos siempre tienen las de ganar y si no te ven bien chinao no van a parar, así que me chiné bien y me trajeron a verte [...] ahora tengo que dormir toda la noche esposao pero lo prefiero a que se enfaden [...]

(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

En ocasiones, si el interno es considerado cómo *peligroso* y *nocivo* para la institución, tras la autolesión se decide mantenerlo sujeto con unas *correas terapéuticas* en el departamento de enfermería. El discurso de la institución razona cómo de esta forma se salvaguarda la integridad física del individuo, pero el sujeto sabe que en realidad es una forma más de castigo ante un comportamiento disruptivo. El sujeto no significa el hecho cómo terapéutico (“esposao”), sino como un nuevo reajuste del sistema (en este caso corporal) alejado de lógicas biomédicas. Finalmente Leo consiguió romper las correas con una cuchilla que tenía

escondida bajo la lengua y cómo resultado fue clasificado en primer grado y enviado a otro centro penitenciario.

El *cuerpo* se muestra, cómo expresión de las relaciones sociales entre los actores. No debemos pues considerar la forma de elaborar el sufrimiento, cómo una experiencia de corte individual. En el proceso quedan implicadas, las formas sociales de diferenciación y los contextos narrativos particulares. Por tanto las diferentes lecturas e interpretaciones que se dan al acto autolesivo tienen que ser significadas en clave fenomenológica y relacional, puesto que es sobre todo el contexto el que carga de un significado u otro una misma acción. En las frecuentes autolesiones de Niko, vemos una forma de resistencia a través de su *cuerpo* que utiliza en su propio beneficio:

Siempre que me chino, consigo lo que quiero, pero no cómo esos maricas que se hacen cortecitos con la uña [...] yo me pego buenos tajos [risas] ellos siempre se asustan [risas] ¿pero no ven los músculos que tengo? No me puede pasar nada [...] pero a ellos (se refiere a los funcionarios) no les gusta la sangre y se asustan como maricas [risas] ¿que me canso del módulo?, pues me chino y me traéis a enfermería [risas] hago lo que quiero, ¡tiro riro , tiro riro!, [risas] no digas nada que se descubre el pastel [...] eso sí, como no me dejen ver a mi familia este fin de semana no van a tener grapas para coserme [...]

(Niko, 28 años, 10 años en la institución)

Mientras me cuenta divertido su estrategia, se levanta la camiseta y me enseña su torso recorrido por multitud de cicatrices engrosadas unas, finas otras, que muestra con gran orgullo y engreimiento. Para Niko constituye una decisión premeditada y bien estudiada. Cómo nos recuerda Correa-Urquiza:

La autolesión e incluso la misma decisión extrema del suicidio, “comunican”, “dicen” y pueden ser pensadas como una toma de decisión que si bien no puede ser analizada sin tener en cuenta las circunstancias complejas externas que la determinan, continúa siendo un tipo de elección. El cuerpo de la locura puede ser también un lugar de resistencia y autonomía, que quizás no será leído en esos términos pero que de diversas y constantes maneras continúa actuando, denunciando, comunicando la opresión (Correa- Urquiza, 2016: 18).

La autolesión cómo medio de obtener un bien material, nos la revela Sergio en un enfrentamiento con los funcionarios. Una mañana se acerca a la garita del funcionario a solicitar una guitarra que le ha traído su familia y la tiene retenida en el módulo de ingresos. El funcionario le explica que otras veces que se la han dejado pasar, estaba todo el día

haciendo ruido con ella y que los demás internos se quejaban porque no les dejaba dormir. Sergio se va acalorando y enfureciendo, a la vez que exige que le den la guitarra que le pertenece. El conflicto termina con el ingreso de Sergio en la celda de cristales de enfermería y una propuesta de primer grado:

Yo no he pegado a nadie, tú me conoces y lo sabes [...] yo no haría eso [...] lo que pasa es que estaba muy nervioso, me he movido para todos los lados, estaba muy enfadado [...] y a lo mejor le he dado sin querer [...] si a mí ese funcionario me cae muy bien, siempre me ayuda y eso [...] ¡por favor! Pídele perdón en mi nombre [...] si cuándo estábamos en el suelo, él intentaba separarme de los otros funcionarios [...] Y tenía mucho frío [...] Por eso he tenido que chinarme [...] cuándo me he chinado me han hecho caso [...] ahora no tengo tanto frío [...] pero tengo miedo de lo que me pueda pasar [...]

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

Por otra parte, el acto de la autolesión no conlleva tan solo una actitud manipulativa por parte del sujeto, sino también es utilizada en muchas ocasiones, cómo forma de canalizar la ansiedad. El mismo Sergio me explicaba un día los motivos que le llevaban a lesionar su *cuerpo*:

Yo solo me hago arañazos de gato, por rabia hacia mí mismo [...] es cómo una química dentro de mí que explota y no puedo evitarlo [...] yo lo intento pero al final lo hago [...] sé, que si me chino me traen a enfermería [...] y no es solo por eso [...] me encuentro mejor con mi cuerpo, sale la sangre y ya me tranquilizo [...]

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

Para los sujetos el dolor no está presente en la autolesión, priorizando la intención que canaliza la rabia, y verbaliza corporalmente una emoción que no puede ser expresada de otro modo, y que reconecta el *cuerpo* con el contexto relacional.

Sin embargo, existen otras formas más graves de autolesión y mucho menos frecuentes, como las huelgas de hambre o el suicidio. En ocasiones las estrategias de los sujetos por alejar el sufrimiento no consiguen ser efectivas y buscan propuestas más poderosas para conseguir su objetivo, cómo vimos en el suceso de Alfredo (página 244). Luís, por su parte, expresaba así su pesadumbre y desolación. Desde la celda de cristales me hablaba una noche, a través de los barrotes:

[...] no me dejan ni fuego [...] por si quemo la celda, ¿sabes? Pero me dejan los tubos fluorescentes con los que puedo rajarme el cuello [...] pero no lo quiero hacer para que no le

echen la culpa a los ordenanzas de que no me vigilan bien [...] Yo en la calle no tengo futuro y no voy a encontrar trabajo, ni novia, y no quiero molestar más a mis padres [...] bastante tienen ellos. O vivo en la cárcel o me quito de en medio pero yo en la calle no puedo vivir [...] quiero quitarme la vida para dejar de sufrir [...] Mis pobres padres me tienen miedo, cuando me diagnosticaron la esquizofrenia, el psiquiatra le dijo a mi madre que quitara todos los cuchillos de en medio y mi pobre madre [...] no quiero que sufra así por mí [...] pero aquí hay dos funcionarios metidos en asuntos de dinero que si me buscan me encuentran [...] y no pienses que estoy delirando ni nada de eso [...] me encuentro perfectamente [...] y he decidido quitarme la vida y dejar de vivir ¡en cuanto no me vigiléis me quitaré la vida!

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Desde la soledad que impone la falta de diálogo y consideración hacia los sujetos, reflexionan sobre cuál es la mejor manera de terminar con el padecimiento propio y el de las personas que aprecian. En esa lógica Luís, sustituye su familia de origen por la institución, pues considera que no ha alcanzado las premisas básicas que la sociedad le exige para relacionarse desde la *normalidad*.

Más tarde le cuenta al ordenanza que tiene una cuchilla escondida para suicidarse. Éste se lo cuenta al funcionario que le hace un cacheo de la celda. Cómo el sujeto ve que no la encuentra, le dice: “¡está bien le diré dónde está!, está en la botella de champú”. El funcionario le explica que si no se *comporta bien*, hará malos informes sobre él. Luís le dice: “es que no estoy bien, sólo pienso en la manera de suicidarme” a lo que le contesta el funcionario: “tú estés bien o mal, tienes que disimular ¿lo entiendes?”

De nuevo aparecen las lógicas de la *sensatez*, que no entiende de las lógicas de la *locura*. Así se reclama al sujeto que *normalice* su comportamiento para beneficiarse de la ventaja que reporta unas relaciones interpersonales *satisfactorias*. El llamamiento de los sujetos acerca de su padecimiento es desoído de nuevo por la institución, a favor de la corrección de los valores *errados* para obtener una transformación que resulte funcional para el sistema.

Otra maniobra que utilizan los sujetos como estrategia de resistencia, consiste en la solicitud de cambio de módulo. Los motivos habituales persiguen tanto la búsqueda del beneficio personal como la trasgresión de las normas.

Los individuos, mediante el cambio de módulo pretenden conseguir un trabajo que les reporte beneficios económicos, aumentar o abandonar el consumo de tóxicos, dar paso a conductas disruptivas u obtener un permiso penitenciario, entre otras ganancias. De forma habitual los técnicos detectan éste tipo de estrategia y las sofocan, denegando el cambio. El

proceso de cambio debe ser pues, provocado por la institución y no por los sujetos, para que se haga efectivo:

Antes yo no quería normas ni recuentos [...] ahora me han dicho mi madre y mi hermano que me cambie de módulo para que no consuma más drogas [...] aquí en el módulo 1 hay mucha droga y todo el día están con eso [...] si no dejo de consumir no me darán permisos [...] no entiendo porqué hay droga aquí dentro ¿no quieren que nos curemos? Yo paso de consumir lo que me dan aquí [...] yo creo que a ellos (en referencia a los funcionarios) no les importan estas cosas [...] cuánto más consumamos, más tranquilos les dejamos [...] les estoy pidiendo que me cambien pero creo que no me oyen bien [...] no es su culpa [...] es que aquí somos muchos, pero yo tengo que irme del módulo [...] tendré que hacer lo que sea [...]

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

En la reunión de los técnicos se comenta la solicitud de Pablo sobre el cambio de módulo, a lo que contesta un participante: “da igual, si no le vamos a dejar salir que haga lo que quiera, pero de permiso no sale”. Por su parte Sebastián utiliza la misma estrategia de Pablo con el fin de intentar no desviarse de las normas marcadas por el sistema y así no buscarse problemas en los últimos meses que le quedan para la libertad:

Te quiero pedir un favor, me quedan dos meses y yo no me quiero ir a un módulo, porque sé que allí hay droga y tarde o temprano puedo recaer y yo quiero salir bien [...] Yo se lo digo para que no haya problemas porque si me llevan al módulo, al final de la que monto, me van a tener que llevar a aislamiento. Hay mucha droga en los módulos y demasiado me he contenido ya desde que estaba en el 6 hasta que me trajo usted a la enfermería. Yo aquí me estoy portando bien, acabo de bajar de hacer mi destino, voy a la escuela y a las actividades del PAIEM [...]

(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Los sujetos utilizan el cambio de módulo, cómo método para desarrollar conductas alejadas de la disciplina férrea de los módulos del Respeto. Los individuos provocan comportamientos claramente desajustados con el sistema, pues saben que con esa estrategia, provocarán que los envíen al módulo 7 ó 1. La institución supone que ejerce un castigo sobre el *alma* desviada y en realidad es el sujeto el que manipula al sistema para conseguir sus propósitos.

Una tarde que fui a visitar a Richi, éste me comentaba en el comedor del módulo 7:

Desde que me habéis traído aquí estoy muy contento [...] aquí puede fumar (hachís) cuanto quiero y puedo pasar de todo [...] En el módulo 5 debía mucho dinero y ya me estaban buscando

los otros (se refiere al reto de internos del módulo) [...] así que tuve que liarla y enseguida me trajeron [...] Aquí estoy mucho mejor, me dejan en paz, no tengo que hacer nada y hay mucho hachís [risas]

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Por su parte Sergio me confiesa en la consulta médica:

Estoy genial en el módulo 1, me encanta [...] es mi lugar [...] no me saquéis nunca de aquí por favor. En esa mariconada de módulo (se refiere al módulo 3) no me estáis haciendo un hombre, ¡aquí me lo estoy haciendo yo! Y voy a demostraros a todos de lo que soy capaz [...] Aquí me peleo y aprendo, me insultan y aprendo, incluso cuándo se ríen de mí aprendo también. Luego nos fumamos uno porros todos juntos y ya está [...] No fumo mucho ¿eh? lo suficiente para estar tranquilo [...] pero aquí no aguanto las tonterías de los otros módulos. Prefiero pegarme a tener que chivarme [...]

(Sergio, 25 años, 3 años en la institución)

En el módulo 7 ó 1 te pegas y ya está. Aquí (se refiere al módulo 3) no, aquí es todo el día los internos detrás de ti [...] esto es cómo una secta [...] allí me siento libre [...] solo estoy bien cuándo duermo o cuando me muero. Estoy en la etapa de psicosis y sé que si no me voy al 3 algo va a suceder [...]

(Leo, 37 años, 5 años en la institución)

Los sujetos persiguen un ambiente más indulgente, para poder desarrollar comportamientos que no son permitidos según la normativa penitenciaria, pero que sí son permitidos por los funcionarios en éstos módulos. La alta conflictividad en estos espacios, provoca que el personal prefiera imponer una disciplina más laxa, para disminuir el tiempo dedicado a corregir conductas y pasar su tiempo de trabajo, más desocupados.

Una vez en esos módulos, los sujetos por una parte se sienten liberados de la disciplina incesante de los otros módulos y por otra encuentran un territorio dónde pueden desarrollar sus actividades favoritas o, lo que es más importante en la mayoría de los casos, simplemente no realizar ninguna tarea a lo largo del día. Para Leo “la secta del módulo 3” representa la herramienta disciplinaria y sancionadora que construye individuos homogeneizados y libres de *almas* propias. Del mismo modo Sergio considera que en el módulo 2 no tiene oportunidad de elaborar su identidad y que son precisamente las dificultades, las que le ayudan en ese proceso.

Leo al igual que otros individuos del PAIEM, es en los periodos de desestabilización cuándo más buscan ese tipo de módulos, ya que son conscientes de que en dichos periodos, se quebrantará su actitud dócil y en módulos del Respeto se buscarán multitud de conflictos y enfrentamientos.

Ésta búsqueda de los ambientes más permisivos y conflictivos recuerda a la hipótesis de Ernest Burgess (1926) que explicaba, cómo los centros de las ciudades no creaban individuos con psicosis, sino que eran los sujetos esquizofrénicos los que tendían a emigrar hacia el centro de las ciudades. Esto era consecuencia de su descenso en la escala social y de una búsqueda de un contexto social más permisivo para sus conductas bizarras.

Entre estos comportamientos no permitidos, que los internos desarrollan en los módulos más permisivos, se encuentra el consumo de drogas. Los sujetos utilizan esta estrategia para crear la falsa ilusión, de que los tóxicos les mantendrán alejados de la realidad del encierro que les oprime. El consumo de drogas conduce a los sujetos a postergar el padecimiento y a burlar la capacidad transformadora de la institución.

Hoy he consumido heroína [...] me pasaré los 7 meses que me quedan drogándome y así se me pasarán los días [...] y olvidaré que estoy dentro [...]

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

De esta forma el *cuerpo* establece un dominio sobre el *alma* sometida, al mantenerla alejada de las lógicas institucionales. Me escribía un día Felipe una carta en la que intentaba explicarme porqué las personas con enfermedad consumen drogas:

Consumimos drogas porque no entendemos las cosas, no entendemos porqué nos apartan, ese rechazo [...] buscamos escondernos y refugiarnos en la droga, tanto productos naturales como químicos, que alivie [...] que haga olvidar momentáneamente ese desasosiego que se produce constantemente en nuestro cerebro, [...] buscar espantar esos pensamientos de su yo, en buscar otra personalidad que no se corresponde con su ser de persona. Yo por desgracia he llevado 30 años de mi vida desperdiciados y no formándome como una persona, con una personalidad para el organismo humano, una mala vida de drogas te lleva a una cárcel cerebral sin retorno [...]

(Felipe, 52 años, 6 años en la institución)

Felipe equipara la droga, con una “cárcel cerebral”, en el mismo sentido que Foucault (1975) equipara a la prisión a una “cárcel sobre el *alma*”. La droga, según Felipe, te impide la *correcta* construcción de la persona cómo “organismo humano” en tanto que limita las

capacidades y la prisión te impide también, la construcción identitaria según los parámetros propios del individuo, para pasar a forjarse desde los valores institucionales.

Con esta estrategia, el sujeto no interacciona con el sistema para que el sistema no interaccione con él. Así, dentro de las quiméricas posibilidades de no interacción entre los actores, el individuo intentará crear una línea divisoria entre él y el resto de los integrantes de la institución.

Lorenzo es un buen ejemplo de lo que me refiero. Desde que entró en el centro, hace 8 años, ha permanecido ingresado en la enfermería y un día sin previo aviso es expulsado de la enfermería sin ninguna explicación (página 299). En el módulo de enfermería ha estado solo en una celda y se ha negado a relacionarse con ningún interno o personal de la institución. Nunca ha solicitado la visita de ningún técnico y si le hablaba alguno de ellos contestaba con monosílabos. Si era un interno quién se dirigía a él, entonces miraba hacia otro lado y continuaba su camino sin responder.

Su celda tiene una alfombra en el suelo sobre la que duerme por las noches y medita durante el día. Según la época del año que sea, adopta diferentes *identidades* religiosas en un proceso de configuración constante. En Semana Santa cumple con el ayuno de carne, en el Ramadán ayuna durante 40 días, y en el Saka Dawa recita mantras. Se muestra orgulloso de sus creencias y desprecia al resto si no practican ningún ritual religioso.

Cuando no realiza éstas prácticas, se muestra huraño y ausente y no muestra interés por ningún beneficio o castigo que se le imponga. Si algún integrante del grupo PAIEM intenta entablar la más mínima relación con él, adopta una mirada penetrante e intimidatoria y acentúa aún más comportamientos extravagantes cómo permanecer sentado a la puerta de su celda durante horas sin realizar ningún movimiento. De esta manera mantiene alejados a los internos, mientras que el personal por su parte evitan interaccionar con esas *extravagancias*: “el pirao de arriba está otra vez igual”, “le dejaremos hasta que se aburra” comentan los funcionarios.

El día que Lorenzo fue desalojado de la enfermería, estaba muy contrariado e irritado. La estrategia de no ratificar ninguna interacción con la institución, le reportaba el evitar la menor reciprocidad hacia los *otros*. Él sabía que en el módulo no sería tan fácil evitar las relaciones y ante el riesgo que corría su proceso identitario, adoptó una actitud de mutismo absoluto y de indolencia general. Dejó de comer, de asearse, de acudir a los recuentos, de contestar con monosílabos, hasta que la situación provocó un importante deterioro en su salud y fue preciso ingresarlo de nuevo en la enfermería.

En este sentido Goffman (1970) expone, que cuándo se despoja a un interno de sus valores previos, el sujeto en lugar de proteger las creencias que le quedan, al observar muy poca diferencia entre esto y la expropiación completa, decide no cumplir ninguna norma pues no le motiva la institución con sus castigos o privilegios.

En otras ocasiones el interno, sí se encuentra motivado para manejar sus capacidades volitivas en busca de beneficios penitenciarios. Podríamos suponer que ya no sería el sistema el que dominaría al *loco*, sino el *loco* el que dominaría al sistema, al menos en una pequeña parcela de sus dominios:

Yo cuando salga tengo mi paga por enfermedad, yo nunca diría que no estoy enfermo porqué si no, me quitarían la paga [risas] si ellos me la quieren dar por mí [...] ¡puedo estar enfermo para ellos! Eso de la paga me lo arreglaron en el Psiquiátrico de Fontcalent al ingresar en prisión, pero no sé que ha pasado y en la última revisión me han aumentado el grado de minusvalía en un 30% y ahora me quieren pagar más, ¡pues vale!, ¡que me lo paguen!, ¡yo no voy a decir nada!

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

Richi expresa así la satisfacción que le produce el obtener un beneficio, que por otra parte, no se ajusta a su proceso identitario. Él no se sabe *loco*, pero no tiene inconveniente en *serlo* sí así conquista los saberes de los *expertos* para revertirlos en su provecho.

Alberto asimismo se cobra una recompensa del sistema, que él considera lógica, por el daño infringido por la institución:

Yo no soy un enfermo mental, pero ya que vosotros decís que lo soy [...] me podéis pedir un abogado para defender mis derechos y que me arregle lo de la paga. ¡Seguro que vosotros tenéis un buen abogado! Tantos años me habéis dicho que estoy perturbado y que soy potencialmente peligroso [...] ¡así me aprovecho de lo que me habéis hecho!, [risas]

(Alberto, 32 años, 7 años en la institución)

El interno suele percibir la institución como represora y desconfiar de sus buenas intenciones. De esta manera si tiene la ocasión de sacar beneficio de ella lo hará en mayor o menor medida. Uno de los mayores motivos de desconfianza se encuentra en la toma de medicación. El sujeto en principio no estará seguro de si la terapia administrada sirve para reducir su padecimiento o para someter su *cuero* a la disciplina penitenciaria. Cómo dice Martínez-Hernández: “La resistencia al tratamiento es uno de los principales focos de resistencia de los afligidos” (Martínez, 1998:83).

Y en relación a este asunto, no debemos olvidar que los individuos se relacionan con el entorno, no solo con la totalidad de los actores, sino también con las adscripciones a las que son sometidos. Por tanto los sujetos se relacionan con los diagnósticos y con los tratamientos prescritos.

En la construcción de éste discurso sobre el tratamiento, tienen gran importancia las estrategias de resistencia que deslegitiman a los terapeutas y a la insistencia de éstos en la necesidad de una terapia farmacológica:

Yo en la calle lucho solo contra la enfermedad. Cuando me veo muy deprimido descanso mucho y se me pasa y si me pongo muy nervioso pues trabajo mucho y me curo. Sin pastillas me curo mejor [...] por eso vendo las que me das y así me pago mis cafetitos [risas]. La Gabapentina la cambio por tabaco, pero si un día estoy muy nervioso pues cómo me das tres, vendo dos y la otra me la guardo por si acaso [risas]

(Pedro, 32 años, 4 años en la institución)

Pedro confía en su propia capacidad de recuperación y no en el efecto de los fármacos. Otros sujetos se niegan a tomar la medicación como forma de obtener un beneficio secundario:

No me tomo toda la medicación que me das. Los Trankimazines los vendo a mi compañero de celda, es para hacerme el bueno [...] así me quieren más [...] Cuando me pilláis siempre hago “la pena mora” y así no me castigáis.

(Víctor, 32 años, 7 en la institución)

Una vez más, Víctor expresa su deseo de sentirse querido y no duda en manipular las lógicas que él dice reconocer, sin con ello perfila su proceso de construcción identitaria. De igual manera Luís maniobra los fármacos para alcanzar un mayor control sobre su corporalidad:

Hago trampa con la medicación [...] por la noche el Zypresa no me lo trago y me lo pongo debajo de la lengua para sacármela y tomarlo sobre las 11 de la noche [...], si no, no puedo ver ni la película porque me da mucho sueño y si te lo cuento es porque te prometo que me la tomo. Si esto se lo cuento al psiquiatra me manda al manicomio [risas], me mete un pinchazo de esos que te dejan tirao o hace un informe negativo para la junta. Bueno pues le digo que sí y luego la escupo. Bueno no me las tomo todas [...] si me las tomo todas no se me empina [risas] y por lo menos que me quede eso ¿no?

(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

Luís, legitima el poder del psiquiatra sobre el mío y por ese motivo no le cuenta a él su estrategia. No es que no se tome el tratamiento, sino que toma sus propias decisiones sobre la mejor hora para hacerlo. Por otra parte resuelve priorizar su deseo sexual, al disminuir la dosis del neuroléptico que merma su potencia sexual cómo efecto secundario.

En otras ocasiones la estrategia consiste en solicitar más medicación, pero con el mismo objetivo de obtener un beneficio personal:

A ver si me das una pastilla para dormir o algo que tengo que ir a aislamiento y estaré todo el día encerrado en la celda [...] y no voy a poder aguantar [...] corro en la celda para quitarme el ansia, pero ¡claro! ahí me mareo [risas] tengo que estar 10 días en aislamiento por la que lie y mejor me lo paso dormido, total, no tendré nada que hacer [...]

(Víctor, 32 años, 7 años en la institución)

Vemos pues, en el ejemplo de Víctor, cómo el mismo individuo puede tomar más o menos medicación de la prescrita, según su lógica de preponderar la ganancia personal sobre la disciplina de los saberes *expertos*.

Las estrategias de resistencia crean nuevas maneras de expresión en los sujetos y en algunas ocasiones estas prácticas refuerzan a los individuos en sus biografías.

Escribía un ordenanza en una editorial de la revista *Somos*⁶⁹ de la prisión con respecto a los integrantes del PAIEM:

Es increíble cómo en un módulo donde conviven más de 130 personas, pueden llegar a sentirse solos y se convierten en seres invisibles para todos. Pero ellos avanzan cómo un pequeño barco en una gran tormenta, gracias a una lucha durísima y constante. Descubrir los resultados del programa es verdaderamente un sentimiento único, como son los resultados de su esfuerzo y cómo llegan a desarrollar cargos en los módulos como: bibliotecarios, cabo de limpieza, ordenanzas del médico y del educador, para poder demostrar las magníficas cualidades y además de la participación en actuaciones musicales. Bien se puede aplicar la famosa frase de “querer es poder”.

(Ordenanza del PAIEM)

Sin embargo no es el programa el que propicia estos cambios en la estructura social de los sujetos, sino que son ellos mismos los que desde su condición de *enfermos mentales*,

⁶⁹ Revista elaborada por un equipo de internos de la prisión, con el fin de entretener, divulgar, divertir, informar y dotar de herramientas culturales a los sujetos. La revista fue creada en el 2007 sin ningún tipo de ayuda externa y es de carácter interno sin divulgación extramuros.

reclaman su capacidad para desempeñar no solo las actividades de la vida diaria, sino también cargos de responsabilidad:

Quiero borrarirme del PAIEM, a mí no me habéis preguntado nada [...] yo no quiero estar [...] ¡borrarme! A mí eso me perjudica, yo quiero ser considerado cómo normal y aquí parezco bobo [...] Para conseguir algo en el módulo tengo que decir: “¿Me has visto cara de tonto por ser del PAIEM? y entonces lo consigo [...] Si no estuviera en ese programa no tendría que preguntar nada [...] Soy muy capaz de hacer cualquier cosa, no todos han llegado donde yo estoy ¿es fácil ser el ordenanza del médico?, ¿no? Pues yo creo que eso no es ser de tonto [...] soy más inteligente que muchos de ellos [...]

(Santiago, 32 años, 7 años en la institución)

Santiago se siente orgulloso de lo que hace, y por tanto no se identifica con el grupo del PAIEM, sino con el resto de internos del centro. Al igual que vimos con Luís (página 294), el hecho de solicitar la baja del programa les distancia de las lógicas de la *locura* y les aproxima a las lógicas de la *normalidad* institucional.

A través de las estrategias de resistencia, los sujetos reivindican una imagen discordante del retrato hegemónico que preconiza la biomedicina. Intentan alejarse de las etiquetas impuestas y convertirse en agentes transformadores que alcanzan la suficiencia a través de sus acciones y *cuerpos*.

En Pablo vemos un ejemplo de la manifestación de los *cuerpos* políticos de los *enfermos mentales* cómo guerreros en acción.

Yo estoy mucho mejor en la calle, porque ahí veo cosas, veo cosas [...] aquí encerraos solo escucho como uno le monta el lío al otro. Tengo más libertad en la calle, aquí me han ayudado en el tratamiento, aunque una de las dos la vendía y la cambiaba por tabaco. En la cárcel hay funcionarios con corazón y otros sin corazón [...] hay de todo cómo en la vida. Yo en prisión antes me dedicaba a hacer pinchos y a cambio de eso me daban hachís. Los funcionarios me llevaban a aislamiento muchas veces por eso, pero yo intentaba explicarles que no eran míos que yo solo los hacía para venderlos [risas]. Otras veces se han enfadado porque me he puesto a dormir la siesta en la escuela, ¡pero a ellos que más les da! Yo hago lo que en la calle, me busco la vida, me fabrico mis cosas, me duermo cuando quiero. Tampoco me dejan acumular botellas de agua [...] luego me las pongo en la cama y me siento mejor [...] no sé porqué, en la calle también lo hacía [...] todo el mundo en el patio sabe cómo soy y que hago lo que me da la gana, pero algunos funcionarios aún no lo saben [...] no es su culpa ¿eh? ellos solo obedecen [...] pero los demás me dejan a mi aire [...] no hago mal a nadie.

(Pablo, 41 años, 19 años en la institución)

El comentario de Pablo pone de manifiesto aquello a lo que me refiero sobre el engrimiento de los *cuerpos* políticos. A él no le gusta enfrentarse con los funcionarios ni tener complicaciones con ellos. Tan solo reivindica su propia lógica desde el apaciguamiento y la transformación de las acciones cotidianas. De esta forma Pablo, acumula cartones y botellas de agua durante la semana para después echar los cartones en la escuela el fin de semana que está vacía y dormir a media tarde si le apetece. Ante estas conductas nombradas cómo extravagantes por el sistema, vemos cómo una vez más el personal prefiere no interactuar con ellas y simular su invisibilidad.

Richi por su parte se siente también alejado de las lógicas institucionales y es la imagen de sí mismo la que le refuerza en su diferencia:

[...] al circo he ido desde siempre, desde muy niño, ¡mira ahora mismo esto es casi como un circo! En el sentido de las instalaciones, qué si esto, qué si lo otro, que uno puede entrar y salir, que ahora converso con uno, luego con otro [...] nos vamos juntos a comer. Cuando hay buena guardia se dice, todo va bien de lujo, sensacional pero cuando hay ese tipo de guardia que sube a ver si la televisión es tuya o te lo han dejao y te la quitan y todo, más estrictos [...] entonces esto es un circo porque si ellos van en contra de nosotros intentaremos alejarnos de ellos lo que podamos, es decir ¡ustedes están ahí y nosotros intentaremos hacer nuestras cosillas como podamos! [risas] Es como si usted tiene un bolígrafo entero en el bolsillo y yo uno medio gastao, pues se lo cambio y ¡eso también es un circo! Que yo no sé hacer cosas de esas pero sé que son ciertas. A mi suelen dejar en paz [...] veo tanto aquí dentro [...] unos sí, otros no [...]

Pero yo me paseo por el patio con mi tigre como si nada. Debe ser que les da miedo porque no me dicen nada [...] y voy tan contento por ahí, ¡como cuando estaba en el circo!

(Richi, 27 años, 7 años en la institución)

A Richi siempre le ha disgustado, la diferencia de trato hacia su persona, cómo vimos en la relación con su madrastra desde muy niño. Cuando entiende que algún funcionario es injusto con él, trae a la memoria las relaciones familiares que han marcado por otra parte, el eje de su sufrimiento. Cómo nos dice Foucault: “el sentimiento de la injusticia que un preso experimenta es una de las causas que más pueden hacer indomable su carácter” (Foucault, 2009: 271). El significarse cómo objeto de la injusticia, le sitúa en una lógica de refuerzo que construye su identidad en base a esa premisa.

Sin embargo estas lógicas de resistencia de los *enfermos mentales* en prisión no sitúan al individuo en el eje central de las decisiones. Los procesos de Pablo y de Richi son ejemplos minoritarios en el conjunto de los integrantes del PAIEM, donde lo habitual es que el proceso

de la *carrera moral*, cómo hemos visto, no construya individuos altaneros sino sujetos libres de *cuerpos* y *almas* propias.

Si bien es cierto, que si la acción se produce a nivel grupal, los individuos pueden tener más oportunidades de resistencia cómo grupo. Parto de la idea, de que la identidad colectiva implica semejanza hacia el interior y diferencia hacia el exterior, y esa diferencia requiere del reconocimiento social para que exista públicamente, ya que según León Olivé:

[...] las personas son construcciones sociales en la medida en que dependen de la interpretación que de sus rasgos característicos hagan las otras personas, con quienes interactúan significativamente. Lo que las personas son, es una cuestión de interpretación y no simplemente algo que se descubre; lo que son depende del contexto social, de las prácticas, de los recursos conceptuales y de las interpretaciones de acuerdo a las cuales se ven así mismas como personas y son vistas por otros como personas (Olivé, 1999:186).

Y esto fue lo que sucedió cuando decidimos organizar una ponencia acerca de la *enfermedad mental* y sus significados. Sin embargo, en la propuesta estaban invertidos los roles de los actores. Serían los saberes profanos los que expondrían el tema y los saberes *expertos* quiénes acudirían a formarse sobre ello. En principio el proyecto les parecía inabordable: “¡Cómo vamos nosotros a enseñarles a ellos! decían de forma casi unánime. A ello se unía el sentimiento de azoramiento, timidez e inseguridad por exponer un tema en público y ante tan *distinguida* audiencia. Si bien el problema no estaba tanto en el tema a tratar, cómo en la novedosa propuesta de invertir los papeles en la arena de juego.

El sentimiento de pertenencia al grupo, la puesta en común de sus deseos, valores, significados y puntos de vista, les dio seguridad para seguir adelante con el proyecto y transmitir sus creencias al resto de actores sociales.

Durante tres meses preparamos de forma concienzuda la ponencia. Cada uno de ellos eligió el tema sobre el que quería hablar. Dividimos la exposición en varias intervenciones en las que cada individuo relataba y significaba la *enfermedad* que había elegido, con el fin de intentar aportar el punto de vista de los que sufren la *enfermedad* adscrita.

La intención no era conversar sobre el estigma ni la forma en qué experimentaban su padecimiento en un centro penitenciario. La idea era transformar a los saberes profanos en *expertos* y aportar un nuevo significado a los nombramientos de los técnicos. Temíamos que si se hablaba sobre cómo vivían los sujetos su situación de dominados, sería otra oportunidad más para construir el estigma y la hegemonía de los técnicos. Eran los *enfermos mentales* los

que debían explicar la *enfermedad*, no los que la señalaban, pero no la padecían. Algunos de los individuos, solicitaron mi asesoramiento y otros no lo consideraron necesario.

Con estas premisas, nos presentamos una mañana en el salón de actos del sociocultural. Nos subimos al escenario (solicitaron mi presencia junto a ellos) y los técnicos se sentaron en los asientos del público. Acudieron todos los mandos de la prisión, incluido el director y todos los profesionales integrantes del PAIEM. Durante más dos horas, explicaron su visión de los diagnósticos con los que eran nombrados, definieron sus síntomas y propusieron terapias alternativas a la farmacológica como fueron: la escucha, la atención, la empatía y el consenso.

Los técnicos escucharon durante este tiempo de manera respetuosa la exposición y en el turno de preguntas, sus interrogantes versaron sobre los motivos de sus delitos, sobre sus traumas infantiles y todo tipo de temas delicados y comprometidos.

El auditorio no había considerado primordial su enunciación sobre las *enfermedades* adjudicadas, sino que debido a la falta de escucha habitual, estaban interesados más bien en las biografías delictivas y traumáticas. El comentario final de los participantes fue: ¡Ha estado muy bien, pero tenían que haber hablado más de sus vidas y no de las enfermedades!?. Irónicamente, el tiempo de escucha que ellos reclamaban en las intervenciones cotidianas, era solicitado justo el día que ellos destinaban a hablar sobre unas *enfermedades*, de las que los técnicos, por otra parte, hablaban habitualmente en sus intervenciones.

De cualquier manera, los sujetos al finalizar la exposición, estaban tremendamente satisfechos y orgullosos. El resto de actores no les reconoció su conocimiento, equiparable al de los saberes *expertos*, pero a ellos les bastaba en ese momento tan solo su propia experiencia.

Cómo más tarde comprobamos la práctica grupal no produjo ningún cambio social, cómo hubiéramos deseado y los saberes *expertos* continuaron anclados en sus nomenclaturas y sus tratamientos. La reflexividad no se tornó colectiva y la capacidad crítica no la habilitó para producir un cambio social más amplio.

10.3 Neutralizando los efectos del contrapoder

Sin embargo las estrategias de resistencia que vinculan y estructuran las relaciones de poder entre los sujetos, se producen en la totalidad de los actores sociales sean tanto los dominadores cómo los dominados, ya que entiendo la organización social cómo una construcción en constante cambio. Erhard Friedberg define así la organización social:

[...] red estructurada de relaciones de poder y de dependencia a través de las cuales los individuos o los grupos negocian (el intercambio de) los comportamientos (de los cuales) tienen cada uno necesidad para llevar a cabo sus tareas, defender sus intereses y alcanzar sus objetivos aun cuando estos objetivos sean vagos e intuitivos (Friedberg, 1993:365).

Teniendo en cuenta cómo se construye la organización social en la institución penitenciaria, los técnicos, al igual que los sujetos integrantes del PAIEM, desarrollan estrategias de resistencia frente a los comportamientos y actitudes de los internos. De ésta manera ante determinadas conductas disruptivas los *expertos* adoptan estrategias para sofocar los intentos de resistencia del grupo de internos del PAIEM, mediante el sometimiento o el mantenimiento del orden disciplinario.

Es sobre el grupo de internos del PAIEM que se encuentran en la clasificación de primer grado (que por lo tanto viven en el módulo de aislamiento), sobre los que el equipo de técnicos, debe desplegar sus más hábiles estrategias para sofocar los intentos de rebelión de los mismos. A lo largo de mi experiencia profesional he podido observar, cómo los internos con *trastorno mental* que provocaban graves disturbios en las prisiones terminaban siendo clasificados cómo internos en régimen de primer grado, en base a la aplicación de la disciplina.

Por tanto éste grupo de sujetos suele ser indisciplinado y enfrentarse o ignorar el sistema de forma habitual. Cuando un interno clasificado en primer grado es incluido en el programa PAIEM, se debe solicitar una autorización a la DGIIPP para permitir sus salidas eventuales del módulo y poder participar en las actividades comunes del grupo del PAIEM (art. 100.2 del RP).

El ejemplo de lo que sucedió con Alex, es aplicable a casi la totalidad de internos que comparten de forma conjunta, la adscripción al PAIEM y a la condición de primer grado.

Alex viene de conducción de un centro penitenciario donde no fue incluido en el programa y donde vivía solo en una celda, sin necesidad de realizar ninguna actividad obligatoria. Al llegar a nuestro centro, se revisa la historia clínica del interno y se decide su inclusión en el programa tras encontrar un diagnóstico psiquiátrico en él mismo. Ahora el interno debe salir a realizar actividades con el resto del grupo del PAIEM.

Desde entonces, Alex abandona su aseo personal y exagera sus comportamientos *extraños*, posiblemente cómo una estrategia ante el sistema. El equipo, preocupado por esta desviación del comportamiento, decide solicitar como parte de su estrategia, su clasificación en segundo grado a la DGIIPP, con el fin de *normalizar* su situación y sofocar sus tímidas estrategias de

resistencia que tan solo le atañen a él y no al conjunto de la institución. El equipo está convencido que con este cambio de clasificación penitenciaria, el interno abandonará las conductas *extravagantes* y mejorará sus relaciones interpersonales. La estrategia consiste en cambiar su situación relacional y de éste modo obtener un *cuerpo* que interactúe y coopere con la maquinaria institucional.

Por su parte, Alex al obtener la clasificación de segundo grado debe pasar a un módulo donde tiene que compartir celda y relacionarse con el resto de internos. El interno, desarrolla su propia estrategia de resistencia y una mañana, provisto de una fregona que sacude de forma agresiva, comienza a gritar en el patio: “¡quiero ir a aislamiento!, ¡quiero ir a aislamiento!”. En esta ocasión (y en la mayoría de ellas, cuando estamos hablando de internos en primer grado) el interno consigue su objetivo, librando a su favor la batalla de estrategias de los actores en el terreno de juego. Alex es devuelto al módulo de aislamiento, donde es clasificado en primer grado de nuevo y aunque sigue perteneciendo al grupo de internos PAIEM, no es obligado a realizar ninguna actividad en el mismo. “No debíamos haberle sacado nunca de allí” se comenta más tarde en el equipo de técnicos.

Sin embargo la estrategia más común y eficiente que lleva a cabo el equipo de técnicos, es la amenaza de cambio de módulo al interno, para conseguir de manera eficaz una corrección en el comportamiento del mismo. En la página 301 vimos cómo esta herramienta era utilizada como método de castigo que recordaba al sujeto la condición errante de la *locura* (Martínez, 1998). En esta ocasión quiero destacar, su uso más bien cómo estrategia de fuerza de los técnicos ante las múltiples *desviaciones* de los individuos, con el fin de conseguir el propósito de los *expertos*, y no cómo método de castigo, que si bien éste último infiere disciplina, no siempre reporta un beneficio directo sobre el técnico.

El beneficio buscado por el *experto* puede ser, conseguir que un interno acuda a la escuela: “vale pues hasta que no vaya a la escuela no le sacamos del M3”; conseguir disminuir el consumo de tóxicos: “pues no le dejamos salir del módulo éste, para que no pueda consumir, que en el M7 lo tiene más fácil”; conseguir que no se altere la convivencia del módulo: “a ese quitármelo de aquí que me revoluciona el módulo entero”; conseguir que se relacione con los demás: “si no te vas al módulo 3 y empiezas a hablar con los otros no saldrás nunca de permiso” o conseguir que no lesione su cuerpo y así evitar futuras responsabilidades por no preservar la integridad del sujeto: “a éste lo llevamos a la enfermería y lo metemos en la celda de cristales y verás que pronto se le pasa toda la tontería de chinarse”.

Existe otra modalidad de estrategia, que consiste en apartar al interno del foco de conflicto que él mismo ha creado, derivándolo a otra institución como puede ser un hospital de la

sanidad pública o el psiquiátrico penitenciario. Así cuando un interno ocasiona múltiples distorsiones sobre el sistema y el psiquiatra desaconseja la permanencia en el módulo de aislamiento, se solicita la derivación al psiquiátrico penitenciario que debe autorizar el juez previamente.

En estos casos se solicita el art. 60 del RP que habla sobre la posibilidad de derivación a un centro psiquiátrico penitenciario tras la aparición una enfermedad mental sobrevenida en el penado. En estos casos no es que haya sobrevenido una enfermedad psiquiátrica, sino que el sistema ante la imposibilidad de aplicar un aislamiento regimental cómo desearía, utiliza la estrategia de derivarlo a otro centro y de este modo solucionar el conflicto que ocasiona en el centro.

Es posible también derivarlo a un hospital público para evitar mayores conflictos en las *contendias*. Esto fue lo que sucedió un día que Jony estaba en la celda de cristales, en plena desestabilización y profería insultos y chillidos la mayor parte del día. Los funcionarios y ordenanzas estaban cansados de la situación y se adivinaba un desenlace comprometido para el interno. Ante la complicada situación, decido enviar a Jony al hospital, a lo que se niega repetidamente: “¡que no voy, mamones, dejadme en paz!”. Me acerco a él y para que no puedan oírme el resto le digo en voz baja: “es para quitarte de en medio, Jony”, a lo que me contesta: “ah, vale, vale, muchas gracias, pero no me mientas, por favor”. Comprendo que Jony ha entendido mi estrategia y se suma a ella, adoptando de forma repentina una actitud respetuosa con el entorno: “lo que usted ordene, señor funcionario, lo que usted ordene”.

Otro tipo de estrategia desarrollado en mayor medida por los servicios sanitarios y psicológicos de la prisión, consiste en establecer estrategias del conocimiento psiquiátrico. Para Foucault (2005), los *expertos* sanitarios establecen estrategias del conocimiento psiquiátrico como son el interrogatorio y el uso de drogas, que dominan los pensamientos y las ideas delirantes, minimizando el riesgo de violencia. A través del interrogatorio se permite el reconocimiento del paciente como *loco* y se permite la legitimidad de los conocimientos psiquiátricos.

Ya hemos visto, cómo frente al uso de estas estrategias del poder psiquiátrico, los *enfermos mentales* establecen prácticas de resistencia ante la deslegitimación social, como la negación al tratamiento, haciendo confluír la posibilidad de una autonomía personal y la negación de una nosología que los estigmatiza.

Pero de todas las estrategias que más interés pone la institución en llevar a cabo, son aquellas que se destinan a sofocar enfrentamientos grupales. Cómo cuando una mayoría de los internos integrantes del PAIEM, decidieron un día que no saldrían más a las actividades del

PAIEM, el día que se repartía el peculio en cada uno de sus módulos. El motivo es que el día de cobro del peculio, acostumbra a hacer compra en el economato y a devolver las deudas con tranquilidad. Esa misma semana, en la reunión de equipo, se discutió el tema de forma preferente: “no podemos permitir éstas tonterías”, “si se niegan a salir les dejaremos sin permiso a todos y ya veréis que rápido aprenden”. Esta decisión se comunicó a los internos, que declinaron de inmediato su intento de *sublevación*.

Se trata de eliminar estrategias de conjunciones horizontales, cómo nos explica Foucault:

[...] se trata de anular las ventajas del número; a causa de esto, la disciplina fija; inmoviliza o regula los movimientos; resuelve las confusiones, las aglomeraciones compactas sobre las circulaciones inciertas, las distribuciones calculadas [...] dominar todas las fuerzas que se forman a partir de una multiplicidad organizada, debe neutralizar los efectos de contrapoder que nacen de ella y que forman resistencia al poder [...] De ahí el hecho de que las disciplinas utilicen los procedimientos de tabicamiento y de verticalidad, que introducen entre los elementos del mismo plano unas separaciones tan estancas como sea posible, que definan unas redes jerárquicas tupidas; en suma, que opongan a la fuerza intrínseca y adversa de la multiplicidad el procedimiento de la pirámide continua e individualizante (Foucault, 2009:222).

En otras ocasiones, es el temor que despiertan algunos sujetos del PAIEM sobre los técnicos, lo que les lleva a desarrollar diferentes estrategias de resistencia, ante la amenaza de ver disminuido su poder o su prestigio.

Así si un interno presenta una crisis con agresividad manifiesta, la institución no entiende que sea necesario hablar con él en primer lugar, intentar averiguar porqué se comporta de esa manera o intentar negociar una solución. El motivo del comportamiento agresivo, suele ser la incomprensión que recibe del sistema ante una solicitud que él considera cómo justa (me remito a la página 305) o la aparición de una *crisis psicótica*.

En estas situaciones, es común que los funcionarios soliciten al médico que duerma al paciente con gran cantidad de medicación, para conseguir anular su voluntad: “Ponle un pinchazo y a tomar por culo”, “yo con ese no dormiría en la misma celda, ¡Qué miedo da el cabrón!, “que se le caiga la baba y nos deje tranquilos esta noche”.

En otras ocasiones, ante el temor que despierta a los propios técnicos, se decide *simular* la pertenencia al PAIEM del interno, sin llegar a hacerla efectiva. Esta situación se produjo ante la alarma que despertaba Eusebio en la institución. Cada vez que éste salía a las actividades del PAIEM, se contrariaba de forma considerable y juraba matar al próximo que le obligara a salir de su módulo.

El equipo se reúne de forma urgente y decide mantenerlo en el programa cómo dicta la DGIIPP, pero que no participe en él de ninguna manera: “a él no le decimos que está en el PAIEM, le decimos que le hemos borrado, que en realidad él no está loco y que se dedique a hacer sus figuritas del belén”. En este caso el deseo de la institución por apoderarse de un *cuerpo* y un *alma* más, se ve sobrepasado por la amenaza que les causa. Deja de tener prioridad la rehabilitación, la terapéutica, la disciplina, para prevalecer la alarma y el temor. Vemos entonces, cómo la institución penitenciaria funciona como expone Julio Zino (1996) cómo una organización *construcción* y no cómo *respuesta*. Para este autor la diferencia entre ambas es bien notable. La organización *respuesta* considera los comportamientos de los individuos cómo un mecanismo de acatamiento, ajuste o desajuste a las normas y consiguientemente cómo una clasificación de dichos comportamientos según este eje de ajustes y desajustes.

El diseño de la prisión, en principio generaría esta visión y fomentaría esta capacidad. Así, cuanto más se ajusten los comportamientos de los individuos a estas previsiones, más factible, sería la rehabilitación y viceversa. En esta visión el interno podría adoptar un comportamiento variable y no así los técnicos que se situarían en un punto fijo, ajustado a las previsiones del diseño y ajenos al proceso valorativo o evaluativo.

Sin embargo, siguiendo la concepción *constructivista* que plantea Zino, los comportamientos de ambos grupos adoptan un carácter estratégico. Los individuos, cualquiera sea su posición, reconocen unos objetivos generales instaurados por la prisión y a su vez tienen unos objetivos propios. Las prácticas de los individuos, a través de las cuales se revelan las estrategias para alcanzar los objetivos, suponen un juego entre los actores, con objetivos diferentes en el contexto del objetivo general de la prisión. La conducta adaptada o inadaptada sería una manifestación de las relaciones entre internos y personal de la institución.

Por último, observamos en los técnicos otra serie de estrategias que no tienen que ver con la interacción con los internos, sino con su propio beneficio frente a la institución; cómo puede ser el conseguir la permanencia en el centro penitenciario o el ahorro en el tiempo de trabajo que se destina al programa.

Debido a que el programa PAIEM, fue muy valorado por la DGIIPP en sus inicios, todos aquellos técnicos que participaban en él, eran muy apreciados por la Dirección General. Por otra parte pertenecer al equipo conlleva más trabajo para sus profesionales y por lo tanto son designados por la dirección del centro de manera involuntaria y de forma rotatoria, lo que provoca frecuentes cambios en su composición. Sin embargo si un profesional no tiene plaza

fija en el centro, solicita su inclusión voluntaria en el programa con el fin de asegurarse su permanencia en el centro: “Si me quedo en el PAIEM, me haré imprescindible y nadie podrá echarme”.

Otra estrategia desarrollada por la institución consiste en mantener cómo tutores de los internos a profesionales que ya no pertenecen al programa. Todos los miembros del equipo conocen esta situación, y también se sabe que de ésta forma esos internos no tienen ningún tutor, pero nadie denuncia ésta realidad porque supondría, que a los técnicos en activo les corresponderían más internos a tutorizar por profesional.

Soy consciente, de que, en este juego de estrategias desarrollado por los actores, participo con la misma intensidad que el resto y con el mismo propósito de obtener mis propios objetivos. Debo decir que no he dudado en desarrollar estrategias para mantener ese nivel horizontal con los saberes profanos y tampoco he dudado en dilatar la brecha que me separa de los saberes *expertos* y de las lógicas de la institución. Desde los inicios de mi trabajo en la maquinaria penitenciaria, me posicioné en la marginalidad de los agentes deslegitimados y desarrollé multitud de estrategias, ante un sistema que contradecía mis lógicas de cómo debía ser la atención sanitaria a los excluidos en su *locura*. Del mismo modo, soy consciente de cómo mi discurso ante el conjunto de actores provoca estrategias, deslegitimaciones, enfrentamientos, aceptaciones o refuerzos.

Construyo discurso, por ejemplo, cuándo les advierto sobre la importancia de no hacer confidencias al personal de la institución, que más tarde no las guardarán o peor aún que las utilizarán en su contra. Cuándo intento hacer prevalecer o por lo menos hacer valer las voces de los saberes profanos. Cuando deslegitimo a unos y legitimo a otros. Cuando ingreso a los sujetos en enfermería para apartarles del foco del conflicto. Cuándo construimos, resistimos y transformamos territorios que estaban vacíos de contenido.

Sin embargo esta investigación no se ha planteado cómo acción-participación, sino que tan solo me he limitado a recoger, lo que veníamos haciendo desde hace años en la atención a los *enfermos mentales*.



XI

CONCLUSIONES

Bueno vale, ¡pínchame!
Que si no, no me dejáis salir de permiso.
(Luís, 28 años, 4 años en la institución)

La reflexión sobre el proceso de la aplicación del poder disciplinario, sobre un grupo de *enfermos mentales* privados de libertad, se ha llevado a cabo a través de dos grandes hilos conductores: un cuerpo teórico que me ha facilitado la comprensión y el análisis de los hechos observados y un estudio empírico elaborado con el conjunto de actores implicados, en dicho proceso.

El centro penitenciario se configura cómo una institución social reproductora de poder, que aplica un régimen disciplinario sobre los *enfermos mentales*, en el contexto de una estructura disciplinaria. Se ha desvelado el dominio cultural en el que viven los actores, a través de la interpretación de símbolos y sistemas de significación cultural, que pretendía comprender simultáneamente la producción social de significados y la dimensión activa de los actores.

Vemos, cómo la producción social de los actores se expresa, a través de sus prácticas y de todo aquello que está por decir y por hacer. *Cuerpos* disciplinados cuyas propuestas no pueden siempre manifestarse en acciones o en declaraciones corporales. Debo aclarar, por tanto, cómo a la hora de transformar en texto la experiencia de investigación, no siempre me ha sido posible mantener la discusión sobre la objetividad y subjetividad a la hora de interpretar sus silencios, sus intenciones o su capacidad de agencia malograda.

En referencia al proceso de la *carrera moral* de los *enfermos mentales*, vemos cómo la mayoría de ellos, poseen un pasado institucional recorrido en centros de menores, psiquiátricos o centros de deshabitación toxicofílica, que al ingresar en prisión adopta las características propias del sistema penitenciario. Sus narrativas han oscilado entre infancias traumáticas marcadas por el maltrato, el consumo de tóxicos y el mundo delincuencia. Ingresan en prisión con un sufrimiento ajustado a sus precedentes complejos y a la historia de su *enfermedad*. Es en la construcción de sus narrativas, en las que encontramos el punto de inflexión de la aparición de su *trastorno* que a la vez se articula como eje vertebrador de sus prácticas.

Con respecto al proceso diagnóstico al que se ven expuestos, los sujetos que han atravesado la experiencia del diagnóstico psiquiátrico, ubican el eje del problema en el desencaje propio, más que en el nombramiento que se hace de él.

Los sujetos no niegan la existencia del innegable desencuentro con los parámetros de la *normalidad*, sino que rechazan las adjudicaciones y significaciones externas impuestas por el sistema hegemónico. Se resisten a una adscripción diagnóstica pasiva donde los individuos quedan desprovistos de capacidad de agencia.

La biomedicina se erige como constructor de una realidad supuestamente científica que delimita la frontera entre lo *normal* y lo *anormal* e interpreta la realidad. Desde los saberes *expertos* se adjudican nosologías que marcan esa frontera. Esto deriva en una escisión categorial, construida socialmente y que queda legitimada mediante el diagnóstico.

Por otro lado, muchos de los nombramientos son en realidad sobrediagnósticos que adjudican parámetros biomédicos a sujetos que no los poseen. La incoherencia consiste en que, no es tan solo que no se tengan en cuenta contextos socioculturales o narrativas vitales a la hora de diagnosticar, sino que, en base al carácter disciplinario de la institución, se diagnostican como trastornos psiquiátricos mayores, lo que en realidad son *brotos psicóticos* por consumo de tóxicos o comportamientos disruptivos, que les encadenan a la adscripción de *dementes*.

Este sobrediagnóstico, capitanea un sobretratamiento que recuerda una vez más a los individuos, la sociedad disciplinaria en la que están siendo construidos. Son las experiencias biomédicas, las que determinan la cotidianidad de los sujetos y les apremian para que se signifiquen como *enfermos* y adviertan cómo beneficioso el fin de la terapia institucional, que no es otro que la modificación del *sin sentido común*.

Sin embargo, algunos de los sujetos aceptan el diagnóstico adscrito por el sistema, como una forma de dar sentido a su narrativa y significarse en el grupo social al que pertenecen. Este acto no constituye una verdadera resignificación en la *enfermedad*, si no una aceptación e intento de comprensión, en beneficio de la construcción de su propio espacio explicativo. Estos individuos tienden a utilizar la terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, como un discurso médico aprendido, pero alejados de su universo de significados. Constituyen propósitos de vivenciar el padecimiento desde diferentes perspectivas, que tienden conexiones interpretativas, pero que ignoran el verdadero significado en ambos universos.

Esta aparente consonancia con el diagnóstico y el tratamiento institucional tiene que ver con la necesidad de perseguir una estabilidad que no poseían en el mundo de la drogadicción y la delincuencia anterior a su ingreso en prisión. Esta conformidad, viene también suscitada por

la transformación persistente que pretende el sistema, previa a la concesión de los beneficios penitenciarios.

Me gustaría resaltar sin embargo, cómo los sujetos pueden mostrar un *yo* diferente según se encuentren en una fase de desequilibrio emocional. La supuesta aceptación de los nombramientos hegemónicos, se disipa ante la aparición de las lógicas propias de la *locura*, quedando desmantelada la docilidad de los individuos ante la adscripción diagnóstica y los tratamientos prescritos. El *alma* de los sujetos, emancipada en los episodios *psicóticos* del sistema disciplinar, manifiesta una clara oposición al poder biomédico y a las lógicas institucionales.

Si bien es verdad, que los modelos explicativos que analizan la comprensión del padecimiento de los sujetos y hacen prevalecer el punto de vista de los saberes populares sobre los *expertos*, constituyen una dinámica de comprensión interrelacional que no tiene cabida en el sistema penitenciario, los individuos reclaman su derecho a significar su sufrimiento.

En relación al concepto de *locura*, vemos cómo su análisis nos permite acceder a posibilidades de interpretación y significación diferentes. Para unos sujetos la experiencia de la *locura* tiene que ver con una historia de destrucción y reconstrucción del mundo vital del individuo, lejos de una acepción biomédica. Sería una quiebra en su proceso identitario que produce sufrimiento y dolor en las narrativas.

Otros sujetos sin embargo, reivindican su pertenencia al mundo de la *locura* cómo parte nuclear identitaria, desde una visión significada de sus vivencias. Se reivindica, entonces, el derecho a una manera peculiar de estar en el mundo y las percepciones y experiencias *inverosímiles* se comprenden como parte intrínseca e indisoluble de las propias narrativas.

Una minoría de ellos no duda en negar la existencia de la *locura* y la adjudicación a la que son sometidos, les produce una manifiesta irritación y enfrentamiento frente al sistema.

Por otra parte, en relación al proceso del estigma, hemos visto cómo la institución diferencia a los internos con *enfermedad mental*, adscribiéndoles al grupo del PAIEM. A pesar de la intención del sistema de no subrayar esta delimitación al distribuir a los sujetos en diferentes módulos, son las propias interacciones de los actores las que construyen y condicionan el proceso de estigmatización.

La mayoría de los sujetos, cuando ingresan en la institución ya llegan con un pasado excluyente y la categoría de pertenecer al grupo PAIEM no hace sino remarcar ese estigma. Del mismo modo, la experiencia del diagnóstico intensifica este proceso, ya que el nombramiento no explica sus padecimientos si no que señala aún más su sufrimiento.

Los sujetos advierten cómo son aplicados sobre ellos actuaciones y razonamientos diferentes al resto de internos. El “ser del PAIEM” se convierte en una identidad grupal dentro de la institución, que lo diferencia claramente del resto de internos. Las opiniones de los individuos son sistemáticamente desacreditadas por el hecho de partir de un sujeto *enajenado* y se muestra un rechazo del personal del centro hacia el grupo del PAIEM, dominado por la extrañeza y el temor ante posibles conductas imprevisibles. Esto conlleva no proporcionarles un puesto de trabajo o no concederles puestos de responsabilidad salvo algunas excepciones. En relación a la aplicación del régimen disciplinario, vemos cómo es aplicado con diferentes matices y connotaciones a los internos con *enfermedad mental*. Así para la institución, el interno que no pertenece al grupo PAIEM debe cumplir con más rigor la maquinaria disciplinaria.

Sin embargo, los sujetos del PAIEM, suelen estar permanentemente vigilados, sometidos y destacados del resto. Cualquier comportamiento es analizado con más detenimiento y antes de aplicar la normativa disciplinaria, se consulta con el equipo técnico la conveniencia o no de dicha actuación a diferencia del resto de internos. Así mismo las conductas disruptivas de los sujetos del PAIEM, son significadas por la institución como violentas, en un mayor número de ocasiones que en el resto de individuos.

Los sujetos son conscientes de que parten de relaciones asimétricas de poder y que ello implica una segregación que les invita a gestionar el estigma al que son sometidos. De esta manera aprenden a gestionar el punto de vista de los *otros*, intentando situarse en el ámbito de lo *admisible*.

Frente al estigma que padecen los integrantes del PAIEM, el *recinto* se resignifica cómo un territorio donde impera la recuperación de los saberes profanos y la no exclusión de los individuos. El dolor de los sujetos es mitigado con las herramientas de la escucha, la horizontalidad y la reciprocidad en los saberes y en las prácticas.

A pesar del reforzado estigma que padecen tanto por la adscripción diagnóstica cómo por la privación de libertad, en general casi todos ellos refieren que su vida ha mejorado desde su entrada en prisión.

Durante esta época de sus vidas suelen abandonar el consumo de tóxicos, los hábitos delincuenciales o la soledad persuadida por el contexto sociofamiliar, para encontrarse con un espacio en el que reflexionar sobre sus vivencias anteriores. Es en la construcción de su cotidianidad y apaciguamiento donde obtienen un significado a su sufrimiento, a la vez que descubren una ubicación social que les permite acercarse a la *normalidad*. Esta ubicación

social puede estar representada por la institución o por los vínculos familiares que muchos de ellos recuperan en este periodo de sus vidas.

En referencia a la aceptación de las normas institucionales, los internos reorganizan sus hábitos y conductas, figurando ser sujetos *adiestrados* por la institución. En apariencia adaptan el comportamiento a favor del cumplimiento de la norma institucional, pero la mayoría simulan esta docilidad con el fin de alcanzar un objetivo. Las normas se constituyen como una herramienta para poder cumplir con la institución y así conseguir beneficios penitenciarios, utilizando al sistema como un medio para sus fines.

En esta docilidad figurada, algunos *cuerpos* se refuerzan y se muestran como agentes con capacidad de acción, que pretenden escapar del poder biopolítico y adoptar estrategias *conformadoras* con el sistema.

Sin embargo, lo común es que sus *cuerpos* dejen traslucir los padecimientos del *alma*, y que el poder biopolítico someta e impronte los *cuerpos* mediante la disciplina, las adscripciones y los tratamientos.

Los *cuerpos* de los *dementes*, hablan desde los silencios, las posturas uniformadas o las miradas subordinadas. Los gestos suplican o disienten, pero la mayoría de corporalidades se niegan a aceptar nombramientos hegemónicos que ningún significado tienen para ellos.

Sin embargo, hemos visto como los *cuerpos enajenados* y confinados poseen una capacidad de agencia que puede transformar el contexto, según las posiciones que ocupan en la arena de juego. Así unos sujetos desarrollan estrategias adaptativas que perpetúan la estructura, otros optan por ignorar el sistema con una pasividad evidente y la mayoría de ellos despliegan estrategias de resistencia ante la maquinaria institucional. Una forma de estrategia de resistencia es la conformidad simulada, que consiste en una forma de negociación que adopta una resistencia silente al mantener sus hábitos de conducta de forma clandestina y que la formalizan un pequeño número de los sujetos integrantes del PAIEM.

Las estrategias llevadas a cabo, no tienen como única función ejercer una determinada fuerza sobre la institución, sino a su vez mitigar el sufrimiento que les produce el estigma, la reclusión y su propia narrativa desajustada.

Con respecto a la hipótesis planteada sobre las posibles diferencias de agencia de los sujetos, entre los internos que llevan más tiempo y los que llevan menos tiempo en la institución, resaltar que las conclusiones apuntan hacia una mayor divergencia a medida que aumenta el tiempo de reclusión.

En el programa PAIEM, el número de sujetos que tienen condenas con una media de 3 años supera ligeramente al de los que tienen condenas con una media de 10 años. Observamos que

cuanto más tiempo llevan en la institución, aceptan menos la disciplina y se identifican en menor medida con los nombramientos biomédicos. De este modo la prisión actúa como mecanismo para aumentar la disidencia de los sujetos hacia el poder biopolítico del sistema.

No se encuentran diferencias a la hora de aceptar los tratamientos prescritos entre los que llevan mayor o menor tiempo en prisión. Esta discordancia entre la ausencia de conformidad con el diagnóstico y sin embargo la aceptación del tratamiento se debe a que, aun no admitiendo las lógicas biomédicas, muchos de ellos experimentan la toma de medicación como una oportunidad para calmar su padecimiento.

Sin embargo, a medida que aumenta el tiempo en prisión las estrategias de resistencias llevadas a cabo disminuyen proporcionalmente, como si de un mecanismo de agotamiento combativo de los sujetos se tratara.

Vemos pues, cómo la sociedad disciplinaria penitenciaria, impone sus lógicas en el ámbito de la *sin razón* y cómo cada una de las supuestas realidades, son construidas desde la contienda entre los estamentos de poder y la capacidad de agencia de los sujetos.

Las herramientas a través de las cuáles la institución impone la disciplina son: la utilización del espacio y los tiempos, el establecimiento de un orden en los *cuerpos* y en las estancias donde se desarrolla la cotidianidad y la imposición de un comportamiento reglado que reprime cualquier desviación sobre esta norma. Los sujetos del PAIEM deben comportarse de acuerdo al orden establecido y deben aceptar los diagnósticos y tratamientos impuestos por el poder biopolítico. La capacidad de agencia de los sujetos frente a esta disciplina, es la que provoca el ejercicio de las estrategias de resistencia.

Considero, por tanto, que el programa PAIEM investido de poder por la sociedad disciplinaria donde se desarrolla, no da respuesta a los objetivos propuestos por la institución. Por tanto, no se diseña un programa individualizado desde la escucha y la corresponsabilidad de los saberes, no se persigue la continuidad asistencial ni la equidad con los servicios asistenciales externos, no se trabaja desde la interdisciplinaridad horizontal, se diagnostican y tratan sujetos que no se corresponden con la categoría biomédica de trastorno mental y no se fomenta su autonomía personal.

El sistema se ocupa de contener a los *enfermos mentales* en espera de su puesta en libertad. Durante su estancia en la institución se persigue su transformación y homogenización en el marco de un constructo terapéutico que modifica el *sin sentido común* y les usurpa su individualidad. Los sujetos son devueltos a la sociedad, homogeneizados, estereotipados y mermados en su capacidad de agencia.

Los equipos técnicos actúan como jueces paralelos, reproduciendo mecanismos del *cuerpo* social, castigando y transformando según el patrón de las sociedades disciplinarias. Por otra parte dependiendo de la voluntad y cognición singular de cada técnico, queda enmascarado desde el conocimiento, el poder sobre las *almas* y los *cuerpos*. El objetivo es reproducir sujetos libres de *almas* propias que sean entregadas al sistema en un acto de sometimiento ante las lógicas imperantes. Será la capacidad de agencia de los individuos la que proponga operar fisuras en el entramado institucional y reforzar en la medida de lo posible, el derecho a incorporar las lógicas de la *locura confinada* al mundo de la *cordura*.





XII

CONSIDERACIONES FINALES

Los fármacos no duermen la enfermedad.
(Sebastián, 32 años, 9 años en la institución)

Las conclusiones de este trabajo comprometen a la reflexión y a la creación de nuevos planteamientos desde la acción y la teorización. La capacidad de acción de los agentes, debe recalar en las estructuras institucionales, con el fin de crear un inesperado discurso que sea capaz de hermanar las consecuencias del proceso judicial y la *sin razón*.

La legitimación de los saberes profanos, es una asignatura pendiente del sistema penitenciario. Hemos visto, cómo se construye desde unos saberes *expertos* que no contemplan la cuestión desde las diferentes perspectivas implicadas en el proceso.

Se hace necesario por tanto, proponer cambios en las disposiciones de la institución, con el fin de satisfacer las necesidades reales del colectivo del PAIEM, creando nuevos modelos teóricos y prácticos que permitan construir estrategias de actuación más individualizantes y menos disciplinarias. Escuchar y conocer primero para intervenir más tarde desde las narrativas individuales. Construir modelos alejados de las lógicas del extrañamiento y de la incapacidad. Generar territorios de posibilidades, dónde sea viable la gestación de procesos libres de estigma y de la adjudicación nosológica, con el fin de reconstruir identidades que les permitan no idearse como *almas* disciplinadas desprovistas de *razón*.

Estos modelos deben de ser compartidos y administrados por los diferentes actores en la arena de juego, sin olvidar que los sujetos integrantes del PAIEM, poseen una capacidad de agencia que es capaz de transformar y crear alternativas distanciadas de los sistemas de *expertos*.

Es indispensable un acercamiento y consenso de las diferentes administraciones implicadas, tanto a la hora de solicitar incapacidades tuteladas cómo a la hora de dictar sentencias judiciales. Así mismo, es prioritario aplicar las nuevas tendencias judiciales emergentes alternativas al internamiento que analizan con detenimiento las medidas judiciales de seguridad que se aplican a los enfermos mentales y que adjudican sentencias más acordes a la experiencia de la *locura*.

Se debe por tanto insistir en la despatologización de las narrativas y en el cuestionamiento de ciertas categorías, y al mismo tiempo, desarrollar nuevas herramientas de acción donde puedan converger ambos saberes y mitigar el sufrimiento de los individuos. Facilitar espacios

de expresión donde la *locura* pueda comunicarse con la sociedad que los excluye, y posibilitar puntos de encuentro horizontales donde la *normalidad* o la *razón* no se constituyan en los parámetros tutelares.

Los *profesionales* de la salud mental deberían preocuparse más allá de atribuir diagnósticos, de escuchar las narrativas de los sujetos, para facilitar esa *otra* manera de estar en el mundo. Quizá no desde el completo entendimiento, pero sí desde el respeto a la alteridad. Desdibujar el diagnóstico y ver más allá de los parámetros biomédicos.

Renunciar a la práctica correctiva y aleccionadora de someter a los individuos a un eterno peregrinar de un módulo a otro.

Reformular la manera en la que nos acercamos a los individuos y transformar interrogantes y miradas. Emplear las terapias biomédicas más bien como un medio, no como un fin, revisar dosificaciones y tiempos y siempre que la capacidad volitiva lo permita, consensuar las pautas administradas con el paciente. Se trata de ver desde la mirada de los saberes profanos y desde ahí, proponer la mejor manera de aplacar el sufrimiento, el aislamiento y el estigma. Deberíamos de reflexionar, sobre el ejercicio de limitar las narrativas de los sujetos a una entidad nosológica y al mismo tiempo abandonar nuestra ilusoria idea de pedir a los sujetos que se declaren *enfermos* como primer paso para sentirse curados.

Solicito por tanto, a las instituciones involucradas en el proceso, un tiempo y un espacio para reflexionar sobre el poder, sobre las disciplinas aplicadas y sobre la estructura inamovible; en definitiva reclamo una oportunidad dónde pueda pensarse la alteridad de la *locura*, como un actor más del espacio social poseedor de significados, procesos y determinaciones propias.

XIII

BIBLIOGRAFÍA

Abad, Alicia; Arroyo, José Manuel; Gómez, Pilar; López, José María; Pozuelo, Florencia & Ruiz, Alfredo. 2015, *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento.*

Available:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202014000300005&lng=es&nrm=iso [25-04-2015].

Aceves, Jorge. 2001, "Experiencia bibliográfica y acción colectiva en identidades emergentes", *Espiral*, vol. 20, pp. 11-38.

Aceves, J. 1994, "Práctica y estilos de investigación en la historia oral contemporánea", *Historia y fuente oral*, vol. 12, pp. 143-150.

Adelantado, José. 1991, *Orden cultural y dominación. La cárcel en las relaciones disciplinarias*, Departamento de Sociología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Aguirre, Ángel. 1999, "La identidad cultural", *Anthropológica, Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, vol. 3, pp. 1-7.

Almeda, Elisabet. 2003, *Mujeres encarceladas*, Ariel, Barcelona.

Almeda, E. 2002, *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*, Bellaterra, Barcelona.

Almeda, E. 2001, *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*, Alianza, Madrid.

Alonso, Belén. 2005, "El juego de las diferencias. Lecturas sobre identidad y cultura", *III Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- Alonso, Luís Enrique. 1998, *La mirada cualitativa en sociología*, Fundamentos, Madrid.
- Álvarez-Villareal, Lina Marcela. 2009, "Reseña de Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión de Michel Foucault ", *Dikaion*, vol. 23, no. 18, pp. 363-367.
- American Psychiatric Association(APA). 2012, *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-Development*. Fifth Edition, Washington, DC.
- Angermeyer, Matthias. 2000, "Schizophrenia and violence", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 40, pp. 63-67.
- Arenal, Concepción. 1895, *Estudios Penitenciarios 2 Val, en Obras Completas*, Imprenta de T.Fontanet, Madrid.
- Arredondo, Armando. 1992, " Analysis and Reflection on Theoretical Models of the Health-Disease ", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 8, no. 3, pp. 254-261.
- Arroyo-Cobo, José Manuel. 2011, "Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 13, no. 3, pp. 100-111.
- Arroyo-Cobo, J. 2005, "El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones. Actividades y funcionamiento ", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 7, pp. 86-91.
- Artaud, Antonin.1925, "Carta a los poderes", *La revolución Surrealista*, vol. 3, pp. 11-13.
- Asamblea General de Salud Mental Europal/FMSM. Noviembre 1998, *Declaración de consenso sobre la promoción de la salud mental en las prisiones*, Bruselas.
- Augé, Marc. 1993, *Los "no lugares" espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*, Gedisa, Barcelona.
- Austin, John. 1982, *Cómo hacer cosas con palabras*, Paidós, Buenos aires.

- Bajtin, Mijail. 1974, *La cultura popular en la Edad Media y el Renacimiento. El contexto de François Rabelais*, Barral, Barcelona.
- Bakhtin, Mikhail. 1994, "The problem of speech genres" en *Speech genres and other late essays*, eds. C. Emerson & M. Holquist, University of Texas Press, Austin, pp. 60-102.
- Bardin, Laurence. 1986, *El análisis de contenido*, Akal, Madrid.
- Bardin, L. 1977, *L'analyse de contenu*, P.U.F, París.
- Baltard, Luis-Pierre. 1829, *Architetonographie des prisons*, Palais des Beaux-Arts, París.
- Barrios, Luís Fernando. 2005, *El estatuto jurídico del enfermo. Evolución histórica y protección jurídica*, Facultad de Derecho de la Universidad de Alicante.
- Barrios, L. F. 2003, "La Psiquiatría Penitenciaria. Perspectiva histórica y problemas prese", *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, vol. Edición III, pp. 17-30.
- Barrios, L. F. 2000, "Un siglo de psiquiatría penitenciaria", *Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 2, no. 1, pp. 23-30.
- Bar-Tal, Daniel. 1996, "Las creencias grupales como expresión de la identidad social" en *Identidad social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos*, eds. Francisco, Morales; D. Paez; J. Deschamps & S. Worchel, Promolibros, Valencia, pp. 255-285.
- Bartlett, Frederic Charles. 1932, *Recuerdos*, 1988th edn, Debate, Madrid.
- Basaglia, Franco. 1975, "Rehabilitación y control social" en *Psiquiatría antipsiquiatría y orden manicomial*, Barral, Barcelona.
- Bastida, Luís Alejandro. 2014, "¿Se puede obligar a un enfermo mental en prisión?", *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 12, no. 1, pp. 37-50.
- Bateson, Gregory. 1976, *Pasos hacia una ecología de la mente*, Carlos Lohlé, Buenos Aires.

- Bauman, Zygmunt. 2003, "De peregrino a turista, o una breve historia de la identidad " en *Cuestiones de identidad cultural*, eds. Stuart Hall & Paul du Gay, Amorrortu, Buenos Aires, pp. 40-68.
- Beccaria, Cesare. 1969, *De los delitos y las penas*, Aguilar, Madrid.
- Belloch, Alberto. 1994, "El enfermo mental en la Constitución Española", *Simposium de la Sociedad Española de la Psiquiatría Forense. El internamiento del enfermo mental*, PPU, Barcelona.
- Bentham, Jeremy. 1791, *Panóptico*, 2011th edn, Círculo de Bellas Artes, Madrid.
- Berger, Peter & Luckmann, Thomas. 1999, *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Bergere Dezaphi, Joelle. 1989, *Las actitudes ideológico-políticas de los trabajadores en situación de desempleo. Un estudio de casos*, Departamento de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid.
- Bertaux, Daniel. 1980, "La perspectiva biográfica: validez teórica y potencialidades" en *La historia oral. Métodos y experiencias*, eds. José Miguel, Marinas & Cristina, Santamarina (1993), debate, Madrid, pp. 149-171.
- Bertaux, D. 1983, "From the life-history Approach to the transformation of sociological practice" en *Biography and Society* Sage, California.
- Billig, Michael. 1987, *Arguing and thinking. A rhetorical approach to social psychology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Blacking, John. 1977, "Some Problems of Theory and Method in the Study of Musical Change ", *International Council for Traditional Music*, vol. 9, pp. 1-26.
- Blitz, Cynthia; Wolff, Nancy & Shi, Jing. 2008, "Physical victimization in prison: the role of mental illness", *Journal Law Psychiatry*, vol. 31, pp. 385-93.

Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29/05/2003 *Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud 16/2003, de 28 de mayo.*

Boletín Oficial del Estado nº 281, de 24/11/1995 *Ley Orgánica del código Penal 10/1995, de 23 de noviembre.*

Boletín Oficial del Estado nº 102, de 29/04/86 *Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.*

Boletín Oficial del Estado nº 239, de 5/10/79 *Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre.*

Bolívar, Antonio. 2002, *¿De nobis ipsis silemus? Epistemología de la investigación biográfica, narrativa en educación.*

Available: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol4no1/contenido-bolivar.pdf> [03-04-2015].

Bolívar, Antonio & Domingo, Jesús. 2006, "La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica. Campos de desarrollo y estado actual", *Qualitative Social Research*, vol. 7, no. 4, pp. 12.

Bourdieu, Pierre. 1999, *La miseria del mundo*, Fondo de Cultura Económico, Buenos Aires.

Bourdieu, P. 1994, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Anagrama, Barcelona.

Bourdieu, P. 1985, "Describir y prescribir" en *¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*, Akal Universitario, Madrid, pp. 96-104.

Bravo, Omar. 2015, *Las prisiones de la locura. La locura de las prisiones. La construcción institucional del preso psiquiátrico*, Grupo 5 (Colección Salud Mental colectiva), Madrid.

Brigidi, Serena & Comelles, Josep María. 2014, *Locuras, cultura e historia*, URV, Tarragona.

Bruckner, Pascal. 2001, *La euforia perpetua. Sobre el deber de ser feliz*, Tusquet, Barcelona.

- Bruner, Jerome. 2003, *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Bruner, J. 1988, *Realidad mental, mundos posibles*, Gedisa, Barcelona.
- Bruner, J. 1986, *Actual minds, possible worlds*, MA: Harvard University Press, Cambridge.
- Burgess, Ernest. 1926, *The urban community. Selected papers from the Proceedings of the American Sociological Society 1925*, The University of the Chicago Press, Chicago.
- Burney, Elizabeth & Pearson, Geoffrey. 1995, "Mentally disordered offenders. Finding a focus for diversion", *Howard Law Journal*, vol. 34, pp. 291-313.
- Bury, Michael. 1982, "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, no. 2, pp. 167-182.
- Bustamante, Rosario. 2013, "Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario", *Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 15, no. 2, pp. 44-53.
- Bustamante, José & Santa Cruz, Antonio. 1977, *Psiquiatría-Transcultural*, Científico-Técnica, La Habana.
- Butler, Judith. 2002, *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Paidós, Buenos Aires.
- Cadalso, Fernando. 1903, "Las reformas de prisiones. Escuela de Criminología", *Revista de las prisiones*, vol. XI, no. 84, pp. 355-58.
- Canals, Josep. 2003, *El regreso de la reciprocidad. Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar*, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira y Virgili

- Canals, J. 2003, " Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas. Reciprocidades, identidades y dependencias ", *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3, no. 1, pp. 71-81.
- Canguilhem, George. 1966, *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI, México.
- Caravaca, Francisco; Falcón, María & Luna Aurelio. 2014, "Agresiones físicas en prisión. La enfermedad mental como factor de riesgo asociado ", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 16, pp. 84-90.
- Casado, Lina Cristina. 2011, *Los discursos del cuerpo y la experiencia del padecimiento. Acciones autolesivas corporales en jóvenes*, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universidad Rovira i Virgili.
- Castel, Robert. 1980, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, La piqueta, Madrid.
- Casullo, Fernando. 2001, "La cárcel como fenómeno de exclusión social. Formas de abordaje desde el pensamiento de Michel Foucault", *Primeras Jornadas de Historia del Delito en la Patagonia*, Universidad Nacional del Comahue, 01-06- 2000.
- Cela, Xavier. 2015, "El paciente pre-integrado. Estudio de un caso sobre los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica en la juventud", *I Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Madrid, 09-07-2015.
- Clemente, Miguel. 1997, " La organización social informal en la prisión", en *Psicología Jurídica Penitenciaria II*, eds. Miguel, Clemente & Jesús, Núñez, Fundación Universidad Empresa, Madrid, pp. 321-356.
- Clemmer, Donal. 1985, *The prison community*, Rinehart, New York.
- Colina, Fernando. 2008, "Reseña de La invención de las enfermedades mentales de José maría Álvarez", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 102, pp. 485-488.
- Colina, F. 2007, *De locos, dioses, deseo y costumbres*, El pasaje de las letras, Valladolid.

- Comelles, J. M. 2007, "Cultura, sociedad y psiquiatría en España", *Frenia*, vol. 7, no. 1, pp. 7-24.
- Comelles, J. M. 2006, *Stultifera navis: la locura, el poder y la ciudad*, Milenio, Lleida.
- Comelles, J. M. 2003, "Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, ICA*, vol. 19, pp. 111-131.
- Comelles, Josep María. 1988, *La razón y la sin razón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.
- Comelles, Josep María & Martínez, Ángel. 1993, *Enfermedad, Cultura y Sociedad: Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, Eudema, Madrid.
- Comisión de las comunidades europeas. 2005, *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*.
Available: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf [27-04-2015].
- Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. Council of Europe Committee of Ministres. 1998, *Recommendation No. R (98). Strasbourg*.
Available: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=475927> [14-01-2014].
- Cooper, David. 1967, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Locus Hypocampus, Buenos Aires.
- Correa-Urquiza, Martín. 2016, "El cuerpo silenciado. Reflexiones sobre los itinerarios corporales de la locura" en *educación, comunicación y salud perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*, eds. Josep María, Comelles & Enrique, Perdiguero, URV, Tarragona.
- Correa-Urquiza, M. 2012, "Nuevos territorios de acción y escucha social. Saberes profanos y estrategias posibles" en *Acciones de salud mental en la comunidad*, eds. Manuel, Desviat & Ana, Moreno, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 885-905.

- Correa-Urquiza, M. 2009, *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*, Departament d'antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili.
- Correa-Urquiza, M. 2007, *La locura en las ondas del mundo*, Publicado en La vanguardia, 24-07-2007, Barcelona.
- Correa-Urquiza, M. 2005, *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*, Gedisa, Barcelona.
- Correa-Urquiza, M. 2002, "Elogio al Delirio", *Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Barcelona.
- Correa-Urquiza, Martín; Silva, Thomas; Belloc, Marcio & Martínez-Hernández, Ángel. 2006, "La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, vol. 22, pp. 47-69.
- Corrigan, Patrick. 2002, "Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities", *Psychiatric Quarterly.*, vol. 73, no. 3, pp. 217-228.
- Cortes de Aragón, El justicia de Aragón: Civeira, José María; Dolado, Ángel & Querol, Paulino. 2010, *Necesidades asistenciales de la población con alto riesgo de delincuencia en Aragón. Problemas y alternativas en el cumplimiento penitenciario: Aspectos judiciales, forenses y sanitario*, Zaragoza.
- Crespo, Eduardo. 2001, "La mente como retórica. Consideraciones sobre la constitución social del conocimiento común" en *La constitución social de la subjetividad*, eds. Eduardo, Crespo & Carlos, Soldevilla, La catarata, Madrid, pp. 173-185.
- Crespo, E. 1991, "Lenguaje y acción. El análisis del discurso", *Interacción Social*, vol. 1, pp. 89-101.
- Crozier, Michel & Friedberg, Erhard. 1977, *L'acteur et le système*, du Seuil, París.

- Da Matta, Roberto. 1993, "A propósito de microescenas y macrodramas. Notas sobre el problema del espacio y el poder en Brasil", *Nueva Sociedad*, vol. 104, pp. 111-116.
- De Martino, Ernesto. 1999, *La tierra del remordimiento*, Bellaterra, Barcelona.
- Delgado, Manuel. 2006, "Tránsitos. Espacio público, masas corpóreas" en *La Interpretación del Mundo. Cuestiones para el tercer milenio*, eds. Adrés Ortíz-Oses & Patxi Lanceros, Anthropos, Barcelona, pp. 113-132.
- Delgado, M. 2002, "Impostura y sociedad. Lo verdadero y lo verosímil en Erving Goffman", *Escala*, vol. 5, pp. 11-17.
- Delgado, M. 1999, *El animal público. Hacia una antropología de los espacios urbanos*, Gedisa, Barcelona.
- Delgado, M. 1998, *Diversitat i integració*, Empúries, Barcelona.
- Delgado, Santiago; Rodríguez, Francisco & González, José Luís. 1994, "Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos" en *Psiquiatría Legal y Forense. T II*, ed. Santiago, Delgado, Colex, Madrid, pp. 635-660.
- Devereux, George. 1973, *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Seix Barral, Barcelona.
- Devereux, G. 1972, *Etnopsicoanálisis complementarista*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Devillard, María José. 1995, "Biografías, subjetividad y ciencia social. Crítica del enfoque biográfico desde una investigación empírica", *Política y Sociedad*, vol. 20, pp. 143-156.
- Di Giacomo, Susan. 2004, "Autobiografía crítica i teoria antropològica. Reflexions a l'entornde la identitat cultural i professional", *Revista d'Etnologia de Catalunya.*, vol. 25, pp. 124-134.
- Dörr, Otto. 2005, "Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana", *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, vol. 32, no. 3, pp. 135-142.

Douglas, Mary. 1996, *Cómo piensan las Instituciones*, Alianza, Madrid.

Douglas, M. 1970, *Natural Symbols: Exploration in Cosmology*, Pantheon, New York.

Ducha Roca, Florencia & La Torre, Analía. 2014, "La construcción social del cuerpo en el ámbito carcelario, cuerpo poder y violencia. La narrativa como terapéutica.", *IX Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio profesional*, La plata, Buenos Aires.

Ducha Roca, Florencia & La Torre, Analía. 2006, "Antropología e investigación pedagógica. Construyendo un espacio de reflexión y evaluación pedagógica del dictado de talleres de Antropología Social", *IV Jornadas de Investigación en Antropología Social*, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Dunhan, Warren. 1965, *Community of Schizophrenia*, Wayne State University Press, Detroit.

Espinosa, Julián. 1966, *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Cátedra e instituto de Historia de la Medicina, Valencia.

Esteban, Mari Luz. 2004, *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*, Bellaterra, Barcelona.

Estroff, Sue. 1995, "Whose Story is it Anyway? Authority, Voice and Responsibility in Narratives of Chronic Illness " en *Chronic Illness. From Experience to Policy*, eds. Kay, Toombs; David, Barnard & Carson Ronald, Indiana Press, Bloomington, pp. 77-104.

Estroff, S. 1993, "Identity, disability, and schizophrenia. The problem of chronicity" en *Knowledge, power and practice. The anthropology of medicine and everyday life*, eds. Sirley, Lindenbaum & Margarte, Lock, University of California Press, Berkeley, pp. 247-286.

Estroff, S. 1991, "Everybody's got a little mental illness. Accounts of illness and self among people with severe persistent mental illness", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 5, pp. 331-369.

Etzin, Jorge & Schvartsyem, Leonardo. 1989, *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*, Paidós, Buenos Aires.

- European Commission. Central Institute of Mental Health: Salize, Hans; Drebing, Harald & Kief, Christine. 2007, *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, programmes and outcome (EUPRIS)*, Mannheim.
- Evans, Simon; Greenhalgh, Joanne & Connelly, James. 2000, " Selecting a mental health needs assessment scale. Guidance on the critical appraisal of standardized measur", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 6, no. 4, pp. 379-393.
- Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. 2014, *Jornadas de Salud Mental y Sistema Penal*, Murcia, 8-10-2014.
- Fernández Liria, Carlos. 1992, *Sin vigilancia y sin castigo. Una discusión sobre Michel Foucault*, Libertarias Prodhufi, Madrid.
- Fernández, Lidia. 1996, *Instituciones educativas. Dinámicas institucionales en situaciones críticas*, Paidós, Argentina.
- Ferrarotti, Franco. 1983, "Sobre la autonomía del método biográfico" en *La Historia Oral. Métodos y Experiencia*, eds. Jose Miguel, Marinas & Cristina, Santamaría, Debate, Madrid, pp. 149-172.
- Ferrarotti, F. 1981, *La Historia y lo cotidiano*, Península, Barcelona.
- Ferreira, Leticia & Martínez-Hernández, Ángel. 2003, "Ulisses, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del sur de Brasil", *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3, no. 1, pp. 59-70.
- Foucault, Michel. 2010, *Enfermedad mental y personalidad*, Paidós, Madrid.
- Foucault, M. 2005, *El Poder Psiquiátrico*, Akal, Madrid.
- Foucault, M. 2004, *Nacimiento de la biopolítica*, Gallimard, París.
- Foucault, M. 2002, *La arqueología del saber*, S.XXI, Argentina.

- Foucault, M. 2002, *Estrategias de poder. Obras Esenciales. Vol II*, Paidós, Barcelona.
- Foucault, M. 1994, "No al sexo rey. Entrevista por Bernard Henry-Levy" en *Un diálogo sobre el poder*, ed. Michael Foucault, Altaya, Barcelona, pp. 161-162.
- Foucault, M. 1989, *Microfísica del poder*, Grial, Río de Janeiro.
- Foucault, M. 1979, *Historia de la locura en la época clásica*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Foucault, M. 1975, *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*, 2009th edn, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Foucault, M. 1973, *El orden del discurso*, Tusquets, Barcelona.
- Foucault, M. 1968, *Las palabras y las cosas*, Siglo XXI, México.
- Fraile, Pedro. 1987, *Un espacio para castigar. La cárcel y la ciencia penitenciaria en España (siglos XVIII-XIX)*, Ediciones del Serbal, Barcelona.
- Freeman, Hugh. 1994, "Schizophrenia and city residence", *British Journal of Psychiatry*, vol. 164, no. 23, pp. 39-50.
- Freidson, Eliot. 1989, *Medical work in America. Essays on health care*, Yale University Press, New Haven.
- Friedberg, Erhard. 1993, *Le pouvoir et le règle*, Le Seuil, París.
- Gagnier, Regenia. 1994, "Las normas literarias, la escritura autobiográfica de la clase trabajadora y el género sexual" en *El gran desafío: feminismos, autobiografía y postmodernidad*, ed. Ángel Loureiro, Megazul-Endymon, Madrid, pp. 225-258.
- Gamir-Meade, Roberto. 1995, *Los facultativos de sanidad penitenciaria: evolución perspectivas y notas sobre su régimen jurídico*, Dykinson, Madrid.

- García Basalo, Carlos. 1970, *Algunas tendencias actuales de la ciencia penitenciaria*, Abeledo Perrot, Buenos Aires.
- García, Beatriz. 2012, "Indicación de no tratamiento para personas sin diagnóstico de trastorno mental: menos es más", *Norte de Salud Mental*, vol. X, no. 43, pp. 43-52.
- García-Borés, José María. 1993, *La finalidad reeducadora de las penas privativas de libertad en Catalunya. Análisis psicosocial, crítico evaluativo*, Departamento de Psicología Social. Universidad de Barcelona.
- García-Vita, María del Mar. 2013, "El ambiente en prisión. La atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros", *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, vol. 22, pp. 43-56.
- Garrido, Luís. 1983, *Manual de Ciencia Penitenciaria*, Edersa, Madrid.
- Geertz, Clifford. 1998, *Descripción Densa. Hacia una teoría interpretativa de la cultura*, Gedisa, Barcelona.
- Geertz, C. 1994, *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*, Paidós, Barcelona.
- Geertz, C. 1992, *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona.
- Geertz, C. 1989, *El antropólogo como autor*, Paidós, Barcelona.
- Geertz, Clifford & Clifford, James. 1991, *El surgimiento de la antropología posmoderna*, Gedisa, Barcelona.
- Giménez, Gilberto. 2000, "Materiales para una teoría de las identidades sociales" en *Decadencia y auge de las identidades*, eds. Valenzuela Arce & José Manuel, Plaza y Valdés, México.
- Giraldo, Reinaldo. 2008, "Prisión y sociedad disciplinaria", *Entramado*, vol. 4, no. 1, pp. 82-95.

- Goffman, Erving. 2001, *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, E. 1989, *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, E. 1986, *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Northeastern University Press, Boston.
- Goffman, E. 1976, "Síntomas psiquiátricos y orden público" en *La otra Locura*, eds. L. Forti, Tusquets, Barcelona.
- Goffman, E. 1970, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, 2012th edn, Amorrortu, Buenos Aires.
- Gómez, Pilar. 1997, *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*, Bosch, Barcelona.
- Gondar, Marcial. 2013, "El factor cultural como herramienta terapéutica. A vueltas con el modelo biomédico en la atención sanitaria ", *Revista Andaluza de Antropología*, vol. 5, pp. 12-34.
- Good, Byron. 2003, *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Bellaterra, Barcelona.
- Good, B. 1990, "The narrative representation of illness " en *Medicine, rationality and experience, an anthropological perspective*, University Pres, Cambridge, pp. 135-165.
- Good, Byron. 1977, "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 1, pp. 25-28.
- Good, Byron & Good del Vecchio. 1981, "The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice " in *The relevance of social science for medicine*, eds. León, Eisenberg & Arthur, Kleimman, Reinel, Dordrecht, pp. 165-196.
- Gramsci, Antonio. 1980, *Notas sobre Maquiavelo sobre la política y sobre el Estado moderno*, Nueva Visión, Buenos Aires.

- Halbawachs, Maurice. 1995, "Memoria colectiva y memoria histórica", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, vol. 69, pp. 209-219.
- Hall, Stuart. 2003, "¿Quién necesita 'identidad'?" en *Cuestiones de identidad cultural*, eds. Stuart Hall y Paul du Gay, Amorrortu, Buenos Aires, pp. 13-39.
- Haro, Joseph María; Palacín, Concepción; Vilagut, Gemma; Martínez, Montse; Bernal, Mariola & Luque, Inma. 2006, "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados. Resultados del estudio ESEMeD-Esp", *Medicina Clínica*, vol. 126, no. 12, pp. 445-451.
- Heller, Agnes. 1970, *Historia y Vida Cotidiana*, Grijalbo, México
- Heras González, Purificación. 2008, *Saberes y Prácticas, SIDA y drogas en Madrid (1983-1999)*, Departament d'antropologia, Filosofia i Treball Social. Universidad Rovira i Virgili.
- Heras González, P. 2005, "La medicalización desde el punto de vista de los/as actores/actrices. La influencia en su identidad, perspectiva antropológica", en *La salud en una sociedad multicultural. Desigualdad, mercantilización y medicalización. X Congreso de Antropología*, eds. Mari Luz, Esteban & Joan, Pallarés, Fundación El Monte, Sevilla, pp. 43-61.
- Heras González, P. 2004, "De enfermera a antropóloga, la experiencia de una transformación" en *Experiencias etnográficas*, ed, Anastasia Téllez, Editorial Club Universitario, Alicante, pp. 105-138.
- Hernández, Mariano & Espinosa, Julián. 2000, "La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XXI, no. 75, pp. 93-101.
- Hernández, Mariano & Herrera, Rafael. 2003, "La atención a la salud mental de la población reclusa", *XXII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Oviedo.
- Herrera, Santos Noé. 2008, "La institución como objeto creador", *Administración y organizaciones*, vol. 10, no. 20, pp. 103-126.

- Home Secretary and the Secretary of State for Health. Working Group. 1999, *The future organization of prison health care*, London.
- Howard, John. 1777, *The State of the Prisons in England and Wales, with Preliminary Observations and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals*, Warrington: Printed by William Eyres, and sold by T. Cadell in the Strand, and N. Conant in Fleet Street, London.
- Huici, Carmen. 1996, "Estereotipos", *Psicología Social y Trabajo Social*, vol. XI, pp. 175-200.
- Husserl, Edmund. 1996, *Meditaciones Cartesianas*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Ibañez, Jesús. 1986, "Perspectivas de la investigación social. El diseño en la perspectiva estructural." en *El análisis de realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, eds. M. García; J. Ibañez & F. Alvira, Alianza, Madrid, pp. 31-65.
- Ibañez, Tomás & Iñiguez, Lucipinio. 1996, "Aspectos metodológicos de la psicología social aplicada" en *Psicología Social Aplicada*, eds. J. L. Alvaro; A. Garrido & J.R. Torregrosa, McGraw Hill, Madrid, pp. 57-82.
- Jiménez Villarejo, José. 1996, *Las medidas de seguridad en el Código Penal de 1995*, Consejo General del Poder Judicial, Madrid.
- Juliano, Dolores. 2009, "Delito y pecado. La trasgresión en femenino", *Política y Sociedad*, vol. 46, no. 1, pp. 79-95.
- Kaës, Rene. 1998, *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución*, Paidós, Buenos Aires.
- Kaës, R. 1989, *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos*, Paidós, Buenos Aires.
- Kawulich, Bárbara. 2005, "La observación participante como método de recolección de datos", *Forum Qualitative Social Research*, vol. 6, no. 2, pp. 43.

- Kelman, Herbert. 1961, "Processes of opinion change", *Public Opinion Quarterly*, vol. 25, pp. 57-58.
- Kirmayer, Laurence. 2000, "Broken narratives: clinical encounters and the poetics of illness experience" en *Narrative and the cultural construction of illness and healing*, eds. C. Mattingly & L. Garro, University of California Press, Berkley, pp. 153-180.
- Kirmayer, L. 1992, "The body insistence on meaning. Metaphor and representation in illness experience", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 6, pp. 323-346.
- Kleimman, Arthur. 1988, *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*, Basic Book, New York.
- Kleimman, A. 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Univesity of California Press, Berkely.
- Kleimman, Arthur. & Benson, Peter. 2004, "La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina", *Humanitas Monográfico. Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, vol. 2, pp. 17-26.
- Kleimman, Arthur & Good, Byron. 1978, "Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, pp. 251-258.
- Kleimman, Arthur & Kleimman, Joan. 2000, "Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento" en *Psiquiatría transcultural*, eds. E. González, & J.M. Comelles, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, pp. 13-35.
- Kleimman, A. & Kleimman, J. 1991, "Suffering and its professional transformation. Toward and ethnography of interpersonal experience", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 15, no. 3, pp. 275-301.
- Kostenwein, Ezequiel. 2015, " Para releer vigilar y castigar. Nietzsche, el cuerpo y la prisión ", *Revista Crítica Penal y Poder*, vol. 9, pp. 236-254.

- Kutchins, Herb & Kirk, Stuart. 1997, *Making us crazy. DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*, Free Press, Nueva York.
- Lacan, Jaques. 1981, *En el seminario de Jaques Lacan. Vol 3. Las psicosis*, Paidós, Buenos Aires.
- Laing, Ronald. 1983, *La política de la experiencia*, Crítica, Barcelona.
- Le Breton, David. 2011, *La sociología del cuerpo*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Le Breton, D. 2002, *Antropología del Cuerpo y Modernidad*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Lejeune, Philippe. 1975, *El pacto autobiográfico y otros estudios*, 1994th edn, Megazul-Endymion, Madrid.
- Levinson, Daniel. 1971, *Sociología del enfermo mental*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Lewellen, Ted. 1985, *Introducción a la antropología política*, Bellaterra, Barcelona.
- López, Marcelino; Laviana, Margarita; Fernández, Luís. & López, Andrés. 2008, "La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 28, no. 101, pp. 43-83.
- Luhmann, Niklas. 2000, *La realidad de los medios de masas*, Anthropos, Barcelona.
- Malinowski, Bronislaw. 1922, *Diario de campo de Melanesia*, 1991st edn, Júcar, Gijón.
- Marcús, Juliana. 2011, "Apuntes sobre el concepto de identidad", *Intersticios*, vol. 5, no. 1, pp. 107-114.
- Márquez, María Isabel. 2010, "De las narrativas de la locura: ¿Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí? Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de salud mental", *Periféria*, vol. 12, pp. 0-0.

- Martin, Barklay. 1977, *Abnormal psychology. Clinical and scientific perspectives*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Martín, Itxaso. 2015, "Silencio y locura: una propuesta de escritura antropológica feminista", *I Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Madrid, 09-07-2015.
- Martínez-Hernández, Ángel. 2008, *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos, Barcelona.
- Martínez-Hernández, Á. 2006, "Cuando las hormigas corretean por el cerebro. Retos y realidades de la psiquiatría cultural", *Cuadernos de Salud Pública*, vol. 22, pp. 2269-2280.
- Martínez-Hernández, Á. 2003, "El cuerpo imaginado en la modernidad", *Debats*, no. 79, pp. 8-17.
- Martínez-Hernández, Á. 2000, *What's behind the symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*, Routledge, London & New York.
- Martínez -Hernández, Á. 1998, *¿Has visto llorar a un cerezo?*, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Martínez-Hernández, Á. 1998, "Antropología versus psiquiatría", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, no. 68, pp. 645-659.
- Martínez-Hernández, Á. 1996, "Antropología de la Salud. Una aproximación genealógica" en *Ensayos de antropología cultural*, eds. J. Prat & Á. Martínez Hernández, pp. 369-381.
- Martínez-Hernández, Á. 1994, *El síntoma y sus interpretaciones: en los límites de la Psiquiatría y la Antropología de la medicina contemporáneas*, Departament d'Antropologia cultural i Història d'Àmerica i d'Àfrica. Universitat de Barcelona.
- Masana, Lina. 2013, "Entre médicos y antropólogos. La escucha atenta y comprometida de la experiencia narrada de la enfermedad crónica" en *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, eds. Ángel Martínez-Hernández; Lina, Masana & Susan, Di Giacomo, URV. Colección Antropología Mèdica, Tarragona, pp. 223-263.

- Mead, George. 1993, *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductivismo social*, Paidós, México.
- Mendelson, Eric. 1992, "A survey of practice a regional Forensic Service. What do Forensic Psychiatrists do? ", *British Journal Psychiatry*, vol. 160, pp. 769-776.
- Menéndez, Eduardo. 2005, "Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos", *Antropología Social.*, vol. 14, pp. 33-69.
- Menéndez, E. 2002, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Bellaterra, Barcelona.
- Menéndez, E. 1994, *Hacia una práctica médica alternativa, hegemónica y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.
- Menéndez, E. 1992, "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales ", *Campos, R. (Comp.) En La antropología médica en México, Tomo 2, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana*, pp. 9-24.
- Menéndez, E. 1984, "El modelo médico hegemónico. Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud", *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, vol. 3, pp. 83-119.
- Merleau Ponty, Maurice. 1981, *La Fenomenología de la Percepción*, Gedisa, Barcelona.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007, *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011, *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*.
Available:<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadsns/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf> [22-10-2014].

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010, *El sistema penitenciario español*. Available: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/modulosTerapeuticos.html>. [17-05-2014].
- Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007, *Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario*. Available: <http://www.mir/instpen/instpeni/Sanidad/pdf> [30-03-2014].
- Miranda, María Jesús. 1989, *Bentham en España*, La Piqueta, Madrid.
- Moreno, Guadalupe. 2015, "Estrategias y narrativas de las personas en prisión", *I Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Madrid, 07-10-2015.
- Moreno, José Luís. 2015, "El poder psiquiátrico y la sociología de la enfermedad mental. Un balance", *Sociología histórica*, vol. 5, pp. 127-164.
- Moreno, J.L. 2008, "Merleau-Ponty y el sentido de la enfermedad mental: "La locura en el lugar" o la destrucción de los hábitos compartidos", *Daimon. Revista internacional de Filosofía*, vol. 44, pp. 143-154.
- Moreno-Altamirano, Laura. 2007, "Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica", *Departamento de Salud Pública de México*, vol. 49, pp. 63-70.
- Morin, Françoise. 1980, "Prácticas antropológicas e historias de vida" en *La historia oral: métodos y experiencias.*, eds. Jose Miguel, Marinas & Cristina Santamaría, Debate, Madrid, pp. 81-107.
- Munt, Adrian; Ströhle, Andreas & Konrad, Norbert. 2013, "Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons", *PloS One*, vol. 8, pp. 1-8.
- Navarro, Pablo. & Díaz, Capitolina. 1995, "Análisis de contenido" en *Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales*, eds. Juan Manuel, Delgado & Juan, Gutiérrez, Síntesis, Madrid, pp. 177-224.

- Neuman, Elias & Irurzun, Víctor. 1968, *La sociedad carcelaria*, De palma, Buenos Aires.
- Nietzsche, Friedrich. 1992, *Así habló Zarathustra*, Planeta-Agostini, Barcelona.
- Nietzsche, F. 1986, *La genealogía de la moral*, Alianza, Madrid.
- Nietzsche, F. 1946, *El crepúsculo de los ídolos*, SELA, Buenos Aires.
- Nigel, Barley. 1995, *Bailando sobre la tumba*, Anagrama, Barcelona.
- Observatorio del Sistema Penal y de los Derechos Humanos. 2006, *La cárcel en el entorno familiar*, Barcelona.
- O'Connor, Blair. 1995, *Healing Traditions. Alternative Medicine and the Health Professions*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Oficina del Defensor del Pueblo. 1991, *Informe anual*, pp. 76-95., Madrid.
- Oficina del Defensor del Pueblo. 1991, *Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*, pp. 543, 544 y 641, Madrid.
- Olivé, León. 1999, *Multiculturalismo y pluralismo*, Paidós, México.
- Ortner, Sherry. 1972, "On Key Symbols", *American Anthropologist. California*, vol. 75, pp. 1338-1345.
- Pallares, Ángela. 2003, *El mundo de las unidades de cuidados intensivos. La última frontera*, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball. Universitat Rovira i Virgili.
- Parsons, Talcott. 1978, "Health and Disease. Sociological and Action Perspective" in *Action Theory and the Human Condition* The Free Press-Collier Macmillan, Nueva York-Londres, pp. 66-81.
- Parsons, T. 1951, *El sistema social*, Free Press, Nueva York.

- Perdiguero, Enrique & Comelles, Josep Maria. 2000, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Bellaterra, Barcelona.
- Pérez, Marino & González, Héctor. 2008, *La invención de los trastornos mentales. Escuchando al fármaco o al paciente*, Alianza Editorial, Madrid.
- Petit, Quino. 2015, *Las mil y una cara de la locura*, Publicado en el País Semanal, 23-12-2015: 44, Madrid.
- Péttonet, Colette. 1982, "L'Observation flotante. l'Exemple d'un cimetière parisien", *L'Homme*, vol. XXII, oct.-déc, pp. 37-47.
- Pintos de Cea-Naharro, Juan Luís. 1995, *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*, Sal Terrae, Madrid.
- Popper, Karl. 2008, *La lógica de la investigación científica*, Tecnos, Madrid.
- Potter, Jonathan & Wetherill, Margarte. 1988, "El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos" en *Psicologías, discursos y poder*, eds. J. López & J. Linaza, Viso, Madrid, pp. 63-77.
- Presidencia del Consejo de Ministros. 1897, *Real decreto dictando reglas relativas a la clasificación que se ha de dar a los locos para su responsabilidad pena*, Gaceta de Madrid, no. 248, Madrid.
- Pujadas, Juan José. 1992, "El método biográfico. El uso de las historias de vida en las ciencias sociales", *Cuadernos Metodológicos. CIS*, vol. 5.
- Quéré, Louis. 1989, "L'vie sociale est une scène. Goffman revu et corrigé par Garfinkel " en *Le parler frais d'Erving Goffman*, Les Éditions de Minuit, Paris, pp. 47-82.
- Rabinow, Paul. 1977, *Reflections on fieldwork in Morocco.*, University of California Press, Berkeley.

- Ramos, Javier. 2004, "Medicalización del malestar. Alegato por una aproximación compleja para un minimalismo terapéutico", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 91, pp. 100-113.
- Retamozo, Martín. 2009, "Orden social, subjetividad y acción colectiva. Notas para el estudio de los movimientos sociales", *Athenea Digital*, vol. 16, pp. 95-123.
- Revilla, Juan Carlos. 1996, *La identidad personal en la pluralidad de sus relatos. Estudio sobre jóvenes*, Departamento de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid.
- Reynoso, Carlos. 1998, *El surgimiento de la antropología posmoderna*, Gedisa, Barcelona.
- Ricoeur, Paul. 1996, *Sí mismo como otro*, Siglo XXI, México.
- Riessman, Catherine. 1990, "Strategic Uses of Narrative in the Presentations of Self and Illness. A research note", *Social Science & Medicine*, vol. 30, no. 11, pp. 1195-1200.
- Roberts, Glenn. 1991, "Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? ", *British Journal of Psychiatry*, vol. 159, pp. 19-28.
- Rodríguez Lafora, Gonzalo. 1929, *La psiquiatría en el nuevo Código Penal español de 1928(juicio crítico)*, Reus, Madrid.
- Rosaldo, Renato. 1989, *Culture and Truth*, Stanford University Press, Stanford.
- Rose, Nicolas. 1996, *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Salillas, Rafael. 1899, "Los locos delincuentes en España", *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, vol. 94, pp. 117-185.
- Salinas, Nieves. 2016, *Una olla a presión. Los psiquiátricos penitenciarios*, Publicado en Interviú, 22-02-2016:16-21, Madrid.

- Sánchez, José María. 2001, "Los pacientes mentales en prisión", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 21, no. 78, pp. 140-153.
- Santibañez, Rosa. 1993, "¿Reformar la ley o reformar la realidad? Personalidad y tiempo de estancia en prisión ", *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, vol. 7, pp. 147-156.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1997, *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona.
- Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret. 1987, "The mindful body. A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology ", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, no. 1, pp. 6-41.
- Schutz, Alfred. 1995, *El Problema de la Realidad Social*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Scribano, Adrián. 2008, *El proceso de investigación social cualitativo*, Prometeo, Buenos Aires.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2014, " I Jornada sobre la reforma del Código Penal", Madrid, 14-03-2014.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009, *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*
Available:http://www.iipp.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAEM.pdf[22-11-2014].
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2011, *Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria: propuesta de acción.*
Available: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/propuesta_de_accion_hospitales_psiquiaticos_penitenciarios.pdf[15-08-2014].
- Shotter, John. 1997, "El lenguaje y la construcción del sí mismo" en *Construcciones de la Experiencia Humana*, ed. M. Pakman, Gedisa, Barcelona, pp. 213-225.

- Silva, Thomas. 2004, *Imágenes y narrativas. La otra desinstitucionalización de la locura*, Departamento de Antropología Cultural, Historia de América y África. Universidad de Barcelona.
- Singleton, Nicola; Meltzer, Howard; Gatward, Rebecca; Coid, Jeremy & Deasy Derek. 1998, *Psychiatric morbidity among prisoners. Summary report*, The Stationery Office, London.
- Sontag, Susan. 1997, "La estética del Silencio" en *Estilos Radicales* Santillana S.A., Madrid, pp. 13-56.
- Spink, Mari-Jane. 1999, *Prácticas discursivas y producción de sentido. Aproximaciones teóricas y metodológicas*, Cortez, Sao Paulo.
- Steel, Julie; Thornicroft, Gram.; Birmingham, Luke; Brooker, Charlie. & Mills, Alice. 2007, "Prison mental health inreach services", *British Journal Psychiatry*, vol. 190, pp. 373-374.
- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria Diciembre. 2006, *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario (PRECA)*, Madrid.
- Szasz, Thomas. 2005, *La fabricación de la locura*, Kairós, Barcelona.
- Taussig, Michael. 1995, "La Reificación y La Conciencia Del Paciente" en *Un Gigante en Convulsiones. El Mundo Humano Como Sistema Nervioso*, Gedisa, Barcelona.
- Terris, Milton. 1975, "Approaches to an epidemiology of health", *American Journal of Public Health*, vol. 65, pp. 1037-1045.
- Toombs, Kay. 1987, "The meaning of illness. A phenomenological approach to the patient-physician relationship", *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 12, pp. 219-240.
- Turner, Víctor. 1967, *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid.
- Uribe, Carlos Alberto. 1999, "Narración, mito y enfermedad mental. Hacia una psiquiatría cultural", *Revista Colombiana Psiquiatría*, vol. 28, no. 3, pp. 219-238.

- Uribe, José María. 1996, *Educación y cuidar. El diálogo cultural en atención primaria*, Ministerio de Cultura, Madrid.
- Valles, Miguel. 1999, *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*, Síntesis, Madrid.
- Van't Hoff, Gerda. 2009, "Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda", *Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*, vol. 11, pp. 35-41.
- Vargas, Luis Alberto. 1991, "Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer", *Gaceta Médica de México*, vol. 127, no. 1, pp. 3-5.
- Vergara, Gabriela. 2013, "Reflexiones sobre las contribuciones de la observación participante para una Sociología de los cuerpos y las emociones ", *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, vol. 6, no. 3, pp. 42-56.
- Volpi, Mario. 2001, *Sin libertad, sin derechos. Privación de libertad en la percepción de los adolescentes*, Cortez, Sao paulo.
- WHO. 2008, *Health in Prisons Project. Background Paper for Trencin Statement on Prisons and Mental Health Copenhagen*.
Available: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Background_paper_Trencin_Statement.pdf[10-11-2014].
- WHO. 1986, *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa: PAHO.
Available: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>[5-10-2014]].
- Wilson, Sue. 2004, "The Principle of equivalence and the future of mental health care in prisons", *The British Journal of Psychiatry*, vol. 184, pp. 5-7.
- Wolff, Nancy; Shi, Ping; Blitz, Cynthia & Siegel, Jane. 2006, " Sexual violence inside prisons. Rates of victimization ", *The Journal of Urban Health*, vol. 83, pp. 835-848.

Zino, Julio. 2003, "El análisis de la instituciones y organizaciones del sistema penal. Una propuesta metodológica" en *Sistema Penal y problemas sociales*, ed. Roberto, Bergalli, Tirant Lo Blanch, Valencia, pp. 209-242.

Zino, J. 1996, "Els continguts de la pena de presó. Notes per a una anàlisi etnogràfica de la gestió institucional ", *Justiforum: Papers d'estudis i formació*, pp. 9-24.

Zino, J. 1996, *El discurrir de las penas. Institución y trayectorias: el caso de la prisión*, Departamento de Antropología Cultural e Historia de América y África. Universidad de Barcelona.





XIV
ANEXOS

Anexo I



Secretaría General de Instituciones Penitenciarias
Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto

*Miguel
Hernández*

PROTOCOLO
DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA MARCO
DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS
MENTALES EN CENTROS
PENITENCIARIOS
PAIEM

SEPTIEMBRE 2009



INDICE

1. PRESENTACIÓN

2. OBJETIVOS

3. MODELO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

4. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4.1. ACTUACIONES EN LA INTERVENCIÓN

4.2. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ACTIVIDADES

4.3. DETECCIÓN Y DERIVACIÓN AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

4.4. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

5. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

7. ANEXOS

1. PRESENTACIÓN

Después de un tiempo de aplicación del Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales, se ha considerado conveniente introducir algunas modificaciones que intentan mejorar la operatividad del mismo de acuerdo a las sugerencias recibidas de aquellos centros que lo han llevado a la práctica.

Tomando como base y referencia, tanto la fundamentación como el enfoque de intervención ya establecido en el Programa Marco, lo que aquí se presenta es una nueva metodología de actuación que facilite la realización de este programa en el conjunto de los Centros Penitenciarios, teniendo en cuenta la diversidad de los mismos y la necesidad de dar respuesta al problema de la salud mental de la población interna.

Siguen llegando evidencias de que los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión son mucho más frecuentes que en la población general. No hay una vocación en la Institución Penitenciaria de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino más bien la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde, la detección temprana de estos casos, la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar el momento de la libertad, como durante su estancia en prisión para mejor seguimiento de su evolución clínica.

De esta forma, la modificación principal introducida respecto al Programa Marco, es que se establece un único Equipo Multidisciplinar de Salud Mental, responsable de la intervención sobre el enfermo desde su detección y diagnóstico hasta su salida en libertad.

Por tanto, quedan sin efecto todas las denominaciones que hacen referencia a otro tipo de equipos así como a sus funciones, lo mismo ocurre, es decir desaparecen la Comisión del Programa, las figuras de los coordinadores, equipo sanitario, equipo de rehabilitación, equipo de reinserción social, etc.

2. OBJETIVOS

Como establece el Programa Marco, la intervención con enfermos mentales graves o crónicos en centros penitenciarios se fundamenta en las necesidades detectadas en la población penitenciaria actual.

Por lo tanto se hace necesario realizar un Programa de Atención Integral, que desarrolle unos objetivos terapéuticos y reinsertadores.

La intervención sobre el enfermo con un trastorno mental grave implica tres procesos complementarios que requieren ser promovidos de forma específica.

1. El primero, en el que se ha hecho mayor énfasis hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno, en el sentido de **recuperar la salud** estrictamente.
2. El segundo es un proceso de cambio y de rehabilitación, orientado a **superar los efectos negativos** que en muchos casos tienen los trastornos mentales sobre la persona.
3. El tercero es la **continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo**, una vez el interno con enfermedad mental abandona el centro penitenciario.

Por ello los objetivos de intervención con internos con enfermedad mental grave o crónica serían los siguientes:

- 1º **Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.**
- 2º **Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.**
- 3º **Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.**

3. MODELO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

A. MODELO DE INTERVENCIÓN

El Programa Marco establece que la intervención con enfermos mentales o crónicos en los centros penitenciarios está basada en un **MODELO ASISTENCIAL**, que contiene las siguientes líneas de actuación:

1. Detección, diagnóstico y tratamiento

El primer requisito para desarrollar una intervención eficaz en materia de salud mental con la población interna es la detección de los casos, su diagnóstico clínico y la instauración de un tratamiento farmacológico que conduzca a la estabilización de los enfermos.

2. Elaboración del Programa de Rehabilitación

La rehabilitación tiene como objetivos esenciales remediar discapacidades, compensar minusvalías y conseguir la mayor autonomía posible de una persona, en el grado que ésta pueda alcanzar.

Rehabilitar a una persona significa ayudarle a funcionar lo más adecuadamente posible en un ambiente, teniendo en cuenta que tendrá que requerir de cierto apoyo de forma indefinida, en mayor o menor grado.

Con la rehabilitación no sólo disminuyen los déficits del enfermo, sino que también se potencian y orientan las capacidades que tiene la persona. De ahí la necesidad de efectuar un plan individualizado de rehabilitación para cada persona.

3. Reinserción social

El proceso de externalización penitenciaria en sí mismo es brusco y estresante para cualquier persona, por tanto aún más para aquéllas con un alto nivel de vulnerabilidad al estrés, como son los enfermos mentales.

Es imprescindible para estas personas una continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria que permita mantener su proceso asistencial y de incorporación, lo más adecuado y seguro posible y esto se debe llevar a cabo de forma paulatina y progresiva antes de su libertad .

Por ello, para obtener una reincorporación social eficaz, adquiere especial relevancia la preparación de la salida en libertad, estableciendo los contactos previos con la familia o las instituciones y entidades de acogida, y realizando una incorporación progresiva, por medio de salidas terapéuticas, salidas periódicas y permisos de salida.

B. CARACTERÍSTICAS del Modelo Asistencial

En el Programa Marco se describían ya las características del modelo asistencial haciendo referencia a los principios que fundamentan las actuaciones en este tipo de intervención, como son:

- autonomía
- calidad
- continuidad y derivación a recursos externos
- multidisciplinariedad
- trabajo en equipo
- colaboración de instituciones y entidades en materia sanitaria y de recursos sociales
- coordinación intrapenitenciaria y extrapenitenciaria
- formación
- investigación

4. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

4.1. ACTUACIONES EN LA INTERVENCIÓN

De acuerdo a los objetivos y al modelo asistencial de aplicación, el programa de enfermos mentales, tal y como se establecía ya en el Programa Marco, se desarrollará de acuerdo a las siguientes actuaciones:

- 1 Atención Clínica
- 2 Rehabilitación
- 3 Reincorporación Social

- **CLÍNICA**, que implica la realización de un diagnóstico clínico y aplicación del tratamiento médico.
- **REHABILITACIÓN**, que implica la elaboración del programa de intervención de acuerdo a las características clínicas y la repuesta al tratamiento farmacológico. Para ello se realizará:
 - Evaluación de habilidades y discapacidades
 - Diseño del programa de rehabilitación
 - Ejecución y Seguimiento
- **REINCORPORACIÓN SOCIAL**, que implica la derivación progresiva y adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios.

4.2. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y ACTIVIDADES

4.2.1. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

De acuerdo al enfoque integral biopsicosocial que debe presidir la intervención de los enfermos mentales el Equipo de atención a estos internos, será multidisciplinar estando integrado, al menos, necesariamente por los siguientes profesionales:

1. Personal Sanitario (siendo en todo caso entre ellos imprescindible el médico, personal de enfermería y a ser posible también el psiquiatra que trate al interno).
2. Psicólogo
3. Educador
4. Trabajador Social

Siempre que sea posible:

5. Profesionales de Asociaciones u ONGs
6. Jurista
7. Maestro
8. Monitor deportivo
9. Monitor ocupacional
10. Funcionarios de vigilancia, que presten servicio en estos módulos.

Este Equipo será el responsable de intervenir desde el momento de la detección del enfermo hasta su salida del centro penitenciario.

FUNCIONES del Equipo multidisciplinar de Salud Mental:

- 1º Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro (rellenar Anexo 3 – Ficha1).
- 2º Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención.
- 3º Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades (Anexo 2).
- 4º Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.
- 5º Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan.
- 6º Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social.

Se asignará un Coordinador

responsable del equipo, entre los componentes, que será elegido por el propio Equipo. Realizará aquellas tareas de coordinación necesarias para el buen funcionamiento del programa, tanto entre los miembros del propio equipo como en la relación con los superiores.

Los responsables directos del Equipo Multidisciplinar serán el Subdirector de Tratamiento y el Subdirector Médico /Jefe de Servicios Médicos.

4.2.2. RECURSOS MATERIALES y ACTIVIDADES

Los recursos materiales constituirán todos aquellos necesarios para el buen funcionamiento del programa. Debe prestarse especial atención a la dotación necesaria de materiales con el fin de evitar retrasos o posible suspensión de las actividades previstas.

Por un lado, están las actividades comunes del Establecimiento, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto (educativas, formativas, terapéuticas, laborales, deportivas, ocupacionales, recreativas, culturales y de ocio y tiempo libre) y, por otro las actividades específicas

Dentro de este apartado, cobran especial interés las **ACTIVIDADES** que se asignen en el Programa de Rehabilitación de estos internos.

dirigidas en exclusividad para la población con enfermedad mental (autonomía en la toma de medicación, psicomotricidad, autocontrol, autoestima, habilidades sociales, etc.).

4.3. DETECCIÓN DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL Y DERIVACIÓN AL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

La identificación de internos con enfermedad mental puede realizarse tanto en el momento del ingreso como durante su estancia en el centro. (Anexo 1)

En el caso de que cualquier profesional detecte un posible trastorno mental, lo pondrá en conocimiento de los servicios sanitarios y/o a alguno de los profesionales que integran el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental con el fin de que se tomen las medidas necesarias.

Criterios de inclusión en el PAIEM:

- Presencia de sintomatología conductual que interfiere la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado (los enfermos agudos deben en primer lugar ser estabilizados).
- Patología dual

Criterios de exclusión en el PAIEM:

Deficiencia mental (Programa de discapacitados)

- Trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva (Programa de atención a drogodependientes)



Valorar si es posible incluir internos de los que están en el Programa de Régimen Cerrado.

La baja en el programa será efectiva sólo en la excarcelación, dada la evolución crónica de estos internos. Los rechazos de los enfermos a la intervención deben tratar de reconducirse hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente.

4.4. ELABORACIÓN DEL PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN PIR (Anexo 2).

La elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), implica el estudio de cada enfermo mental con el fin de:

- Completar la evaluación de la enfermedad mental.
- Determinar el nivel de intervención (tras evaluar las habilidades y discapacidades del interno).
- Asignación de objetivos y actividades intra y/o extrapenitenciarias.
- Asignación de interno de apoyo, si es preciso.
- Asignación de tutor (distribuyendo a los internos que están en el programa entre todos los miembros del equipo).
- Planificación, seguimiento y evaluación de los internos incluidos en el programa.

Para su elaboración se deberá tener en cuenta también el tiempo previsto de permanencia del enfermo en el centro penitenciario, ya que en función del mismo se deberán determinar los objetivos prioritarios a trabajar en el establecimiento.

- El nivel de intervención (1-2-3)

El nivel de intervención establecido en el Programa Marco estará en función de las características clínicas, de la capacidad de integración y de relación interpersonal.

Para establecer este nivel debe utilizarse junto a la observación, la Escala de evaluación de habilidades y discapacidades, que consta en el Anexo 2, además de aquellos otros métodos de evaluación y de recogida de información que se consideren convenientes y nos puedan proporcionar una información detallada de las habilidades y déficit que presenta el interno.

- La evaluación de habilidades presentes conlleva valorar las áreas funcionales del enfermo que le permiten realizar de forma autónoma las actividades cotidianas.
- La evaluación de las áreas deficitarias establece las discapacidades individuales y déficit que pueden estar impidiendo la adaptación de la persona a su entorno.

Se establecen **tres niveles de intervención**, de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente:

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de conductas de riesgo • Ausencia de conductas disruptivas • Síntomas que no interfieren significativamente con la integración y funcionamiento diario 	<p>NIVEL 1 BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes)</p> <p>Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración 	<p>NIVEL 2 RESPUESTA PARCIAL</p> <p>Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos. Valoración de interno de apoyo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de conductas de riesgo • Persistencia de conductas disruptivas • Síntomas que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio 	<p>NIVEL 3 MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p>(BAJA ADAPTACION) Precisa control. Asignación de interno de apoyo</p>

Teniendo en cuenta que el ingreso en enfermería es determinado exclusivamente por el médico que atiende a los internos, será después del ingreso de éstos en la misma, cuando el equipo multidisciplinar evalúe la necesidad de cambio de nivel en el PAIEM. Los niveles son flexibles y orientativos y vienen determinados por la capacidad de adaptación de cada interno al centro en función de su patología.

- El Interno Auxiliar de apoyo en salud mental

La asignación de interno de apoyo, se valorará por parte del equipo en función de la situación en que se encuentre el enfermo. De acuerdo al Programa Marco, este interno ayudará al enfermo en todas aquellas tareas que se determinen y que le ayuden en el proceso de integración.

- El tutor

La asignación de la figura de un tutor cobra especial relevancia para este tipo de internos. Cada miembro que integra el Equipo Multidisciplinar será tutor de uno o varios de estos internos.

Esta relación más directa, cercana y estable que se establece entre un determinado profesional y el interno, incrementa la autoestima y la seguridad del enfermo, reduciendo proporcionalmente su nivel de ansiedad, al percibir que existe una persona concreta de referencia que le escucha y atiende y realiza un seguimiento más cercano de la evolución de su trastorno.

La figura del tutor se convierte así en una de las herramientas más eficaces, no sólo de conocimiento del interno, sino también como elemento motivador hacia el cambio del interno, pudiendo ejercer, sin perjuicio de las funciones que corresponderían a otros profesionales del Equipo, de acuerdo a su especialidad, importantes funciones en la mediación con la familia o con otras instituciones, para conseguir el apoyo y ayuda que el interno necesita en su preparación para la vida en libertad.

- Seguimiento y Evaluación de los internos incluidos en el programa

Una vez diseñado el PIR del interno, se establecerá un plan de periodicidad para realizar su seguimiento y evaluación.

No obstante, con carácter general y a efectos de realizar una valoración global de la aplicación del programa, así como de la situación individual de cada interno, el Equipo deberá reunirse de manera ordinaria al menos una vez al mes y, con carácter extraordinario, cuantas veces considere.

Este plan de seguimiento se realizará hasta que el interno salga en libertad.

- Plan de reincorporación social

Se pretende optimizar la reincorporación social de los enfermos mentales y la derivación adecuada a los recursos socio-sanitarios comunitarios.

Objetivos

- Gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a las que tuviera derecho el enfermo.
- Impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social.
- Facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medida de seguridad.

A los profesionales del trabajo social del centro penitenciario les corresponden preferentemente las actividades dirigidas a impulsar la red social de apoyo (gestión de prestaciones económicas, implicación de la familia, apoyo de entidades y asociaciones, etc.) y las actividades de derivación a recursos sociosanitarios comunitarios.

5. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO

1. INFORMACIÓN. Por parte del Director del Centro, se realizarán sesiones informativas al conjunto de los miembros de los equipos técnicos, sanitarios y funcionarios de vigilancia, sobre la necesidad de la implantación del programa. En el caso de los funcionarios de interior esta información se dirigirá sobre todo a los que prestan servicio en aquellas dependencias donde residen en su mayor parte este tipo de población interna, sin perjuicio de que también asistan todos aquellos que estén interesados en participar en este programa.
2. Constitución del Equipo Multidisciplinar.
3. Diseño del Programa del Centro: Una vez constituido el Equipo, diseñará el Programa de Intervención del Centro, donde se determinarán las funciones y responsabilidades de cada uno de los componentes del equipo, se elegirá el Coordinador y se establecerá el calendario de actuaciones que incluirá el fijado para las reuniones periódicas del Equipo.
4. El programa será aprobado por la Junta de Tratamiento y Consejo de Dirección del Centro.

5. El diseño de este programa, se enviara al Centro Directivo, Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria (Área de Programas Específicos de Tratamiento) y Subdirección General de Coordinación de Sanidad (Servicio de Drogodependencias), preferiblemente por correo electrónico.

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA

6.1. Fichas de Evaluación

- Ficha semestral (Anexo 3). Se remitirá preferentemente por correo electrónico a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias).
- El Anexo 2 deberá constar en la Historia Clínica de cada interno incluido en el PAIEM y en el Protocolo de Tratamiento.

6.2. Indicadores

Potencia:

- Este indicador mide la potencia o grado de utilización del programa, comparando el % de internos que deberían estar incluidos en el programa en base a criterios epidemiológicos, con el número real de internos incluidos. Se toma como base que hay un 3% del total de la población reclusa del centro, que padecería un Trastorno Mental Grave (TMG).

Actividad:

- Este indicador mide el grado de dinamismo del programa, valorando el % de enfermos evaluados mensualmente para derivar a otros recursos e incorporar nuevos internos al programa. Se toma como base que al menos deberían ser evaluados el 75% de los internos incluidos en el programa.

Trastorno Mental Grave (TMG):

La definición más representativa y que probablemente ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987, y que incluye tres dimensiones:

- Diagnóstico:** Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de personalidad.
- Duración de la enfermedad y del tratamiento:** Tiempo superior a 2 años.
- Presencia de discapacidad:** Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF, que indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar”.

(1) *National Institute of Mental Health (NIMH), 1987*

(2) *Global Assessment of Functioning APA, 1987*

ANEXO 1

Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Sanitario.

- ☞ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar (“voces que le hablan”).
- ☞ Un sentido de sí mismo exageradamente engrandecido (“creer tener habilidades especiales” o “haber hecho grandes descubrimientos”, etc.).
- ☞ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ☞ Manifestar conductas extrañas sin sentido aparente o desorganizado.
- ☞ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ☞ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ☞ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ☞ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ☞ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ☞ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ☞ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.

ANEXO 2 (anverso)
Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Centro Penitenciario:	
Nombre y apellidos del interno:	
Módulo:	Fecha

NIVEL DE INTERVENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Nivel 1	<input type="checkbox"/> Nivel 2	<input type="checkbox"/> Nivel 3
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES			
1.- Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> • higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse) • higiene de la celda • hábitos de alimentación • cuidado de sus cosas personales 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
2.- Autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de peculio • utilización de los recursos del centro <ul style="list-style-type: none"> - profesionales - actividades • autonomía en libertad <ul style="list-style-type: none"> - para coger transportes - para ir al trabajo o a consulta médica • capacidad para realizar trámites burocráticos 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
3.- Autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de situaciones de ansiedad o estrés • heteroagresividad (física y/o verbal) • autolesiones • riesgo de suicidio • adicciones 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Actual	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Actual	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Actual	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Actual	
4.- Relaciones interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> • red social en el centro (amigos, compañeros) • red social en libertad (familia, amigos) • interés para participar en actividades grupales • aislamiento 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Actual	
5.- Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> • capacidad para hablar • claridad del habla • capacidad para iniciar conversaciones • capacidad de atención y percepción • capacidad en la resolución de problemas 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
6.- Medicación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • conciencia de enfermedad • actitud ante el tratamiento • responsabilidad en la toma de medicación 	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	
<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente	

ANEXO 2 (reverso)
Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Nombre y apellidos del interno:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIR

1.- OBJETIVOS

GENERALES:

ESPECÍFICOS (concretos, priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta):

2.- ACTIVIDADES

	DENOMINACIÓN	PROFESIONAL	HORAS-SEMANA
ACTIVIDAD Nº 1			
ACTIVIDAD Nº 2			
ACTIVIDAD Nº 3			
ACTIVIDAD Nº 4			
TOTAL HORAS-SEMANA			

3.- INTERNO DE APOYO: NO
 Sí Nombre y apellidos

4.- SEGUIMIENTO: TUTOR:
Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:

En, a de de

Fdo.: El Coordinador

Anexo 3

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

1 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

COORDINADOR/A		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *
MIEMBROS COMPONENTES		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, Servicio Autónomo de Salud, ONG/Entidad (indicar nombre),

2.- ATENCIÓN CLÍNICA

INTERNOS EN PAIEM A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL			
TRASTORNOS PSICÓTICOS			
TRASTORNOS AFECTIVOS			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD			
PATOLOGÍA DUAL			
OTROS DIAGNÓSTICOS *			

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

2 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

3.- REHABILITACIÓN

Aportar información del TOTAL SEMESTRE de entradas y salidas en el PAIEM, indicando las causas de las salidas (por traslado, por libertad, por otra causa: especificar cuál).

EVOLUCIÓN SEMESTRAL			
ENTRADAS EN PROGRAMA (ALTAS)			
SALIDAS DE PROGRAMA (BAJAS)		CAUSAS DE SALIDA	
		Por traslado a otro CP	
		Por libertad	
		Otra	especificar

INTERNOS EN PAIEM A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
INTERNOS EN NIVEL 1			
INTERNOS EN NIVEL 2			
INTERNOS EN NIVEL 3			
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA			

ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades, excluyendo los permisos y las salidas a la comunidad que se recogen en el apartado del Programa de Reincorporación Social. Se deberá remitir de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

A) ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN CONJUNTAMENTE CON LA POBLACIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN							INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *				
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

3 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

**ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN CONJUNTAMENTE
CON LA POBLACIÓN GENERAL (cont.)**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *		
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

4 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

B) ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPAN SÓLO ENFERMOS MENTALES

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *							
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *							
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *							
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

5 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

4.- REINCORPORACIÓN SOCIAL

A) MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE INTERNOS QUE HAN ACREDITADO													
SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

INTERNOS CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA			
PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 30 DE JUNIO / DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
NÚMERO DE INTERNOS			

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han participado en salidas a la comunidad según modalidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SALIDAS CULTURALES Y OCIO													
SALIDAS FAMILIARES													
SALIDAS POR ESTUDIO													
SALIDAS POR TRABAJO													
SALIDAS PARA TRATAMIENTO*													

* Indicar las salidas para tratamiento a un centro de día o similar.

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han salido de permiso terapéutico.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

6 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

D) DERIVACIONES A CENTROS COMUNITARIOS

Informar los casos de internos con enfermedad mental que acceden a un **centro comunitario para continuar la asistencia y tratamiento**, según la situación penal-penitenciaria:

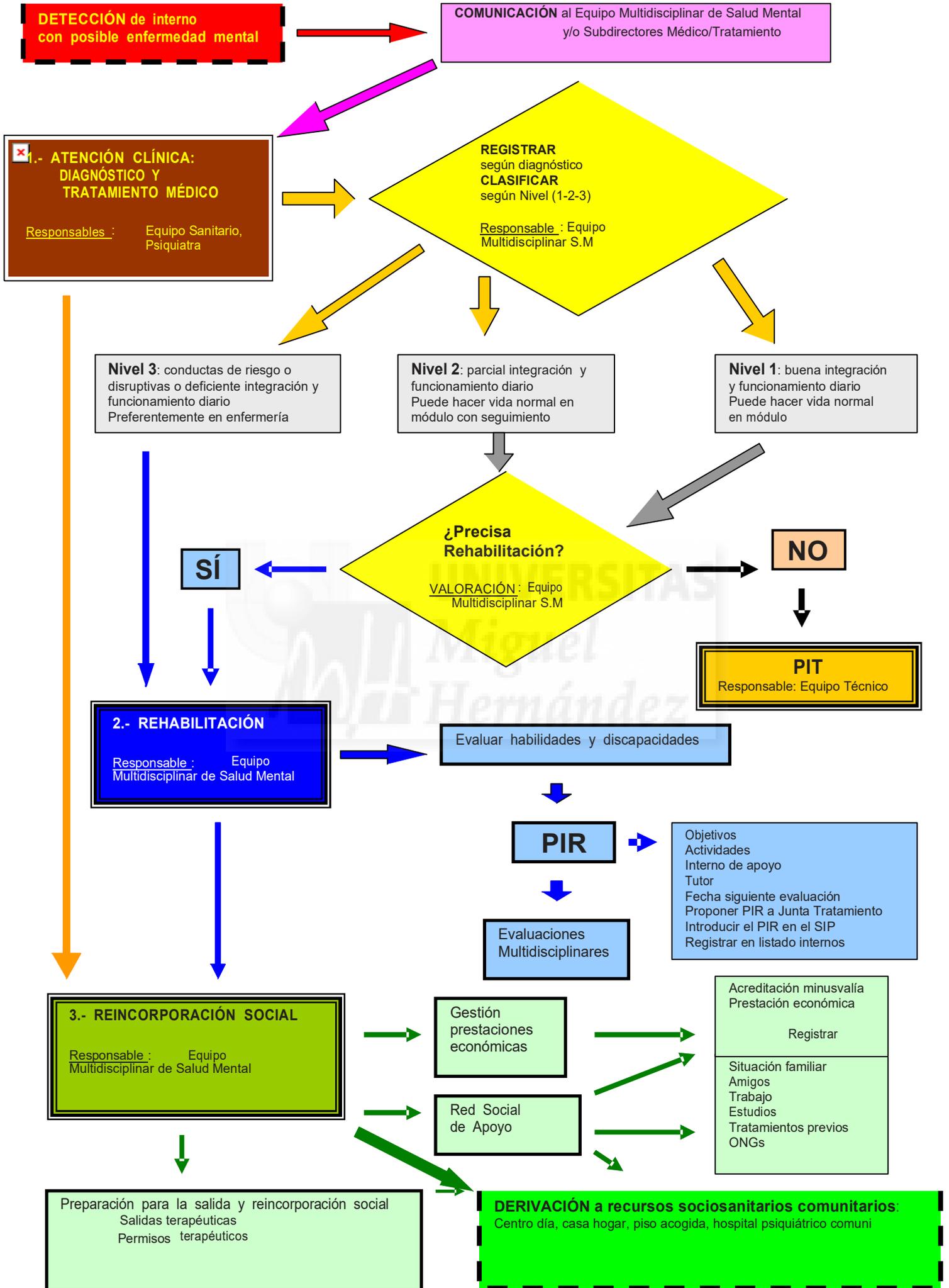
- a) Medida de seguridad de **internamiento** en centro psiquiátrico **no penitenciario**, conforme al artículo 101 del Código Penal.
- b) Medida de seguridad de sumisión a **tratamiento externo** en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, conforme al artículo 105.1.a) del Código Penal.
- c) Libertad con derivación a Centro Socio-Sanitario de las CC.AA.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO													
TRATAMIENTO EXTERNO EN CENTRO MÉDICO O SOCIOSANITARIO													
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIOSANITARIO DE LAS CC.AA.													

5.- ONGs - ENTIDADES

Aportar los datos relativos a las ONGs-Entidades que forman parte de la red social en la comunidad, de apoyo a enfermos y a sus familiares, y que intervienen de forma activa en el desarrollo del Programa.

NOMBRE DE LA ONG - ENTIDAD





Anexo II

COMPROMISO TERAPÉUTICO DEL PROGRAMA PAIEM

Yo.....

Interno incluido en el programa de enfermos mentales, me comprometo a cumplir con las normas establecidas por el Equipo del PAIEM, para recuperar mi salud y superar los efectos negativos de mi enfermedad.

Concretamente:

- Asistiré a las actividades del programa: escuela, deporte, educación para la salud, terapia canina, manualidades y cualquier otra que me propongan los profesionales.
- Renunciaré al consumo de sustancias tóxicas y tomaré únicamente la medicación que tenga prescrita por el médico.
- Cumpliré las normas mínimas de convivencia y participaré en la limpieza de las zonas comunes del módulo y de mi celda.
- Cuidaré de mi higiene personal.
- Respetaré los consejos y el apoyo de los ordenanzas del programa.

Por otro lado, el Equipo se compromete a ayudarte y a motivarte en el proceso de recuperación y preparación para la vida en libertad.

En C.P, a..... de..... de 2009

EL PROFESIONAL

EL INTERNO

