

Salud mental y cárcel: dispositivos de “cuidado” en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental.

LOMBRAÑA Andrea N. y MARÍA BELÉN pepe.

Cita:

LOMBRAÑA Andrea N. y MARÍA BELÉN pepe (2013). *Salud mental y cárcel: dispositivos de “cuidado” en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-063/201>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evkA/vbV>

Salud mental y cárcel: dispositivos de “cuidado” en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental

Lombrana, Andrea N.

UBA-CONICET

andrealombrana@conicet.gov.ar

Pepe, María Belén

UBA

mariabelenpepe@gmail.com

A modo de introducción

Los datos y observaciones que se desarrollan en la ponencia son parte de un proyecto de investigación más amplio que tiene como objetivo analizar en profundidad, desde una perspectiva antropológica, las diversas respuestas del sistema penal para casos en los cuales la intervención de cierto componente emocional intenso se conceptualiza como eximente o atenuante de responsabilidad. Su preocupación inicial estaba orientada al abordaje de la normativa que reglamenta dichas reacciones jurídicas, los procesos judiciales que las administran y las prácticas penitenciarias que ejecutan las medidas que traen como consecuencia. No formaba parte de sus primeras inquietudes, la observación minuciosa de las prácticas médico-profesionales que tienen lugar en el contexto bajo análisis. Sin embargo, el devenir de la investigación, fue estimulado progresivamente la indagación acerca de las estrategias y prácticas terapéuticas vinculadas a este campo de estudio.

En esta búsqueda los aportes de Menéndez han sido muy fructíferos, fundamentalmente en lo expresado por el autor en relación a la presencia de funciones de control, normalización y legitimación en toda práctica curativa. Y esta perspectiva sólo es posible si se comprende de antemano que tanto la “enfermedad” como la “cura” son procesos que no pueden ser explicados sin referencia al juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son (Menéndez 1985).

En lo que concierne a los padecimientos mentales, Foucault ya proponía en sus primeros escritos la idea de "personalidad" para dar cuenta del individuo en su relación con el medio; noción a través de la cual le fue posible desarrollar su perspectiva de la “enfermedad” partiendo de las condiciones reales que hacen posible las condiciones

psicológicas de la enfermedad: "...la enfermedad exige dos tipos de condiciones: las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en las contradicciones reales del medio; y las condiciones psicológicas que transforman el contenido conflictual de la experiencia en forma de conflicto de la reacción" (Foucault 1984:104). La alienación psicológica no es más que la alienación social, no hay nada "natural" en el hombre. Sus bases teóricas las encontraba en la sociología de Durkheim, quien entendía a la locura como la desviación de la media social o el *pattern* (patrón social que determina cómo debe ser el hombre "normal"); y en la antropología americana de Benedict, para quien cada cultura define la locura y algún tipo de valoración social sobre la misma. Sin embargo, para Foucault ambos autores definían la locura desde la exclusión social pero ninguno explicaba finalmente cómo la sociedad "produce" la locura y cuáles son los réditos de esta producción: "Desaparecida la lepra, olvidado el leproso, o casi, estas estructuras permanecerán. A menudo en los mismos lugares, los juegos de exclusión se repetirán, en forma extrañamente parecida..." (Foucault 2008:77) Así, la pregunta central a lo largo de toda la obra del autor será justamente de qué modo una sociedad hace de la locura una "otredad".

En este sentido, han sido de mucha utilidad en la elaboración de las reflexiones de la ponencia, los estudios producidos desde la etnopsiquiatría; los cuales permiten pensar el papel de la cultura en la construcción de la etiología, la expresión, el desarrollo y el tratamiento de los padecimientos mentales (Alves 1993).

Finalmente, vale aclarar que las características de los dispositivos analizados han sido reconstruidas a través del análisis de los tres ejes sugeridos por Pinheiro y Mattos (2007) para el estudio del "cuidado en la salud": 1. la formulación de políticas públicas de salud (análisis de legislación, reglamentos, resoluciones ministeriales, instructivos y otros documentos producidos por oficinas estatales); 2. los conocimientos técnicos incorporados en las políticas de salud; y 3. la organización del proceso de trabajo (lectura de protocolos e "informes sanitarios únicos" producidos por los equipos tratantes, observación de prácticas y procedimientos de intervención, etc.)

Medidas de seguridad y “dispositivo de cuidado” en el contexto jurídico penal

Las medidas de seguridad se encuentran clasificadas en la legislación, según la finalidad a la que responden (Seitún 2005). Las curativas son aquellas previstas para personas que en estado de inimputabilidad cometen una acción penada por la ley y son consideradas “peligrosas” para sí o para terceros.

Ahora bien, la ejecución provisional o definitiva de las medida de seguridad, dada su naturaleza penal, son vigiladas exclusivamente por tribunales de ejecución y suelen cumplirse en unidades psiquiátrico-penitenciarias. Allí los declarados inimputables conviven con otros internos que aún teniendo condenas, demuestran algún tipo de alteración psíquico-emocional que requiere de una atención profesional más específica que la ofrecida en las unidades comunes (drogodependencia, intentos de suicidio, problemas de conducta graves, serias dificultades de convivencia).

El Servicio Psiquiátrico para Varones del Servicio Penitenciario Federal (SPF) fue creado en el año 1880. Este pabellón estuvo a cargo del hospital neuro-psiquiátrico José T. Borda hasta 1968, cuando se transfirió en forma gratuita el edificio, las instalaciones y los bienes muebles a la órbita del Servicio Penitenciario Federal. Dicho convenio fue ampliado en 1979, incorporando la transferencia del pabellón "Servicio Trece"; a partir de entonces se resolvió denominar a esta unidad así conformada, como Servicio Psiquiátrico Central De Varones Unidad N°20, siendo la única unidad federal de este tipo.

Luego de un informe exhaustivo y de gran divulgación pública confeccionado en el año 2007 por el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y el MDRI (Mental Disability Rights International) acerca de la situación de las personas detenidas en las instituciones psiquiátricas argentinas, que incluyó el relevamiento y la documentación de una notable cantidad y variedad de violaciones a los derechos humanos así como de prácticas médicas abusivas y cruentas, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender una importante reforma en la Unidad N°20 a través de la implementación del Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental

Grave. Entre las medidas más destacables, pueden nombrarse las modificaciones edilicias; la incorporación del cuerpo de profesionales civiles; la confección de un programa de formación, perfeccionamiento y actualización de los profesionales médicos, no médicos y penitenciarios; y finalmente, la implementación de un dispositivo SOEP (Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica) a fin de organizar la admisión a la unidad; y la incorporación de un Coordinador Médico Civil encargado de la articulación de los equipos de salud y del seguimiento de los casos (con un rango de autoridad similar, en términos formales, al del Director Penitenciario).

Una nueva reforma tuvo lugar en 2011, que en este caso incluyó el cierre del edificio original y la apertura del Servicio Neuropsiquiátrico del Centro Penitenciario de Ezeiza. Allí fueron trasladados gran parte de los internos con medidas de seguridad curativas alojados en el edificio original; aunque algunos pocos fueron reubicados en instituciones civiles en los casos donde su situación procesal lo hizo posible.

La Nueva Ley de Salud Mental

En el año 2010 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 como un intento de unificar las distintas leyes y prácticas provinciales orientadas al cuidado y el tratamiento de personas con padecimientos mentales. Al mismo tiempo, la ley ajusta la legislación nacional a los estándares internacionales en materia de Derechos Humanos incorporando los principios de legalidad, inclusión, no discriminación y ciudadanía de las personas con padecimientos mentales. Pero fundamentalmente debemos reconocer en la aprobación de la ley, la materialización de un largo proceso de reivindicación de derechos, que incluye a las influencias del plexo normativo a nivel internacional pero fundamentalmente a la movilización y participación activa de organizaciones la sociedad civil (Vegh Weis 2011).

Las innovaciones que propone la ley son consideradas por casi todos los sectores un verdadero cambio de paradigma. En primer lugar porque reemplaza la vieja cosmovisión del “enfermo mental” como objeto de la psiquiatría, por una nueva mirada donde la persona padeciente se transforma en sujeto del derecho. Esto implica un cambio radical para la

legislación hasta entonces vigente, ya que parte del reconocimiento de la capacidad jurídica de la persona usuaria de los servicios de salud mental (como titular de derechos pero también como agente capaz de ejercerlos por sí mismo). De esta forma sólo debe aceptarse la incapacidad jurídica de manera parcial en relación a derechos en particular y acotada en el tiempo mediante dictamen judicial.

Por otra parte, la salud mental en este nuevo contexto no es tratada exclusivamente en términos bio-psicológicos, sino más bien es abordada como una construcción sociocultural de límites difusos, que requiere de un abordaje múltiple: multicausal, multiespacial e interdisciplinario. No sería suficiente un abordaje interdisciplinario limitado a la sumatoria de profesionales que desarrollan sus diagnósticos e intervenciones de forma aislada y desconectada entre sí; sino más bien, exige un trabajo que al poner en tensión los discursos y construcciones de sujetos producidos desde la especificidad de cada disciplina, logren articular en lecturas, nominaciones y formas de intervención sobre situaciones que eran inéditas en el universo legislativo previo.

Finalmente la ley pone el eje de la estrategia de intervención en el abordaje comunitario, debido en principio a su interés por transformar el sistema de atención en términos de encierro institucional (desinstitucionalizar), pero fundamentalmente porque su espíritu es el de desarmar/quebrar el abordaje de los padecimientos mentales desde “lo manicomial” en un sentido amplio (desmanicomializar). La propuesta apunta justamente a incorporar el contexto de la comunidad no sólo como espacio de inclusión, sino también como dimensión de análisis, diagnóstico, comprensión e intervención.

Así la internación, al ser considerada una medida restrictiva de la libertad, es tratada en el marco de la nueva ley como una última ratio a aplicarse sólo en el caso de que haya un riesgo cierto e inminente. Además, la salud mental al ser entendida como parte integrante de la salud en general, debe ser atendible en el hospital general como cualquier otro padecimiento.

Ahora bien, el tratamiento penitenciario de la salud mental impone ciertas limitaciones y complejidades para el pleno cumplimiento de la norma que deben ser analizadas; fundamentalmente porque siempre supone un internamiento coactivo, prácticas de segregación y abordajes que van en detrimento del espíritu general propuesto en la ley.

El Programa Interministerial de Salud Mental (PRISMA)

A partir de la aprobación de la Ley 26657 de Salud Mental se dispuso la creación del A su vez, se creó el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA (bajo la órbita del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación y su par de Salud). Este programa se instituía con el objetivo de “tratar la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios especializados en materia psiquiátrica del SPF como en otras Unidades del Servicio que cumplan con los criterios de admisión establecidos para el programa”, según se explicita en su cuadernillo de presentación. Para ello se establecieron diversos dispositivos (Evaluación, Tratamiento, Egreso) con actividades y finalidades específicas para llevar adelante sus tareas.

Dispositivos de Evaluación. Sobre las disputas en torno a la construcción del perfil del interno-paciente del servicio psiquiátrico del Servicio Penitenciario Federal

El Dispositivo de Evaluación es un equipo sanitario autónomo; que según su enunciación formal, está destinado a determinar la admisibilidad al programa y a gestionar la derivación a alguno de sus dispositivos efectores. La población objetivo está constituida tanto por los internos ya alojados en el SPF con problemáticas de salud mental que requieran una evaluación acorde, como por los nuevos ingresantes con características similares. Las solicitudes de evaluación en cada caso, sólo pueden ser derivadas de autoridades penitenciarias o judiciales, las cuales deben ser cursadas formalmente al dispositivo. Una vez realizada la entrevista de admisión el equipo emite un “informe sanitario único”, y procede a gestionar la derivación correspondiente. Los criterios se encuentran bien explicitados en el documento de presentación del programa.

Evaluación está integrado por un conjunto de profesionales de conformación interdisciplinaria (en su mayoría psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales y abogados/as dependientes del Ministerio de Salud) que si bien tienen su espacio físico-administrativo ubicado en la “Casa Prisma” tiene características móviles; es decir, que el equipo se traslada según los requerimientos de cada caso tanto a las unidades penitenciarias correspondientes, como a las comisarías o a la alcaldía judicial. Esta característica significó un cambio importante respecto a los procedimientos anteriores, donde las personas a ser evaluadas eran quienes debían ser llevadas hasta el SOEP emplazado en la Unidad 20, a los fines de ser consideradas sus admisiones al servicio psiquiátrico.

En un primer momento el dispositivo debía comenzar por realizar las reevaluaciones de los “internos-pacientes” alojados en la ex-Unidad 20 según estos criterios, a partir del comienzo de la ejecución del Programa; tarea que según los dichos de sus propios integrantes no fue realizada acabadamente, ya que el único criterio aplicado realmente al momento de realizar la mudanza al predio de Ezeiza fue el jurídico. Es decir, no fueron trasladados al nuevo edificio, todos aquellos que su situación procesal permitió derivar a unidades comunes o a instituciones de tratamiento del ámbito civil. Los criterios de los profesionales de la salud, comenzaron a aplicarse recién para con los nuevos ingresos.

El análisis de los informes producidos por el dispositivo sobre cada caso concreto, muestra que todas aquellas patologías intratables psiquiátricamente e irreductibles, es decir sin posibilidad de rectificación cierta, aún revistiendo signos de riesgos graves e inminentes para sí y/o para terceros, no son retenidos en la unidad; y eventualmente se sugiere su traslado a otros dispositivos penitenciarios. Por otro lado, los informes que aluden a aquellos pacientes con trastornos de la personalidad que se encuentran compensados (en algunos caso ni siquiera se encuentran recibiendo tratamiento psicofarmacológico), generalmente recomiendan su derivación a instituciones civiles (a veces de régimen cerrado, con control de ingresos y egresos, o inclusive tratamientos ambulatorios). En estos últimos casos, los informes aluden como marco de referencia a la nueva Ley de Salud Mental; que en su Artículo 14° dice: “La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores

beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en un entorno familiar, comunitario o social”.

Sin embargo, la misma Ley establece que si bien el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente, quedan exceptuados los declarados “inimputables”. Por lo tanto en estos casos, la injerencia de los informes y evaluaciones del PRISMA suelen ser limitados; y la consideración sobre sus internaciones dentro del programa quedan prácticamente a exclusiva consideración de los magistrados intervinientes en cada caso. Es una práctica usual que los jueces sostengan la internación en el ámbito penitenciario, aduciendo la inexistencia de otras instituciones que pudieran brindar el marco de seguridad necesario para la contención de estas personas y en otras sustentando sus decisiones exclusivamente sobre las observaciones del Cuerpo Médico Forense (el cual se entrevista con el paciente por única vez para emitir su impresión).

La cuestión se complejiza aún más si le sumamos el hecho de que no existe en la actualidad ninguna institución especializada dentro del circuito penal, dedicada a coordinar medidas específicamente destinadas a promover la externación o derivación de personas con padecimientos mentales alojadas en instituciones penitenciarias. Desde la inserción del PRISMA en el circuito penal, y debido fundamentalmente a las insistentes y constantes intervenciones de algunos de los/as profesionales que lo integran, se ha podido avanzar en la sensibilización de jueces y operadores de justicia en estas temáticas; y se han conseguido inclusive algunas resoluciones judiciales que tienen en cuenta las apreciaciones del nuevo dispositivo y el marco ofrecido por la nueva Ley de Salud Mental.

Un actor que aparece bastante desdibujado en las disputas en torno a la definición del perfil de los internos-pacientes que deben ser admitidos, es el propio Servicio Penitenciario. A diferencia de lo que ocurre en otras unidades donde en las decisiones ligadas al modo de alojamiento y organización de los penales pesan bastante las sugerencias y apreciaciones de los agentes penitenciarios, en estos casos no son siquiera consideradas. Vale recordar que el sistema de medidas de seguridad queda excluido del régimen de progresividad de

tratamiento penitenciario y de cualquier programa de pre-libertad; y por ende carece también de los beneficios del mismo (salidas transitorias, libertad condicional, etc.) Los únicos informes emitidos sobre los internos-pacientes en estos contextos, son los generados por los equipos tratantes.

Dispositivos de Tratamiento. Entre intervenciones terapéuticas y prácticas penitenciarias

El servicio para varones se encuentra en la actualidad ubicado en el Ala Norte del Hospital Penitenciario Central y tiene capacidad para alojar a sesenta (60) personas. Las instalaciones son nuevas, edificadas específicamente para este fin. Las celdas son en su mayoría individuales (cuarenta y cinco plazas), cuentan cada una con su baño y se asemejan a una habitación con altas medidas de seguridad (doce de ellas cuentan con cámara de monitoreo y observación permanente); el resto de los alojamientos son compartidos.

Con la mudanza a Ezeiza, una de las pérdidas más importantes fue la autonomía respecto de las diversas áreas que hacían al funcionamiento del establecimiento: Judiciales, Administrativa, Salud, Visita, y otras. Actualmente el PRISMA depende operativamente del Complejo Penitenciario del que forma parte. Los familiares, por ejemplo, deben pasar por la requisa del Complejo, modificándose el trato hacia los mismos; razón por la cual, muchos dejaron de concurrir con asiduidad. Los grandes espacios de recreo y al aire libre con los que se contaban en el predio anterior, se perdieron también en el nuevo escenario. Si bien en la actualidad se cuenta con un espacio común interno en cada pabellón y un patio externo compartido, sus dimensiones son bien reducidas y se encuentran prácticamente desprovistos de mobiliario adecuado.

El dispositivo de tratamiento se encuentra integrado por un equipo bastante extenso de profesionales (médicos/as psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, acompañantes terapéuticos, enfermeros/as, otros recursos humanos no tradicionales y talleristas varios); algunos dependientes del Ministerio de Justicia que ya venían desarrollando funciones dentro del penal y fueron incorporados al PRISMA a partir de su

implementación, y otros nuevos ingresados dependientes en su gran mayoría del Ministerio de Salud. Formalmente se encuentra dividido en tres sub-dispositivos; los dos primeros se ejecutan en la órbita del SPF (Dispositivo para Atención de Episodios Agudos, Dispositivo para Atención de Trastornos Mentales Severos) y el tercero fuera del ámbito carcelario (Dispositivo Residencial para personas declaradas inimputables). Sin embargo, éste último nunca fue puesto en funcionamiento, por lo cual los detenidos en el marco de una medida de seguridad conviven en la actualidad con los internos que se encuentran cumpliendo una pena de prisión, dentro de la institución penitenciaria.

Otra cuestión a resaltar, es que continúan prestando servicio asistencial dentro de la unidad algunos profesionales pertenecientes al cuerpo del SPF; lo cual plantea varios interrogantes acerca de cómo enlazar o coordinar esta superposición de áreas y tareas psicoterapéuticas entre los profesionales de los diferentes equipos. Uno de los puntos donde esta dificultad se hace visible, es en la propia conceptualización de las personas a ser tratadas en el servicio; al ser consultado uno de los enfermeros del SPF sobre esta cuestión en el marco de una charla informal, dijo: “...los que están acá son delincuentes, no son pacientes de una clínica privada. Estos tipos [en referencia a los profesionales del PRISMA] no entienden nada” (agosto de 2011).

Sin embargo, los desacuerdos más importantes que he podido observar tuvieron lugar entre los profesionales mismos del dispositivo PRISMA. Provisoriamente podría decir que suscitados, en su mayoría, por cierta adscripción diferencial de los profesionales, a dos especies de lógicas enfrentadas que fundamentan dos modelos de intervención, al tiempo que orientan y dan sentido a las estrategias terapéuticas dentro del dispositivo.

Por un lado, la presencia de un marco teórico-ideológico compartido por un grupo de profesionales (mayoritariamente compuesto por los “herederos” de la gestión anterior en la Unidad 20), que sostiene una perspectiva de la salud mental en el marco penitenciario, orientado a la restitución de subjetividad y a la rehabilitación de los “pacientes”. Sus esfuerzos son colocados entonces en construir un diagnóstico realizando un orden mínimo a

través de una historia clínica, administrando medicación con un criterio psicofarmacológico clínico y abriendo canales de expresión a través de la gimnasia, la música y la escritura.

Me interesa hacer notar en este punto, la referencia a la población objetivo del dispositivo en términos de “paciente”; esta terminología tiene una connotación que remite a una lógica determinada de la psiquiatría y una forma de abordaje centrada sobre la “patología” en la cual lo que prevalece en todos los casos es la clínica. Implícitamente además subyace detrás de estas prácticas nociones ligadas al “autocuidado”; el cual propone que aquellos que conviven con una dolencia crónica adopten determinado modo de vida que propicie el “cuidado de sí” siendo una de las consecuencias más importantes de esta delegación la responsabilización de los sujetos por el curso que tome la enfermedad (Epele 1997). Esto es muy claro en la lectura de los informes producidos por estos equipos sobre casi todos los pacientes, donde aparecen preocupaciones constantes sobre la alimentación, la actividad física, y las rutinas diarias de los mismos.

Por otro lado, si bien en su momento la inserción del equipo civil de tratamiento en la unidad (en 2007 aún en el viejo edificio) significó un paso adelante respecto a la situación anterior de los allí alojados y todo un cambio cultural a nivel institucional, los esfuerzos estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital psiquiátrico con una modalidad de trabajo similar al de la residencia. Nótese que esto fue conseguido con bastante éxito y sin demasiados conflictos, lo cual no debe sorprender demasiado ya que la institución penitenciaria dialoga bastante bien con la lógica “re” propuesta por este equipo médico (ambos persiguen la “re-inserción”, la “re-socialización”, etc). Estas coincidencias fueron muy evidentes, por ejemplo, en la decisión de mantener las prácticas de alojamiento en las celdas de aislamiento como parte del proceso terapéutico o en la instalación de la sala SOEP (Servicio de Observación y Evaluación Penitenciaria) que funcionaba a modo de cámara Gesel para la evaluación y orientación de los recién ingresantes. Además, la perspectiva sostenida por este equipo dejaba relativamente intacto el dispositivo jurídico-burocrático que avalaba y sostenía este tipo de prácticas. Según los dichos de estos profesionales, el rol del equipo tratante en el proceso judicial deber ser neutral; y debe estar restringido a verter opiniones objetivas sobre el cuadro clínico del paciente en los informes

inter-disciplinarios producidos regularmente, que serán enviados a los juzgados según sean solicitados por los magistrados intervinientes.

Desde otra perspectiva de la salud mental, se incorporaron al penal con la puesta en funcionamiento del nuevo programa, nuevos profesionales provenientes del Ministerio de Salud: “...lo que venía a traer PRISMA fue la restitución de derechos...” (fragmento de exposición pública, integrante PRISMA dispositivo de egreso, noviembre de 2012). Estos profesionales conciben al padecimiento mental como un fenómeno multideterminado que requiere resoluciones convergentes en los niveles psicológicos, biológicos, institucionales, familiares, sociales y jurídicos; y por lo tanto consideran que para su tratamiento no es suficiente el abordaje interdisciplinario sino que se requiere de un trabajo profundamente multidisciplinario.

Estos profesionales dispusieron toda una re-ingeniería del dispositivo, estableciendo según el área de la intervención, tres campos o equipos de trabajo en red: equipo de crisis, equipo de tratamiento socio-comunitario, espacio cultural; cada uno de ellos con un coordinador elegido por el propio equipo y de carácter rotativo. Esta iniciativa rompía con la lógica anterior, organizada exclusivamente alrededor de las especialidades disciplinares (equipo de psiquiatras, equipo de psicólogos, equipo de trabajadores sociales). El nuevo equipo de crisis estaba orientado a la atención de situaciones de urgencia y de usuarios con cuadros abruptos de descompensación, e implementó por primera vez en el penal el consentimiento informado y el pase de cierre de guardia interdisciplinar; el equipo de tratamiento, fue pensado para el abordaje psico-terapéutico-social de los usuarios con la consigna de desarrollar una clínica pro-activa (es decir, no esperar exclusivamente la demanda del usuario para intervenir), intensificar el trabajo en grupos terapéuticos, desarrollar actividades colectivas, etc.; y finalmente el equipo socio-cultural comenzó realizando el trabajo de unificar la variedad de actividades que ya estaban establecidas para evitar superposiciones de horarios y propuestas, como así también la recopilación de trayectorias laborales y educativas de los usuarios para diseñar capacitaciones y actividades aprovechando sus saberes previos e inquietudes preexistentes (inclusive, según han referido algunos profesionales, los propios usuarios ocuparon el lugar de capacitadores de sus pares

en ciertos casos), a la vez que propusieron una variedad de actividades recreativas con fines de integración de la comunidad terapéutica toda.

También se propuso la apertura de las historias clínicas (HC) a todos aquellos que desempeñaban alguna función en el servicio que involucrara algún contacto con los usuarios (profesionales tratantes, celadores, maestros, educadores y talleristas); de esta forma se buscaba enriquecer la información allí vertida: "...las HC nadie las tenía más que el profesional actuante (...) una cosa que implementamos es la desacralización de las HC, que se metan todos" (fragmento de exposición pública, ex-coordinadora PRISMA dispositivo de tratamiento, noviembre de 2012).

Además, las estrategias de intervención ya no debían limitarse al espacio del consultorio como ocurría hasta el momento, sino que se abría el espacio del pabellón, las celdas y todos los lugares de uso común al despliegue terapéutico. Lo mismo debía ocurrir con el tiempo, que ya no estaría limitado a los momentos de las entrevistas sino que debía tratarse de un acompañamiento cotidiano y constante. Finalmente, debían incorporarse al tratamiento, todo un abanico de actores nuevos: agentes penitenciarios, familiares y grupo de pares. Casi en coalición con la lógica del "autocuidado" la mirada proponía el "cuidado comunitario" como base terapéutica.

Desde esta perspectiva el "paciente" se transforma en "usuario"; ya que aún en la situación de encierro se reconocen sus potencialidades por sobre sus carencias, su compromiso activo con el tratamiento por sobre la imagen de un mero receptor de decisiones de "otros". Los profesionales que comparten esta perspectiva no ponen su energía en el tratamiento de la "patología", sino más bien se esfuerzan en el reconocimiento integral de la persona, y más aún en abordaje comunitario de la problemática (hacia "adentro" y hacia "afuera" del penal). Por eso estimulaban las actividades colectivas como los talleres de lecturas de diarios, talleres de cine, asambleas de convivencia semanales (con la participación de usuarios, profesionales de la salud y agentes penitenciarios), asambleas multifamiliares, etc.

Otro cambio para resaltar es el posicionamiento de los profesionales frente al seguimiento de los procesos judiciales de cada caso. Como parte del abordaje integral, algunos miembros del dispositivo de tratamiento establecieron estrategias de acompañamiento a los usuarios tanto a las audiencias judiciales como a las entrevistas con el Cuerpo Médico Forense. La finalidad de estas prácticas no sólo era la de contención ante situaciones de extrema presión y stress, sino que también se buscaba intervenir en los procesos aportando información relevante y cualitativa tanto a jueces como a peritos, buscando obtener decisiones más ventajosas (o menos desventajosas) para los usuarios.

En los últimos meses, y por cuestiones que los integrantes del PRISMA refieren como “desacuerdos políticos interministeriales”, los profesionales del Ministerio de Salud que en su mayoría adscriben y defienden esta última perspectiva de la salud mental, fueron retirados del dispositivo de tratamiento y derivados al de ingreso o al de egreso; dejando a cargo de la fase de tratamiento, exclusivamente a los profesionales del Ministerio de Justicia que acarreaban el marco y la modalidad de trabajo anterior. De hecho, muchas de las prácticas e intervenciones relatadas en este apartado han sido dadas marcha atrás y se ha vuelto a un esquema parecido al desarrollado en la ex-Unidad 20; retomando algunas de las prácticas operadas antes de la última reforma, a pesar de resultar contrarias a la nueva normativa vigente en muchos casos.

Dispositivos de Egreso. Acerca de las resistencias judiciales, los recursos que no “llegan” y los esfuerzos individuales por la inclusión

El programa establece finalmente el dispositivo de egreso, o de “inclusión” en términos de sus propios integrantes, destinado a aquellas personas que provengan de los dispositivos de tratamiento del PRISMA y que obtengan su libertad por cualquier medio. En el caso específico de las personas declaradas inimputables, a las cuales se les determinara judicialmente el cese de su medida de seguridad, podrían acceder al dispositivo de inclusión o bien hacer el pasaje directo a la comunidad con el apoyo socio-sanitario necesario.

Inclusión se propone como un dispositivo “sanitario abierto”, es decir ajeno al Sistema Penal, que tiene como objetivo principal garantizar la inclusión social exitosa de la persona

que egresa: "...inclusión la pensamos como que [el usuario] logre tener una buena recepción en algún grupo humano, que tenga la calidad humana para alojar en los términos morales que así se entienda para el usuario...El trabajo es caso por caso, vez por vez..." (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

Formalmente el programa incluye la construcción o adquisición de una Casa de Medio Camino para el desarrollo de esta etapa de tratamiento. Sin embargo la misma nunca ha sido puesta en funcionamiento; si bien la Casa Prisma cuenta con los espacios necesarios y las condiciones adecuadas, el lugar funciona exclusivamente como sede de día. Allí se desarrollan talleres laborales, capacitaciones en oficios, atención psico-terapéutica individual, espacios de reflexión grupal para pacientes y otras actividades propias del espacio de trabajo del dispositivo. La ausencia de un espacio de alojamiento no es un problema menor. El trabajo de campo realizado me permite asegurar que son muchos los casos donde, una vez egresadas, las personas quedan en situación de calle; desprovistas generalmente también de la contención socio-afectiva necesaria. Gran parte de los esfuerzos del dispositivo de inclusión entonces, se encuentra en gestionar albergue en hogares o instituciones civiles, tarea que los profesionales realizan articulando con otras instituciones del Estado o con organizaciones no gubernamentales (como CARITAS, por ejemplo); al tiempo que desarrollan grandes esfuerzos por restablecer lazos familiares y redes de contención de los externados, cuando es posible.

Las disputas entre modelos terapéuticos desarrolladas en el apartado anterior, extienden sus consecuencias al desenvolvimiento de este dispositivo. Un ejemplo que me han referido, es que hasta hace no mucho tiempo, inclusión tenía vedado el ingreso a la unidad para entrevistarse con los usuarios próximos a salir del dispositivo de tratamiento. Esto es vivido por los profesionales de inclusión como un gran problema porque no les permite ir generando un vínculo de confianza con el usuario, que facilite luego las tareas de asistencia necesarias y el compromiso con el trabajo fuera del penal.

Sin embargo, las mayores dificultades para llevar adelante sus tareas son las referidas a la falta de "voluntad en actos políticos concretos", como refiere uno de sus integrantes. A

modo sintético basta con decir que todos refieren modalidades de contratación muy precarias, malas condiciones de trabajo, importantes problemas al nivel de la coordinación del dispositivo y del programa en general, desorganización, ausencia de espacios donde elevar inquietudes, desarticulación entre dispositivos, falta de previsión, cambios de situación laborales bruscas y unidireccionales, entre otras dificultades. Casi todos comparten la sensación de que existe la decisión cierta de “dejar caer al dispositivo” quitándole sus recursos, tanto humanos como materiales: “...lo que se tiende es a desalentar a los profesionales para que se vayan (...) la falta de atención a los usuarios (...) sacan presupuesto todo el tiempo (...) termina siendo un trabajo muy voluntarista, y eso genera un desgaste y en algún momento se corta.” (fragmento de entrevista, integrante PRISMA dispositivo egreso, noviembre de 2012).

Esta coyuntura genera en los integrantes del equipo de inclusión planteamientos ético-profesionales muy diversos y una percepción de la situación colmada de elementos de “sospecha”, “dudas” y “desconfianza” (construidas en base a las experiencias concretas vividas durante los itinerarios profesionales en el PRISMA) que definen la forma que adquieren los vínculos, las posiciones, las emociones y las prácticas dentro del PRISMA.

Reflexiones finales

La ponencia ha intentado abordar desde una perspectiva antropológica, las modalidades de intervención terapéutica en el marco de instituciones penitenciarias a partir de la aprobación (y reciente reglamentación) de la Nueva Ley de Salud Mental N° 26657.

Por todo lo dicho, consideramos posible reflexionar analíticamente sobre las estrategias de control/cura/tratamiento desarrolladas sobre los internos/pacientes/usuarios del Servicio Psiquiátrico del SPF como “dispositivos de cuidado”; entendiendo que las mismas conforman conjuntos resueltamente heterogéneos de discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosófico-morales y prácticas de salud orientados al

abordaje terapéutico-penitenciario de personas con padecimientos mentales alojadas en instituciones penales por la justicia penal.

La perspectiva antropológica sostiene que todas las prácticas, aún las que aparentan ser las más irracionales, tienen un sentido para quien las ejecuta y obedecen a lógicas situadas (Segato 2003). Así, he intentado reconstruir los dispositivos de cuidado bajo análisis desde el punto de vista de los actores sociales involucrados, con la intención de identificar los núcleos de sentidos compartidos y disputados que fundamentan las diversas prácticas operadas en el contexto bajo análisis; en la convicción que es sólo desde allí donde pueden desplegarse acciones transformadoras exitosas.

Bibliografía citada

- ALVES, P. 1993. "O discurso sobre a enfermidade mental" en P.C. Alves & M. C. de S. Minayo (org.) Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.
- AYRES, J. 2003/4. "Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde". En: Revista Interface - Comunic, Saúde, Educ. Vol.8, Nº14.
- BERMAN, H. J. 1996. "Fuentes teológicas de la tradición jurídica occidental". En: La formación de la tradición jurídica de Occidente. México, Fondo de Cultura Económica.
- CAIMARI, L. 2004. Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955. Buenos Aires, Siglo XXI.
- CELS y MDRI 2008. Vidas arrasadas: la segregación de las personas en asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Siglo XXI.
- DELEUZE, G. 1992. "Post-scriptum sobre as sociedades de controle" En: Gilles Deleuze, Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- ELIAS, N. 1993. "Las transformaciones de la agresividad" En: El proceso de civilización, Buenos Aires Fondo de Cultura Económica.
- EPELE, M. 2007. "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complot y barreras de acceso al sistema de salud." En Revista Cuadernos de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Nº25.
- EPELE, M. 2011. "Emergencies and Rescues: the Logics of Vulnerability and Care among Drug Users in Buenos Aires, Argentina" En: Revista Addiction Research and Theory, Early On-Line 1-9.
- FOUCAULT, M. 1984. Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires, Paidós.
- FOUCAULT, M. 1988 Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México, Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. 1999. Los anormales. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 2008. El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económico.
- FOUCAULT, M. 2012. Historia de la Locura en la época clásica. Tomo 1 y 2. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- FREIDSON E. 1978. La profesión médica. Barcelona, Península.
- FRÍAS CABALLERO, J. 1981. Inimputabilidad penal. Capacidad personal de reprochabilidad ético-social. Buenos Aires, Ediar.
- HEGGLIN, M. 2006. Los enfermos mentales en el derecho penal. Contradicciones y falencias del sistema de medidas de seguridad. Buenos Aires, Editores del Puerto Colección Tesis Doctoral.

- JELIN, E. 1998. Pan y Afectos. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- KORMAN, G. y GARAY, C. 2007. "Complementariedad terapéutica: Terapia Cognitiva y yoga". En: Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA, N°12.
- KRAEPELIN, E. 2007. On the question of degeneration. En: Revista History of Psychiatry. London, N°18.
- LEVENE, R. 1977. El Delito de Homicidio. Buenos Aires, Depalma.
- MARTÍNEZ GARAY, Lucía. 2005. La imputabilidad penal. Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos. Valencia, Tirant.
- MENENDEZ, E. 1985. "Aproximación Crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina". En Revista Nueva Antropología, N°VII.
- MOL, A. 2008. The logic of Care. New York, Ed. Routledge.
- NAVARRO, D. 2010. "La peligrosidad de los enfermos mentales". Disponible en: <http://psiquiatriaforense.wordpress.com/la-peligrosidad-de-los-enfermos-mentales/>
- OYARBIDE, J. M. U. 1996. Educar y Curar. El Diálogo Cultural en Atención Primaria. Navarra, Ministerio de Cultura.
- PINHEIRO, R. y MATTOS, R. A. 2007. "Cuidado como valor: razones públicas para a integralidade em saúde". En: Revista Razoes Públicas para a integralidade em saúde o cuidado como valor. Rio de Janeiro, Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco.
- SANDOVAL, M.L. 2007. Diacrítica del terror. Bogotá, Tercer Mundo Editores.
- SECRETARÍA DE PROGRAMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y EL OBSERVATORIO ARGENTINO DE DROGAS. 2009. Estudio Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la comisión de delitos en población privada de libertad.
- SEITÚN, D. 2005. "La Indeterminación Temporal de las Medidas de Seguridad para Inimputables y el Principio de Proporcionalidad" En: Revista Ciencias Penales Contemporáneas, Revista de Derecho Penal, Procesal Penal y Criminología, N° 7/8.
- VANNINI, F; DEL CERO, M. y SAULNIER, A. 2003. "Imputabilidad disminuida" En: Revista electrónica Derecho Penal Online [en línea]. Disponible en: <http://www.derechopenalonline.com>
- VEGH WEIS, V. 2011. "Salud Mental y Adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos." Disponible en: http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/6jornadasjovenes/EJE%2012%20PDF/eje12_vegh.pdf
- ZAFFARONI, E. 1987. Tratado de Derecho Penal Parte General, Tomo V. Buenos Aires, Ediar.