

**La Salud Mental en Contexto de Encierro: el uso y
consumo de Psicofármacos en las Personas privadas de la
Libertad en el Complejo Penitenciario de Boulogne Sur
Mer.**

Marcos Costa

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional
de Cuyo

Dra. Valeria Pérez Chaca

Lic. Paula Lìgori

2023

ÍNDICE

Contenido

ÍNDICE	2
Agradecimientos	5
Introducción	6
CAPÍTULO 1	9
Fundamentación	9
Antecedentes	13
CAPÍTULO 2	17
Características de las cárceles de Argentina	17
Perfil de la Población Privada de Libertad	19
Breve Historia de la Cárcel de Mendoza	21
Hitos sobre la Salud Mental	22
Avances y Retrocesos	24
Los Derechos Humanos en la Cárcel de Mendoza.	29
Funciones del Servicio General Penitenciario de Mendoza	32
CAPÍTULO 3	35

Estratégica Metodológica.....	35
Estrategia de análisis.....	35
Conceptos Claves.....	36
Problema de investigación.....	39
Preguntas de Investigación.....	40
Objetivos.....	40
Anticipaciones de Sentido.....	41
Categorías de Análisis.....	41
Técnicas e instrumentos de construcción de datos.....	42
Muestra y Unidades de Análisis.....	43
Unidades de Análisis.....	43
CAPÍTULO 4.....	44
Análisis y discusión de resultados.....	44
Los Procesos de Medicalización.....	44
El impacto social en los sujetos detenidos.....	52
CAPITULO 5.....	87
Conclusiones.....	87
Salud Mental en contexto de encierro.....	87
Consumo sostenido de psicofármacos.....	90
RECOMENDACIONES.....	93
REFERENCIAS.....	95

EPÍLOGO	103
ANEXO.....	104

Agradecimientos

A mi Padre por su inconmensurable fuerza para seguir adelante. Donde estés, gracias por tus consejos.

A mi Madre que la pelea cada día y por su amor infinito. Para vos mi vieja.

A mis hermanos por estar siempre y apoyarme en todo. Ana, Lorena, Luis, Adrián, Marina y mi sobrina Gisela.

A mi compañera de ruta que se convirtió en un faro en los caminos más oscuros. Gracias Mónica.

A mi amigo de siempre, Gustavo.

A mis profesores por su inmensa voluntad de transmitir sus cualidades humanas; Teresa, Fabiana, Gabriela, Marita, Valeria, Paula, Mauricio, Sergio, Martin, Ricardo, Susana, Sara, Laura, Ruth, Alejandra.

A mis amigos de la vida, Juan, Diego, David, Nahuel, Javier, Teresa, Víctor, Fabiana, Alberto, Vero, Marta, Zulma, Natalia, Patricia, Paula, Abigail, Analía, Brenda, Carlos, Dante, Eduardo, Eva, Flavia, Luisina, Lucio, Marcelo, Martin, Ignacio, Néstor, Omar, Santiago,

A los que confiaron en mí y aún lo siguen haciendo; Débora, Cecilia, Alexis, Vanina, Damián, Dolores, Miguel, Melisa, Verónica, Martina, Fernando, Florencia, Noelia y Gabriela.

Introducción

El presente trabajo se realiza en el marco de la culminación de la carrera de Lic. en Trabajo Social, en el cual se tratará de problematizar, desde una mirada crítica, el uso y consumo de psicofármacos en personas privadas de la libertad y que se encuentran alojadas en la penitenciaría de Boulogne Sur Mer; su impacto a nivel social, el proceso de medicalización que tiene como protagonistas a las personas detenidas y cuáles son los dispositivos que utiliza la institución para llevar adelante su abordaje en materia de Salud Mental. Por ello, hemos denominado a esta investigación: “La Salud Mental en contexto de encierro, el uso y consumo de Psicofármacos en las Personas Privadas de la Libertad en el Complejo Penitenciario de Boulogne Sur Mer”.

Se abordará la siguiente investigación desde el enfoque de los Derechos Humanos. El enfoque de los derechos humanos es una matriz de análisis que sitúa al ser humano tanto en su dimensión colectiva como individual, y concibe los derechos como los medios que garantizan a las personas el acceso, las capacidades y el ejercicio de la igualdad, la libertad y el bienestar.

El Trabajo versará sobre un campo altamente complejo y difícil por los dificultosos circuitos burocráticos que existen al momento de realizar una investigación. Por ello, centrarnos en cómo operan los procesos de medicalización como mecanismos de control social en este tipo de instituciones será nuestro mayor interés.

La cárcel representa uno de los terrenos más difíciles para la investigación social. No solo por lo antes expuesto sino también por las particularidades que existen para el ingreso de los investigadores, las restricciones temporo-espaciales y los significados propios de este entorno.

La relevancia de pensar el proceso de medicalización en los sujetos¹ detenidos puede estar relacionada con las consecuencias que dicho proceso genera en las personas encarceladas. En este sentido, y de acuerdo a la bibliografía consultada para este trabajo, el consumo de psicofármacos puede llegar a ser iatrogénico si se prolonga en el tiempo.

Fundamentamos la investigación y detallamos algunos antecedentes en relación a esta temática indagada en el capítulo I.

En el capítulo II abordaremos aspectos históricos, culturales, sociales, económicos, políticos, jurídicos y legales respecto de la institución carcelaria como de las normativas vigentes de la ley de salud mental y su implicancia institucional.

En el capítulo III describiremos la estrategia que utilizamos para analizar las características de un fenómeno que es parte de la realidad social y que nos permitan dar cuenta de los objetivos. Es decir, procedimientos para la construcción de la evidencia empírica y poder describir, objetivamente, cómo opera el consumo de psicofármacos dentro de los muros perimetrales y cómo inciden en los procesos de salud mental de las personas incluidas en esta investigación.

En el capítulo IV se analizan las entrevistas realizadas a los distintos profesionales que se desempeñan en esa institución. Su trabajo, su implicancia en los abordajes con las personas detenidas y sus conocimientos sobre Salud Mental.

A modo de conclusión, en el capítulo V, compartimos algunas reflexiones y propuestas para el trabajo social en contexto de encierro, como así también para la formación

¹ Para el presente trabajo se usará el lenguaje masculino ya que nuestra investigación está enfocada hacia ese grupo poblacional. Cabe destacar que no se desconoce la diversidad de género y que las dos personas detenidas en el complejo de Boulogne Sur consideradas trans no consumen psicofármacos, por lo tanto no son parte de esta investigación.

de estudiantes y profesionales del trabajo social en las problemáticas abordadas por la investigación.

CAPÍTULO 1

“La justicia se ve impedida en su aplicación cuando el sujeto traspasa los muros de la cárcel. Cuando se cierran las puertas perimetrales, la ley desaparece y el poder judicial se engeuece porque prima el poder institucional”. Marcos Costa

Fundamentación

¿Qué es la salud mental? Principalmente podríamos decir que es un proceso que está determinado por varios componentes, entre ellos, lo cultural, lo biológico, lo psicológico y lo socio económico. Y ¿Por qué no pensar la salud mental en contexto de encierro?

Contextualizarla desde este enfoque es visibilizar al sujeto detenido y reconocerlo desde una concepción de derechos. Pensar al sujeto, no desde una lógica de seguridad, sino de igualdad, donde todas las personas sean iguales en dignidad y a ser tratados con respeto y consideración, donde el acceso a la salud no sea por las circunstancias particulares de cada una. La persona que ha perdido la libertad transcurre un enorme proceso de angustia, de dolor, de pérdida de la identidad, de exclusión, de estigmatización, etc., y esto genera un importante impacto en la salud mental.

A eso se agregan las dificultades por la que atraviesa el sistema de salud de la Penitenciaría, por ejemplo: poco personal para ello, deterioro de las instalaciones sanitarias, escaso conocimiento desde lo procedimental y conceptual de la salud mental por parte del personal de seguridad (que agrava aún más la situación del detenido), insuficiente personal profesional para abordaje de salud mental debido a la elevada tasa de encarcelamiento y la alta incidencia en el consumo de psicofármacos de las personas detenidas lo que hace que, en muchos de los casos, la dolencia del encierro junto con la dificultad de atención singularizada, debido a la cantidad de personas detenidas, lleve a un padecimiento mental

El sistema de salud, en la Penitenciaría de Boulogne Sur Mer, no solo es endeble, sino que también, al igual que otras instituciones integrantes del sistema penitenciario, está atravesado por lógicas de seguridad y su funcionamiento no depende del Ministerio de Salud, como debería ser, sino del Departamento Administrativo de la Penitenciaría (perteneciente a la Dirección General de Servicio Penitenciario de la Provincia) quien destina los fondos de manera uniforme.

Tales así que en el año 2020, en noviembre, se crea una Unidad de Gestión para la Salud Penitenciaria que coordina con todas las áreas de sanidad de cada uno de los establecimientos penitenciarios de la provincia de Mendoza con el objeto de coordinar la asistencia de todas las unidades de detención.

Las cárceles no son una institución más, sino un sistema colmado de desazón, olvido y rechazo social. Son instituciones signadas por distintas formas de violencia donde, además, existe “una amplia gama de escenarios que van desde aquellos en los que las propias autoridades son directamente responsables de la muerte de los reclusos (como ejecuciones extrajudiciales, desapariciones forzadas y muertes producto del uso excesivo de la fuerza), hasta los supuestos en los que los propios reclusos recurren al suicidio, pasando por

situaciones en las que la muerte de la víctima se debió, por ejemplo, a la falta de atención médica oportuna” (CIDH, 2011, pag.6). Como es sabido “La Cárcel” es el lugar de castigo que poco tiene que ver con lo que reza la Constitución Nacional².

En este sentido es el Estado quien debe velar por la seguridad personal de la persona detenida ya que:

Toda persona privada de libertad tiene derecho a vivir en condiciones de detención compatibles con su dignidad personal y el Estado debe garantizar el derecho a la vida y a la integridad personal. En consecuencia, el Estado, como responsable de los establecimientos de detención, es el garante de estos derechos de los detenidos (CIDH, 2011, pág. 18).

Se ha de comprender de manera significativa que, los estudios en materia de salud mental sobre las personas que han sido privadas de ella, en el último tiempo, son escasos. Ya sea por falta de interés o probablemente por las propias dificultades de acceso que imponen instituciones de estas características. Esto genera, aún más, el interrogante sobre qué le depara a un sujeto que ha tenido que sortear parte de su vida lejos de su familia, su entorno, sin posibilidades de una mejor calidad de vida y, sin oportunidad que le permita visualizar proyecciones a largo plazo.

Recientemente se viene hablando en el plexo de la normativa vigente, la “Ley Nacional de Salud Mental N° 26657” (“en adelante LNSM”), entre las necesidades de las personas y la oferta de servicios, pensar como problema el estigma, la exclusión social y la

² Las cárceles de la Nación serán sanas y limpias, para seguridad y no para castigo de los reos detenidos en ellas, y toda medida que a pretexto de precaución conduzca a mortificarlos más allá de lo que aquélla exija, hará responsable al juez que la autorice art. 18 C.N

violación a los derechos humanos en el campo de la salud mental, desmanicomializar instituciones para dar una respuesta integral a la problemática de la misma. Hoy, más que nunca, creemos necesario poner el foco sobre las prisiones y la preocupación de considerar la posibilidad, quizás, que las cárceles terminen siendo un sustituto de aquellos manicomios que gran parte de la sociedad los considera inhumanos. Así, en Estados Unidos, según Lutz (2013):

La política de vaciamiento de los hospitales psiquiátricos en la década de los ochenta provocó un incremento de la población encarcelada. Arrojadados a las calles, los enfermos mentales constituyen una amenaza para la paz social. El mismo Estado que los liberó de sus salvaguardias médicas los manda ahora encarcelar con el fin de sanear el paisaje público. Este higienismo punitivo contribuye a mezclar indistintamente individuos provenientes de los bajos fondos de la sociedad. Una parte significativa de los reos sufren trastornos mentales pero solamente una irrisoria minoría recibe tratamiento psiquiátrico con el argumento falaz de que el policía y el celador son eficaces terapeutas en los tiempos neoliberales. (p.187-88)

El profesor e investigador de la Universidad Autónoma de México, Bruno Lutz (2013) afirma que: “Las prisiones son incubadoras de enfermedades infecciosas, el callejón sin salida de las prostitutas y de los drogadictos, el refugio de los indigentes y la casa de los locos.” (pág.187). En este sentido se puede decir que la institucionalización va produciendo pérdida. Pérdida de la identidad, aislamiento, estigmatización. Pérdida de lazos sociales. Privación de la intimidad. Lo que nos lleva a sostener la necesaria advertencia de que la desmanicomialización no se convierta en sinónimo de encarcelación.

Antecedentes

Para comenzar, podemos ubicar el inicio de la Salud Mental en la Argentina dentro de la línea teórica del “alienismo”, en donde el tratamiento se realizaba mediante el encierro de las personas, los “locos peligrosos”. En 1854 se creó -en Buenos Aires- el Hospicio de Mujeres -hoy llamado Braulio Moyano- y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital José T. Borda (Machado & Martin, 2016, pág. 1)

Por ello, hablar de salud mental en contexto de encierro remite a conocer los dispositivos vigentes en la República Argentina como así también sus intervenciones en problemáticas sociales complejas.

Fue así que,

Dentro del campo penitenciario, se desarrolló una Unidad dentro del Servicio Penitenciario Federal, especializada en Salud Mental, llamada Unidad N° 20. Su historia se remonta al año 1967, cuando los internos con enfermedades mentales que se encontraban bajo la supervisión del Instituto de Clasificación de Cárceles de Encausados fueron derivados al Pabellón “Lucio Meléndez”, ubicado en el Hospital Borda (Machado & Martin, 2016, pág. 1).

Pero no fue hasta el año 2008 que se creó el “Proyecto de Reforma de la Unidad 20”, que surgió a partir del informe “Vidas Arrasadas” realizado por el Centro de Estudio Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights International (MDRI), en el cual se documentan las violaciones a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental que se encontraban detenidas en dicha unidad.

Y, en el año 2011 se creó y presentó, por el Ministerio de Justicia y DDHH de la nación y el Ministerio de Salud de la nación, el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA), “enmarcándose en la ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) que, comprometida de manera seria e inteligente con los derechos humanos se propone profundizar y avanzar en la protección, preservación y mejoramiento de la salud mental de las personas privadas de la libertad” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2011, prólogo, VII)

. Este programa dispone de diversos dispositivos: Evaluación, Tratamiento y Egreso; con actividades y finalidades diferentes y específicas. Como plantea el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (2011), los mismos se basan en:

➤ El dispositivo de Evaluación recibe requerimientos de las autoridades judiciales como de las autoridades de los establecimientos penitenciarios por indicación de sus equipos de salud mental.

➤ El dispositivo de Tratamiento se organiza alrededor de tres instancias; una la de Atención a personas con Episodios Agudos, otra la de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos y, una tercera, Residencial para personas con Declaración de Inimputabilidad (artículo 34 del Código Penal)

➤ El dispositivo de Egreso se caracteriza por ser abierto, ajeno al sistema penal y debe contar con Casas de Medio Camino y con Equipos de Seguimiento Comunitario.

Si bien el programa

Se está haciendo en el sentido de que en ese llevarse a cabo se produce. No hay equipos constituidos, se están armando y se están aprestando según el espíritu que guarda el programa. Aunque cabe consignar que bajo la premisa de sanitizar la

asistencia de la salud mental en la cárcel es que se ha emprendido PRISMA (Martínez, 2011, pág. 5).

Claro está que para llevarlo a cabo es necesario considerar el contexto de abordaje en el marco de una política integral de salud mental. Aunque también reconocen que es necesario “ir interpretando el efecto de esta inclusión sobre la premisa sanitizar. Si lo sanitario, a modo de derrame, se filtra en lo carcelario o si lo carcelario le inoculara sus genes a lo sanitario” (Martínez, 2011, pág. 5).

Empleando las palabras de los licenciados en trabajo social Poblet Machado y D. Martín (2016), quienes trabajan en el programa dicen:

Las personas con problemáticas de salud mental suelen encontrarse en una fuerte situación de vulnerabilidad social. Suelen poseer redes sociales frágiles, contando con pocas personas que puedan comprometerse a asistir, sean familiares u otros referentes sociales significativos. También suelen enfrentar grandes dificultades económicas, impedimento para que puedan realizar un tratamiento prolongado, discontinuadas ya sea por no poseer recursos para realizar un abordaje en el ámbito privado, como provocándoles problemas en el acceso a centros asistenciales públicos (pág.2).

Por ello, el trabajo en las cárceles, sobre todo la de Boulogne Sur Mer, nos debe interpelar cuanto se conoce sobre la temática de salud mental o si, realmente, existen recursos disponibles para dichos abordajes.

Si bien el abordaje en Salud mental en las cárceles de Argentina carece de registros o documentación que dé cuenta de los mismos, el punto de partida lo constituye el marco normativo de la ley 26.657

Creemos que los avances en materia de salud mental en las Personas Privadas de la Libertad son escasos, por lo que su estudio resulta relevante y de gran actualidad. Porque humanos nos queremos pero sobre todo conscientes de ello.

CAPÍTULO 2

“No hay barrera, cerradura, ni cerrojo que puedas imponer a la libertad de mi mente”

V. Woolf

Características de las cárceles de Argentina

La problemática de las cárceles en Argentina ha sido objeto de estudio de parte de instituciones y organizaciones públicas y privadas, cuyos informes, irremediablemente, arribaron siempre a la misma conclusión: “el Servicio Penitenciario Argentino acarrea carencias severas que prácticamente anulan la posibilidad de integración social de los internos” (Informe defensor del pueblo, 2006)

Quizá nos dan hoy vergüenza nuestras prisiones.

El siglo XIX se sentía orgulloso de las fortalezas que construía en los límites y a veces en el corazón de las ciudades. Le encantaba esta nueva benignidad que reemplazaba los patíbulos. Se maravillaba de no castigar ya no sólo a los cuerpos y de saber corregir en adelante las almas. Aquellos muros, aquellos cerrojos, aquellas celdas figuraban una verdadera empresa de ortopedia social. A los que roban se los encarcela; a los que violan se los encarcela; a los que matan, también. ¿De dónde viene esta extraña práctica y el curioso proyecto de encerrar para corregir, que traen consigo los Códigos Penales de la época moderna? ¿Una vieja herencia de las mazmorras de la Edad Media?

Más bien una tecnología nueva: el desarrollo, del siglo XVI al XIX, de un verdadero conjunto de procedimientos para dividir en zonas, controlar, medir,

encauzar a los individuos y hacerlos a la vez “dóciles y útiles”. Vigilancia, ejercicios, maniobras, calificaciones, rangos y lugares, clasificaciones, exámenes, registros, una manera de someter los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas, se ha desarrollado en el curso de los siglos clásicos, en los hospitales, en el ejército, las escuelas, los colegios o los talleres: la disciplina. El siglo XIX inventó, sin duda, las libertades, pero les dio un subsuelo profundo y sólido — la sociedad disciplinaria de la que seguimos dependiendo (Foucault, 1975, p. 4)

Las Prisiones en Argentina dependen de servicios penitenciarios que pueden responder al sistema federal, que cuenta con prisiones en todo el país, o a los servicios penitenciarios provinciales, que corresponden al sistema de justicia de cada provincia. Actualmente, en la Argentina hay 307 unidades de detención. La jurisdicción que más unidades tiene es el Servicio Penitenciario de la Provincia de Buenos Aires (SPB) con 63, seguido por el Servicio Penitenciario Federal (SPF) con 33 unidades. Estas últimas están distribuidas en CABA, Buenos Aires, Jujuy, Salta, Formosa, Santiago del Estero, Chaco, Misiones, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Chubut. Las 211 unidades restantes se encuentran distribuidas entre todas las provincias, y dependen de los servicios penitenciarios de cada jurisdicción. (SNEEP, 2019).

En la Argentina existen instituciones penitenciarias a nivel federal -el Servicio Penitenciario Federal- con unidades ubicadas en todo el país y a nivel provincial –las veintitrés provincias poseen instituciones penitenciarias propias, organizadas generalmente bajo la forma de un servicio penitenciario provincial o esquema análogo. Además, en nuestro país se ha constatado en los últimos años una creciente cantidad de casos de personas privadas de libertad alojadas en lugares no aptos a tal

fin, donde en algunas de ellas, según informes de organismos internacionales como la CIDH, se han vulnerados derechos de manera sistemática.

Perfil de la Población Privada de Libertad

En primer lugar, se observa que, según el Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia, (en adelante CELIV),

En el año 2019, la mitad de los individuos privados de libertad tiene 33 años o menos. En relación al año 2013, se percibe un ligero incremento en la edad de la población carcelaria (la mediana asciende de 32 a 33 años), es decir, se destaca una leve tendencia hacia el envejecimiento de la población dentro de la prisión. (Informe CELIV, 2020)

Los resultados respecto al nivel educativo muestran que la población carcelaria mayormente tiene “secundario incompleto”. En términos generales,

Se observa un leve aumento del nivel educativo de los individuos privados de libertad: en el 2019, hay un 5,7% de personas con terciario o universitario, mientras en el 2013 esta proporción se reducía un 3,5%. Al mismo tiempo, en el 2019, se reduce la proporción de personas en los tres niveles inferiores (no fue a la escuela y nivel primario -completo e incompleto-) (CELIV, 2020)

Según el informe de este organismo:

Los individuos en contextos de encierro han tenido un proceso de socialización carenciado, caracterizado en muchos casos por la presencia de violencia familiar (un 36,8% ha sido víctima de violencia directa y/o testigos de agresiones entre los padres), por una desvinculación temprana de los hogares antes de los 15 años de edad (un 33,2%) y por el consumo de drogas y/o alcohol en el hogar durante su infancia

(un 32,6% de los individuos proviene de un entorno familiar caracterizado por el consumo frecuente de drogas y/o alcohol). Asimismo, el texto manifiesta que los individuos privados de libertad han estado familiarizados con el entorno delictivo a edades tempranas: un 58,6% de los individuos tenía mejores amigos que cometían delitos cuando era chico/a, un 55,2% ha crecido en barrios con presencia de bandas delictivas y, por último, un 37,5% de los individuos ha tenido algún familiar preso. Todos estos factores están asociados a una mayor actividad delictiva “(pág.14).

La justicia penal “se legitima tras los muros de la cárcel para administrar los castigos, habilitando al uso sistemático de la violencia sobre los cuerpos y particularmente, sobre las almas” (Foucault, 1984).

Hasta aquí se muestra casi indefectiblemente que la justicia penal ha apuntado todo sus aparatos legales hacia un grupo de personas carenciadas económicamente, hacia aquellos que no tienen voz ni “cara visible”. Un castigo heterogéneo para cada uno según género, sexo o edad.

He aquí, pues, un suplicio y un empleo del tiempo.

No sancionan los mismos delitos, no castigan el mismo género de delincuentes. Pero definen bien, cada uno, un estilo penal determinado. Menos de un siglo los separa. Es la época en que fue redistribuida, en Europa y en los Estados Unidos, toda la economía del castigo. Época de grandes "escándalos" para la justicia tradicional, época de los innumerables proyectos de reforma; nueva teoría de la ley y del delito, nueva justificación moral o política del derecho de castigar; abolición de las viejas ordenanzas, atenuación de las costumbres; redacción de los códigos "modernos" (Foucault, 1975, pág. 7)

En este sentido Foucault (1975) dirá que

El castigo tenderá, pues, a convertirse en la parte más oculta del proceso penal. Lo cual lleva consigo varias consecuencias: la de que abandona el dominio de la percepción casi cotidiana, para entrar en el de la conciencia abstracta; se pide su eficacia a su fatalidad, no a su intensidad visible; es la certidumbre de ser castigado, y no ya el teatro abominable, lo que debe apartar del crimen; la mecánica ejemplar del castigo cambia sus engranajes. (pág. 15)

Breve Historia de la Cárcel de Mendoza

La primera cárcel de Mendoza data de comienzos del año 1864. A fines del siglo XIX, luego del terremoto de 1861, Mendoza se encontraba con graves problemas sanitarios (epidemias de difteria, cólera y sarampión) y aluvionales (inundaciones).

En el proceso de la construcción de la nueva ciudad, la penitenciaría había quedado ubicada dentro de los límites de la misma (en donde hoy se encuentra el Hotel Park Hyatt), lo que también significó otro factor negativo, que necesitaba urgente solución. En 1895, bajo el gobierno de Moyano, Emilio Civit, Ministro de Obras y Servicios Públicos, promueve la ley número 3 para poblar el Oeste.

El edificio fue situado en la manzana n° 44 de la Ciudad Nueva, frente a la plaza Independencia, ocupando un lugar central dentro del nuevo trazado. De hecho, esa ubicación abre en algunos medios locales una polémica respecto del recinto carcelario (Archivo histórico de la provincia de Mendoza).

Así “Fueron transcurriendo los años y fue entonces en 1910 que con la inauguración del actual Complejo Penitenciario N°1 Boulogne Sur Mer, 8 hectáreas

donadas por Don Emilio Civit con la única condición que esos terrenos fueran empleados para la construcción de una cárcel cuya piedra fundacional data de 1905 así comenzó en la provincia nuestro histórico servicio penitenciario a dar sus primeros pasos” (SNEEP, 2019).

Desde su construcción (1905), la cárcel fue creada para albergar 500 personas, hoy hay más de 1300 personas lo que hace que la misma se vea hacinada por la falta de espacios. Además, una de la gran falencia que tiene este tipo de instituciones está relacionada con el tema Salud. Y a esto hay que sumarle la resistencia en la atención, por parte del sector público, de que una persona privada de la libertad sea atendida en espacios públicos.

Hitos sobre la Salud Mental

Resulta necesario historizar, para poder comprender los procesos que se han desarrollado en el campo de la salud mental en el contexto general, así como también qué influencia ha tenido el encierro y su impacto en la salud mental de las personas privadas de la libertad.

En 1990, durante la **Conferencia acerca de la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (Declaración de Caracas)**, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se identifica que la atención psiquiátrica tradicional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, integral, participativa, preventiva, continua y descentralizada. Más bien, aísla a la persona con padecimiento

mental de su medio, toma al hospital psiquiátrico como única modalidad asistencial, crea condiciones desfavorables y pone en peligro el cumplimiento de los DDHH. A partir de este análisis, se declara que la reestructuración de la atención primaria psiquiátrica debe estar ligada a la atención primaria de la salud

En 1991, se adoptan los **Principios De Protección De Los Enfermos Mentales (EM)**, Adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, buscando la aplicación de los DDHH de manera universal, sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional, étnico o social, estado civil, etc. de todas las personas con padecimiento mental.

En el año 2004, se redacta la **Declaración de Montreal sobre La Discapacidad Intelectual**. En ella se insta a los Estados a proteger, respetar y garantizar que todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales de las personas con discapacidades intelectuales sean ejercidos de conformidad con las leyes nacionales y con las convenciones, declaraciones, normas y estándares internacionales de derechos humanos.

En 2005, se lleva a cabo la conferencia regional en Brasil, en la que se crean los **Principios de Brasilia: Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas**. Se reitera lo postulado en la Declaración de Caracas, ponderando la intervención multidisciplinaria, el establecimiento de redes de servicios comunitarios, el fortalecimiento de los vínculos en la atención primaria y la inclusión de los familiares en la planificación de programas (Principios de Brasilia, 2005) .

En 2010, se establece el **Consenso de Panamá** en el cual se llama a los gobiernos y demás actores nacionales a impulsar la implementación de la estrategia y plan de acción sobre salud mental, adaptándose a la situación de cada país. Se resuelve tener como prioridad la salud mental en las políticas públicas, el acceso universal y equitativo a los sistemas de atención, el aumento y fortalecimiento de los recursos humanos (Cátedra de Salud Mental Comunitaria, 2017).

Avances y Retrocesos

Específicamente en Argentina se producen varios hechos, que implican avances y retrocesos, en materia de salud mental, antes y después de la sanción de la LNSM. “Después del arrasamiento de los '90 y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003 el Gobierno Nacional produjo condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado, marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Cumpliendo con los pactos de los organismos internacionales en los distintos acuerdos regionales, Argentina genera, en el año 2010, una Mesa Federal de Salud Mental en donde participan referentes intersectoriales (del Ministerio de Salud, efectores de salud mental de instituciones públicas y privadas, familiares y usuarios/as, entre otros/as) en distintas zonas del país” (Xumek, 2018, pág. 4.).

Estos cambios de paradigma respecto del abordaje y participación sobre la salud mental llevan aparejado una ampliación de los derechos de las personas con padecimiento mental y clarifica la concepción respecto de las capacidades de los/as sujetos que se encuentran bajo esta situación.

Este proceso que pareciera se empezó a gestar después del año 2010 no es sino una consecución de trabajos hechos en otras ciudades como Rosario, durante los años

2007-2009, a los fines de dar respuesta a la violencia, el padecimiento psíquico y la vulneración de derechos en niñas y niños. Es de notar que antes de la promulgación de la LDSM ya se estaban cuestionando modelos de abordaje (como la de Rosario) y reformulación en favor de tipos de cuidado y que sean respetuosos con los derechos de las personas.

Antes de la LNSM en Rosario,

Se consolida un dispositivo de tránsito ante la necesidad de transformar los dispositivos de asistencia a las problemáticas de la salud mental en niñas y niños existentes en la provincia. Hasta ese momento esta jurisdicción contaba con escasos programas alternativos intersectoriales para este grupo poblacional y las respuestas. Por otro lado, era imperioso cuestionar también, aquellas instancias (estatales, ONGs, etc.) que surgían contrapuestas a los grandes institutos, pero que en la práctica instalan la idea de una fragmentación en las acciones asistenciales, que en relación a las problemáticas complejas, reafirmaba en la racionalidad de sus criterios de (no) admisión, la idea del “no es para acá” como una nueva práctica expulsiva y manicomial (Faraone. 2015, pág., 81)

Si bien se estaban produciendo estrategias alternativas y sustitutivas a las medidas de encierro, como la experiencia llevada en la Ciudad de Rosario, no deja de manifestarse, algún tipo de violencia simbólica respecto de aquellos que pueden y tienen derecho a la atención y aquellos que no lo tienen. Entendiendo a la violencia simbólica como formas internalizadas de insulto que se legitiman como naturales y merecidas. En este sentido Bourdieu (1987) dirá que es un poder legitimador que suscita el consenso tanto de los dominadores como de los dominados, un poder que

construye mundo, en cuanto supone la capacidad de imponer la visión legítima del mundo social y de sus divisiones (pág.12)

En términos más estrictos” los agentes sociales son agentes conscientes que, aunque estén sometidos a determinismos, contribuyen a producir la eficacia de aquello de los determina, en la medida en que ellos estructuran lo que los determina” (Calderone 2004, pág. 5)

El Paramí surge en la ciudad de Rosario ante la necesidad de transformar los dispositivos de asistencia a las problemáticas de la salud mental existentes en esa provincia. Hasta ese momento esta jurisdicción contaba con escasos programas alternativos intersectoriales para este grupo poblacional y las respuestas institucionales existentes, desde el Estado, tenían carácter de tipo custodial y tutelar.

Por otro lado, era imperioso cuestionar también, aquellas instancias (estatales, ONGs, etc.) que surgían contrapuestas a los grandes institutos, pero que en la práctica instalaban la idea de una fragmentación en las acciones asistenciales, que en relación a las problemáticas complejas, reafirmaba en la racionalidad de sus criterios de (no) admisión, la idea del “no es para acá” como una nueva práctica expulsiva y manicomial:

No es para acá, es para una institución de adictos; o para adictos psiquiátricos; o para jóvenes delincuentes y adictos; o para adolescentes delincuentes, violentos, adictos, psiquiátricos... No es para acá, no es psiquiátrico, es adicto. No es para acá, es psiquiátrico. No es para acá, es menor. No es para acá, es su *modus operandi*. No es para acá, es un enfermo. No es para acá, es un caso social. No es para acá, es su *modus vivendi*. No es para acá, es Dual pero no está en crisis. No es para acá, está en crisis. No hay demanda, no es para acá. No es para acá, es de Salud. No es para acá,

son presos. No es para acá, no son punibles. No es para acá, no es un paciente... No sé dónde, pero no es para acá (Castaño, 2009).

El gran desafío para la Dirección de Salud Mental fue la construcción de un dispositivo en la comunidad.

Y como contra respuesta al “no es para acá” es que se creó el Para Mí, una casa ubicada en un barrio céntrico de la ciudad de Rosario, y que recibió este nombre en referencia a lo que podría ser un parador, un lugar de tránsito. El parador contaba con espacios de vida cotidiana (cocina, dormitorios, comedor, baños, etc.), espacio de trabajo (espacio de reunión/consultorio/taller) y espacio abierto (patio, lavadero); e incluía las siguientes modalidades asistenciales: internación, hospital de día (con posibilidad de media jornada o jornada completa), hospital de noche (Faraone, 2015. pág., 82)

Aunque lo que había sido creado como un parador para la Dirección de Salud Mental, se transformaría, luego, en una terminal para el Poder Judicial.

El devenir del Paramí pone en cuestión lo que históricamente la psiquiatría legal clásica había instituido... En este contexto, la necesidad de desmontar el parador por medio del cierre del Paramí fue identificada como un límite a ser superado en la experiencia de sustitución de las lógicas manicomiales, un giro en el proceso des/institucionalizador. El arribo a esta respuesta, que no se encontraba en el espíritu de la construcción de esa experiencia, se debió a que la situación de sobre vulneración de los derechos de estas niñas y niños hacía que el cumplimiento de medidas custodiales, en el marco de la justicia, modificaran radicalmente el sentido del dispositivo creado por la Dirección de Salud Mental.

Si bien el equipo de abordaje estaba constituido por profesionales de distintas áreas como enfermeros, operadores comunitarios, psicólogos, médicos, trabajadores sociales, profesores de educación física, profesores de teatro y abogado, los juzgados trataron de intervenir en todo momento poniendo en peligro el dispositivo y su lógica de creación, transformándose en una terminal para el poder judicial ya que estos asociaban al padecimiento mental con la peligrosidad

Un Integrante del equipo de salud mental del “Parami” manifestaba lo siguiente en relación al dispositivo:

Lo importante del Paramí fue que sin ser un espacio de cronificación, pero viendo que podía convertirse en eso por la falta de políticas sociales, principalmente respecto de estas situaciones, decidimos deconstruirlo y renovar la apuesta. No deja de ser maravilloso que no nos quedamos encerrados ni cronificados por algo que inventamos y construimos, que cuando vimos que no daba las respuestas necesarias a la población, resolvimos su deconstrucción. (Faraone, 2015, p. 85)

A partir de la sistematización de estos espacios, más las normativas internacionales, en abril de 2010 bajo la presidencia de la Dr. Cristina Fernández de Kirchner, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y en noviembre del mismo año el Congreso de la Nación sanciona la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, con carácter de orden público, siendo su cumplimiento obligatorio, sin necesidad de adhesión de las jurisdicciones. En el año 2013, a través del Decreto N° 603/2013 se reglamenta la LNSM.

A partir de los hitos históricos -mencionados anteriormente- se logra que se comience a desarrollar un cambio de paradigma respecto de concepciones y abordajes en salud mental, que en nuestro país culminan con la sanción de la LNSM.

En definitiva, a la LNSM se llega por una serie de acciones y de actores y de luchas que tienen más de 30 años y su detonante fue una denuncia de un organismo de Derechos Humanos que es el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y donde se escribe un texto en conjunto con otro organismo internacional, el MDRI (Mental Disability Rights International) llamado “vidas arrasadas” del año 2007, donde muestra las violaciones masivas de derechos de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos, que para ese entonces dicho organismo calculaba más de 20 mil personas internadas. Ese fue el disparador de la nueva normativa en materia de salud mental.

Esta ley fue defendida y militada por varios actores, Según la Doctora Alicia Stolkiner en una entrevista radial, esta manifiesta que “se puede reconocer dos emergentes que cobraron significación en esta lucha que no estaban y son la “organización de usuarios y familiares” y “los Organismos de Derechos Humanos” ya que, según sus palabras, todo se reducía a una puja corporativa entre profesiones y hegemonía psiquiátrica.

Los Derechos Humanos en la Cárcel de Mendoza.

La cárcel mendocina representa una de las instituciones más compleja de las últimas décadas en la argentina y su coyuntura lo marca el año 2004 donde se produjo unos de los hechos más aberrantes en la historia del país: el descuartizamiento de una Persona privada de la libertad en manos de otros detenidos.

El 29 de mayo de 2003, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos recibió una petición presentada por varios internos de la Penitenciaría de Mendoza en la cual se alega la responsabilidad de la República de Argentina por la violación de

los derechos de los internos a la integridad física, a la salud y a la vida. (CIDH, 2005, pág. 1)

El 21 de julio de 2004, la Comisión recibió por vía electrónica una solicitud de medidas cautelares en el presente asunto a favor de los internos alojados en la Penitenciaría de la Provincia de Mendoza.

Los peticionarios sostienen que el Estado es responsable de violaciones a sus derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal puesto que aproximadamente 2400 personas se encuentran alojados en un penal con capacidad para 600 internos, de tal forma que 4 o 5 internos se encuentran en celdas de 3 x 2 metros cuadrados. Alegan también que carecen de baños, duchas, comida suficiente y atención médica adecuada. (CIDH, 2005, pág. 2)

Según testimonios escritos preparados por los internos en el mes de septiembre de 2004, las condiciones de vida en que estos se encuentran reclusos son deplorables y convierten en degradante su calidad de vida, ya que: no hay baños en el interior de los pabellones, los internos tienen que realizar sus necesidades fisiológicas en bolsas de nylon o de plástico y/o en botellas de plástico, los excrementos son arrojados al aire libre contaminando el ambiente.

Los sucesos mencionados son de conocimiento público, ya que han sido cubiertos extensamente por la prensa local, así como de las autoridades estatales, las cuales no habrían adoptado las medidas necesarias para responder en forma adecuada.

Si bien la situación ha cambiado, en cuanto a disminución de hechos violentos, aún siguen habiendo grandes falencias tanto edilicias como en materia de políticas públicas. El último informe llevado a cabo por ACIFAD (Asociación Civil de

Familiares Detenidos, 2020) demuestra las irregularidades y las condiciones deplorables en la que se encuentran las cárceles. El relevamiento indica hacinamiento extremo; “son muchos los casos en los que el espacio por persona es menos de 10 veces lo mínimo establecido por las normativas internacionales. Es una realidad que supera tanto la idea de hacinamiento que hablamos de encimamiento” (pág. 3).

Dicho relevamiento da cuenta de las condiciones de hacinamiento extremo, que multiplican varias veces la cantidad máxima de personas admitida por m² de espacio de encierro.

En estas condiciones, cuando se multiplica por 2, por 3 o hasta por 10 veces la cantidad mínima de personas por metro cuadrado, se hace necesario revisar el concepto de hacinamiento y ensayar uno propio de la situación carcelaria argentina: el encimamiento. Se trata, por ejemplo, de situaciones en las que las personas detenidas son forzadas a vivir en menos de 1m² por persona y a dormir compartiendo un colchón entre 2 o más personas. (ACiFAD, 2020, pág. 9).

En este sentido, el Mecanismo Local de Prevención de la Tortura en Mendoza y organizaciones de la sociedad civil informaron a la CIDH (2020) que, a pesar del aumento de la población en los últimos años (de un 53% de 2010 a la fecha) y de que no se habían construido o ampliado centros de detención, sino que únicamente se habían colocado “más [...] camas dentro de un mismo espacio físico”, el gobierno reportaba prácticamente el mismo nivel de hacinamiento (12%) en 2010 y en 2016. Sobre este aspecto, la CIDH recuerda que la capacidad de alojamiento de los centros de privación de libertad debe formularse teniendo en cuenta criterios como el espacio real disponible por recluso, la ventilación, la iluminación, la calefacción, el acceso a

los servicios sanitarios y el número de horas que los internos pasan encerrados en sus celdas y al aire libre, así como otros elementos básicos de infraestructura como clínicas médicas, y espacio y equipo necesarios para el trabajo, educación, y recreación. Como mínimo, cada interno debe contar con espacio suficiente para dormir acostado, para caminar libremente dentro de la celda o dormitorio, y para acomodar sus efectos personales (OEA, 2016).

Hacinamiento, malas condiciones de higiene, falta de atención médica, falta de agua; las autoridades no desinfectan las celdas, las cuales se encuentran llenas de chinches, piojos, hongos y sarna; las autoridades no desinfectan los pisos del lugar en donde se bañan las personas privadas de la libertad, y estos tienen que comer, defecar y orinar en el mismo lugar donde se encuentran encerrados.

¿Si todo esto pasa en las penitenciarías, cuanto más los procesos de desatención en salud mental?

Funciones del Servicio General Penitenciario de Mendoza

La seguridad y la vigilancia hacen referencia a la obligación del servicio penitenciario de evitar la fuga de presos y mantener el orden y el control en los establecimientos penitenciarios. Entre los medios convencionales de seguridad figuran los muros, los barrotes, las cerraduras, las puertas, los detectores de movimiento, otros dispositivos tecnológicos y las zonas estériles perimétricas.

Entre los procedimientos de vigilancia encontramos la clasificación y evaluación de los sujetos detenidos, los registros y las instrucciones operativas permanentes.

La Dirección General del Servicio Penitenciario de Mendoza es el órgano técnico responsable de la conducción operativa y administrativa del Servicio Penitenciario Provincial. Tiene a su cargo los establecimientos e institutos, destinados al cumplimiento de los objetivos fijados, así como el control de las disposiciones que se relacionen con su función, que surjan de leyes y las normas que se dicten en consecuencia a nivel provincial y nacional. Las funciones y atribuciones de esta institución son:

Procurar la reinserción social de los condenados a penas privativas de libertad, de conformidad con lo establecido por la Ley 7976, art.5 donde establece que las funciones de la Dirección General del Servicio Penitenciario son:

Velar por la seguridad y custodia de las personas sometidas a procesos y de las condenadas a penas privativas de la libertad, garantizando sus derechos fundamentales;

Adoptar todas las medidas que requiera la protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad bajo su jurisdicción, en particular su vida e integridad física.

Organizar y ejecutar la política penitenciaria que fije el Poder Ejecutivo Provincial a través de la Subsecretaría de Justicia y Derechos Humanos;

Asesorar al Poder Ejecutivo Provincial en todo asunto que se relacione con la política penitenciaria;

Cooperar con otros organismos en la elaboración de una política de prevención de la delincuencia.

Aun así ¿será posible alcanzar una política de atención en salud mental en los ámbitos penitenciarios?

CAPÍTULO 3

“El sufrimiento, en cierto modo, deja de ser sufrimiento cuando encuentra sentido”

Viktor Frankl

Estratégica Metodológica

El desafío es poder interpelar sobre la situación actual de la cárcel de Mendoza, en particular el caso del Complejo Penitenciario Boulogne Sur Mer, y sus intervenciones en materia de salud mental, sus estrategias, dispositivos y proceso de medicalización de los sujetos en contexto de encierro y qué impacto tendrían esos procesos en esas trayectorias. Para ello, nos hemos de plantear una estrategia que nos permita dar cuenta de los objetivos. Es decir, procedimientos para la construcción de la evidencia empírica. De este modo se trabajará con una estrategia cualitativa de investigación.

Estrategia de análisis

Por análisis de datos cualitativos se entiende el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones (Spradley, 1980, p. 70).

El problema a abordar es complejo, por ello es necesario estudiar la historicidad, en tanto entendemos que los hechos sociales no están aislados, ni pueden comprenderse fuera de su contexto histórico y de las múltiples determinaciones de lo real. Así,

El objeto y su reflejo en la conciencia humana deben ser abordados en todos sus aspectos: en su desarrollo, en su movimiento, en sus relaciones esenciales con otros objetos a través de la aparición y solución de contradicciones, en sus tránsitos cuantitativos como cualitativos, etc.” (Konstantinovf, 1962, p. 291).

Análisis documental: consideramos que el análisis documental es un proceso de búsqueda y selección de fuentes de información sobre el problema de investigación. Estas fuentes incluyen diferentes tipos de obras de referencia, en papel o en soporte electrónico, como libros, artículos, informes, publicaciones, índices, diccionarios, enciclopedias y bases de datos, entre otros.

La revisión bibliográfica y documental, en esta investigación, permite conocer las producciones realizadas con anterioridad sobre conceptos que son analizados e interrelacionados. Diversos/as autores/as son tomados/as para comparar sus producciones con la indagación empírica. Para ello utilizamos El plan de acción sobre salud mental 2015-2020 de la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación por los Derechos de la Salud Mental de la ADESAM y la Guía de Derechos en Salud Mental del mismo Organismo, el Informe de la Xumex sobre la situación de los derechos humanos en Mendoza y el informe de la ACIFAD sobre las torturas en las cárceles.

La experiencia del ejercicio profesional en el penal del gran Mendoza nos parece otro pilar fundamental sobre el cual indagar a los fines de la investigación. Las voces de los/as profesionales nos pueden aproximar a dilucidar nuestras inquietudes en relación al ejercicio e intervención profesional en ámbitos de privación de la libertad.

Conceptos Claves

Para este estudio es necesario resaltar algunos conceptos claves que se irán trabajando a lo largo de la investigación y de la cual iremos desarrollando a lo largo de todo el proceso.

La Ley de Salud Mental define a la misma como

Un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley 26657, art. 3)

Por medicalización se entiende al “proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (Sánchez y otros, 2011, pág. 1).

Se denomina internos/as a las personas condenadas y sujetas a medida de seguridad que se aloje en instituciones previstas en la ley (Ley 24660, art 57)

La Privación de la libertad es:

Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control *de facto* de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas. (CIDH, 2011, p. 14)

Por “penitenciaría”, “prisión” o “centro penitenciario” se entiende aquellos establecimientos destinados a personas condenadas penalmente (CIDH, 2011, pág. 17).

Las instituciones totales se definen como “lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo de tiempo apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001, pág. 13).

La institucionalización se considera

Resultado y producto de la acción de los sujetos. Resultado en tanto se produce a través de habituaciones que gozan de cierta aceptación, y producto porque al ser aceptada la actividad, ésta se reglamenta y se reproduce bajo normas (explícitas o no) que rigen el funcionamiento de un campo determinado de la actividad social. Este proceso implica a la cultura, en tanto ésta consiste en el conjunto de producciones materiales y simbólicas que otorgan sentido a un grupo social. (Alcaraz, 2000, pág., 315)

Por control social suele entenderse a

La capacidad del grupo social para lograr que sus miembros sigan determinados comportamientos y para sancionar los comportamientos prohibidos. El control social es la expresión más directa del poder del grupo sobre sus miembros. Poder social y control social son términos que se co-implican, pues quien tiene el poder ejerce el control y viceversa, quien ejerce el control es el que tiene el poder. (Gregorio, 1997, pág. 165)

Un psicofármaco es “una sustancia química que ejerce una cierta influencia en los procesos de la mente. Estos agentes inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta, pasando por la percepción” (Merino, 2013).

El concepto de desmanicomialización hace referencia a

Experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyos objetivos simboliza en una redefinición de prácticas en el área de la salud mental opositoras a la institución psiquiátrica como instancia de internamiento crónico. Ésta redefinición se basa principalmente en el cierre definitivo de la institución manicomial y en la transformación total del modo de atención de la práctica psiquiátrica con la finalidad de recrear o crear -si fuera necesario- redes vinculares y sociales que posibiliten una contención extra muros. (Faraone, 2015, p., 2)

Los derechos humanos son derechos y libertades fundamentales que tenemos todas las personas por el mero hecho de existir. Respetarlos permite crear las condiciones indispensables para que los seres humanos vivamos dignamente en un entorno de libertad, justicia y paz. “El derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la libertad de opinión y de conciencia, a la educación, a la vivienda, a la participación política o de acceso a la información son algunos de ellos” (Amnistía Internacional, 2021).

Problema de investigación

Nuestra inquietud surge por la circulación desregulada de psicofármacos en el complejo de Boulogne Sur Mer. Pero, específicamente, que abordajes realizan los profesionales a las personas con consumo sostenido de psicofármacos. Cómo su acceso se encuentra mediado por personal no idóneo quien decide y dispone de los medicamentos como una forma de control del detenido. De ahí es que nos surge la idea de indagar sobre su consumo, estrategias de abordaje por parte de los profesionales y su impacto social que tendría, a mediano y largo plazo, en los sujetos.

En consecuencia, se comienza a recolectar bibliografía sobre el tema y se visualiza, además, como los sujetos detenidos manifiestan su forma de poder frente a otros detenidos, como la violencia institucional se ejerce de una manera particular y como se reconocen las reglas y la autoridad de agentes que hacen parte el sistema.

Preguntas de Investigación

El interrogante central que guía nuestro estudio de trabajo, es decir, nuestra pregunta-problema de investigación es:

¿Qué estrategias y dispositivos desarrolla la institución carcelaria para llevar a cabo acciones de atención en salud mental?

Y una serie de preguntas específicas que desentrañan la complejidad de la cuestión:

¿Cuál es la relación entre el consumo sostenido de psicofármaco y la salud mental de los sujetos en contextos de encierro desde la mirada del Trabajo Social?

¿Cuál sería el aporte del Trabajo Social en el equipo de Salud Mental al consumo de psicofármacos como estrategia de atención?

¿Qué abordajes realizan los/as profesionales del equipo de salud mental para aquellas personas con consumo sostenido de psicofármacos?

Objetivos

Objetivo General:

- Analizar las estrategias y dispositivos que utiliza la institución para el abordaje en salud mental de las Personas privadas de la libertad del Complejo penitenciario de Boulogne Sur Mer de la Provincia de Mendoza en el año 2022.

Objetivos Específicos:

- Describir las estrategias de abordaje que utilizan los profesionales respecto del consumo sostenido de psicofármacos en las personas privadas de la libertad.
- Identificar cómo el proceso de medicalización incide en la salud mental de los sujetos en contexto de encierro.
- Reconocer desde la dimensión social el impacto de estos procesos en las trayectorias de los sujetos en contexto de encierro.

Anticipaciones de Sentido

El consumo de psicofármacos en la Penitenciaría de Boulogne Sur Mer actúa como estrategia de control social sobre la población reclusa.

Los profesionales que se desempeñan en la institución desconocen la Ley Nacional de Salud Mental por lo que su ejercicio profesional se ve condicionado a la hora de realizar un abordaje pertinente en materia de Salud Mental.

El funcionamiento del sistema penitenciario provincial, a través del proceso de la medicalización, reproduce lógicas punitivas.

Categorías de Análisis

En la metodología cualitativa, “la información relevada necesita ser traducida en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente la información y presentar la misma siguiendo algún tipo de regularidad emergente” (Millán, 2008). Las mismas son:

1. El consumo de psicofármacos prescritos en las personas privadas de la libertad
2. La medicalización en los sujetos detenidos
3. Las estrategias de abordaje de los profesionales en salud mental
4. El impacto social en el consumo sostenido de psicofármacos

Técnicas e instrumentos de construcción de datos

En esta investigación cualitativa se utilizarán técnicas de recolección de datos cuyo propósito principal es obtener información de los/as sujetos basada en sus percepciones, creencias, opiniones y significados. Entre ello, utilizaremos material bibliográfico, documentos institucionales relacionados con la temática como así también un cuestionario auto administrado, en tanto éste se proporciona directamente a quienes lo contestan, sin intermediarios y puede realizarse de manera virtual lo cual resulta de alta conveniencia en el contexto de pandemia en el cual se lleva a cabo la investigación.

El cuestionario

Consiste en un conjunto de preguntas, normalmente de varios tipos, preparado sistemática y cuidadosamente, sobre los hechos y aspectos que interesan en una investigación o evaluación, y que puede ser aplicado en formas variadas, entre las que destacan su administración a grupos o su envío por correo. (Muñoz., 2003, p. 2)

Muestra y Unidades de Análisis

Población de Análisis

Los distintos profesionales que se desempeñan en el complejo penitenciario de Boulogne sur Mer.

Unidades de Análisis

Médico/a, Psicólogo/a, Trabajadora social, Psiquiatra, Enfermero, Administrativo.

Características de las Unidades de Análisis

Para esta investigación se toman como unidad de análisis a los profesionales con desempeño actual en el complejo penitenciario de Boulogne sur Mer. Cada uno/a de ellas/os con representación del ejercicio profesional en la institución, de al menos 3 años de antigüedad en la misma y con distintas posiciones jerárquicas y edades que oscilan entre 20 y 60 años.

Se toma como criterio las distintas especialidades y a aquellos/as profesionales, específicamente de la salud, que tengan o hayan tenido contacto directo o indirecto con los sujetos detenidos.

CAPÍTULO 4

“La maquinaria agoniza en su propia letalidad.

Cuando todo funcionaba a la perfección, un grito de silencio rompió los engranajes de su ideología exponiendo su metódica mentira” Marcos Costa

Análisis y discusión de resultados

En el siguiente capítulo intentaremos analizar la realidad a la luz de los interrogantes realizados a los/as profesionales que se desempeñan en la institución de Boulogne Sur Mer. Cada uno/a de ellos/as será catalogado/a como informante para resguardar su identidad.

Analizaremos los datos recogidos de las entrevistas con la teoría trabajada. A cada uno de ellos/as se les realizó un cuestionario auto administrado que contaba con 23 preguntas y que fueron respondidas de acuerdo a su especificidad profesional. En total se realizaron 14 entrevistas ya que “la entrevista tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas” (Taylor y Bogdan, 1987, p. 103). Para el procesamiento de datos se utilizó formularios auto administrado de “Google form” con el objeto de que todos/as los entrevistados/as puedan responder sin necesidad de trasladarse y lo hagan de acuerdo a sus tiempos. Así mismo los resultados de las entrevistas obtenidos, fueron hechos mediante análisis teórico.

Los Procesos de Medicalización

Categorías de análisis: “la influencia del proceso de medicalización en los sujetos detenidos”

Los objetivos específicos a los que responde esta categoría son:

1- Identificar cómo el proceso de medicalización incide en la salud mental de los sujetos en contexto de encierro.

El proceso de medicalización, según Foucault (1977), comenzó en el siglo XVIII donde se producen cambios sociales que influyen enormemente en su desarrollo: la revolución industrial, el crecimiento de las ciudades, la urbanización de la población, el neoliberalismo, las guerras mundiales, etc.

Sin embargo, es el neoliberalismo y la posmodernidad que posibilitan la transformación de la medicina en un objeto de mercado cuyo fin es maximizar el lucro obscuro obtenido de la medicina como mercancía.

En los siglos XVIII y XIX, el capitalismo socializó un primer objeto, el cuerpo en función de la fuerza laboral. Foucault (1977), sostiene que: “con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una privada, sino precisamente lo contrario” (p.11), aparece la medicina social. El control de los individuos no se ejercía solamente por la ideología sino mediante el control del cuerpo.

Actualmente, se controla a las personas detenidas desde varios dispositivos con el fin de controlar sus cuerpos. Uno de estos dispositivos está dado por la medicalización. En este sentido, “el fenómeno de la medicalización puede ser comprendido como parte de la estrategia de “normalización” de la sociedad, formando parte de los sistemas de control social” (Laplacette y Vignau, 2008. p.60).

La ley ratifica que todas las personas tienen derecho al acceso a la salud mental cuyo goce el Estado debe garantizar. Esta implementación es un cambio en la forma de ver, pensar y abordar el padecimiento mental, es un nuevo paradigma en el campo de la salud mental.

Mucho se ha hablado respecto a la medicalización pero poco se critica respecto de su consumo. En la penitenciaría del gran Mendoza, en nuestro caso Boulogne Sur Mer, “el problema” no sería su uso (solamente), sino el para qué y el acompañamiento que se realice, qué función tiene, si es un medio o un fin, etc.

Pensar la salud mental en contexto de encierro es pensarla como una construcción social, ya que los padecimientos subjetivos son aquellos malestares cotidianos que dificultan el desarrollo de la vida diaria.

La vida misma entraña sufrimientos que no deben ser considerados enfermedades sino procesos propios del vivir humano, por ejemplo la pérdida de seres queridos; o de situaciones, ideales o formas de vida que son importante para el sujeto; eso que la psicología y la psiquiatría llaman procesos de duelo. Por ejemplo, la pérdida del empleo, el temor a perderlo, el no poder acceder a bienes que se consideran indispensables o el padecer situaciones de violentación, pueden producir síntomas que fácilmente se confunden con una enfermedad psiquiátrica, pero que han sido fundamentalmente desencadenados por circunstancias particulares. (Stolkiner, 2015, p. 2)

Sin embargo, la medicalización en el complejo penitenciario antes mencionado es indicada como medida para el control de los sujetos detenidos e inclusive son usados por las personas detenidas con otros fines, “el Estado usa como dispositivo de control la medicalización para sedar al paciente que está siendo intervenido” (Gómez, 2017, pág. 1). Esto puede advertirse, por ejemplo, en una de las entrevistas realizadas a uno de los informantes sobre si “ante los mismos padecimientos los niveles de medicación psicofarmacológica prescrita, ¿son más elevados en el espacio carcelario que extramuros? A lo que refiere “Si creo que los niveles de consumo de Psicofarmacológica en contexto de

encierro es más elevado, debido a la situación de encierro, incertidumbre, distanciamiento socio familiar, entre otros” (Informante 8)

Este papel de control por parte del Estado es lo que Foucault (2001) llamaría biopolítica y se refiere al Estado con un papel de vigilancia y control con respecto a los habitantes, a las riquezas, a las conductas de todos y cada uno de los miembros de la población en este sentido “se produce una simbiosis y conjunción entre lo biológico y lo político, no sólo a través de las prácticas sanitarias, sino por compleja instauración de tecnologías de control biológico” (pág., 3).

Cuando fundamenta sus dichos, hace referencia de la siguiente manera: “Unas de las razones por la que se indican psicofármacos es el insomnio. Mientras afuera se realizan recomendaciones sobre la higiene del sueño como primera recomendación, en el penal directamente se prescriben psicofármacos” (Informante 2). Estas nuevas tecnologías de poder surgen como una exigencias de administración y normalización, como señala Foucault (1976) “los rasgos biológicos de una población se convierte así en elementos pertinentes para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento, y sobre todo el incremento constante de su utilidad” (p. 333)

Las razones van a ser distintas según el contexto.” En espacios no carcelarios (extramuros) la higiene del sueño se recomienda para restaurar y organizar las funciones psicológicas y físicas utilizadas durante el día, es decir, poder recuperarse después de una ardua tarea (cargar pilas, afrontar jornadas, etc.). Pero en un espacio de contexto de encierro la misma medida es otorgada como medio de control social. Sedar a la persona con el fin de que esta genere el menor problema posible como enojos, pleitos con sus pares como con el personal penitenciario”. (Informante 1). De esta manera el Estado cumple un papel de

vigilancia y control sobre las personas detenidas y en esta tecnología de control biológico “El cuerpo se ha vuelto sede del individuo disciplinado a través de sus distintas manifestaciones en salud enfermedad, alimentación, seguridad, higiene, estilo de vida” (Gómez, 2017, pág.,1).

Aunque “en el medio libre, existen determinados padecimientos que pueden sobrellevarse sin medicación alguna, basta con el acompañamiento familiar, laboral, etc. (informante 13). En este sentido “ya no se trata de gobernar los cuerpos sino de incorporarlos definitivamente en la producción de valor” (Stolkiner, 2002, pág. 10). Así,

Las demandas también pueden variar desde aquellas que manifiestan: angustia, ansiedad, dificultad para dormir, etc., “dentro de la demanda, las drogas clonazepam, lorazepam y zopiclona figuraban como las más requeridas para el tratamiento de ataques de pánico, ansiedad e insomnio. (Revista Medicina, 2021)

Además, hay circunstancias que para la seguridad interna se constituyen en situaciones problemáticas y conflictivas, ya que alteran el orden interno, y estos devienen problemas de convivencia. Por eso “a la hora de manejar cierta situación como protesta o demanda de algo, lo más lógico o inmediato como respuesta es la de medicalizar el conflicto” (informante 2).

De este modo es posible comprender que el proceso de medicalización no responden a evaluaciones de tipo psiquiátrico, sino a una política de regulación de poblaciones ante: peleas entre detenidos, intentos de suicidio o protestas y reclamos. “La población ya no era solo un problema teórico, sino también un objeto de vigilancia, de análisis, de intervenciones, de operaciones modificadoras, etc.” (Foucault, 1976, pág. 332).

Esto, a su vez, genera todo un proceso de: más encierro, mayor aislamiento, producto de su “conducta”, lo que desencadena que el sujeto privado de la libertad esté en constante fricción con sus pares y con el servicio y vaya produciendo, de a poco, lo que algunos

profesionales llaman “proceso iatrogénico³”. Es decir, logran que la persona, después de un consumo prolongado, genere adicción a tales sustancias (SEDRONAR, 2017).

Quizás estos sean los que una vez Wacquant (2007) llamo “Los condenados de la ciudad”, donde su vida social siempre es la misma, “desnuda, caótica y brutal” (pág., 14)

En este sentido es relevante pensar al proceso de medicalización como consecuencias de la acción o inacción de los actores involucrados ya que

Las actuaciones profesionales pueden ocasionar daño o perjuicio tanto por omisión como por acción de las mismas, representando la medicalización un caso de daño potencial por acción. Siempre debe ser tomada en cuenta la premisa de que toda acción no fundamentada es iatrogénica, ya sea desde el punto de vista médico, social o cultural, la medicalización es un ejemplo de ello, que se traduce en múltiples y muy diversas consecuencias. Debe mencionarse, de este modo, que muchos de sus efectos son a la vez sus causas, contribuyendo a su crecimiento y perpetuación. (Sánchez, 2011, p. 211)

Pero es el Estado el que sigue siendo el vector principal de la génesis y la marginalidad, la pobreza, la desazón y el olvido de ciertos grupos sociales.

Además, “los psicofármacos utilizados habitualmente provocan dependencia y sedación generando un desinterés por todos los aspectos sociales de una persona. Desinterés por el trabajo, por estudiar, por relacionarse con los demás, se inhiben las proyecciones a corto y largo plazo, etc.” (Informante 1). En el siglo XVIII el campo de la medicina encuentra una expansión de su saber y su acción hacia espacios que le habían sido, hasta esos momentos, desconocidos. Hoy, esas conductas de medicalizar a poblaciones sigue siendo “un proceso de medicalización indefinida” (Sánchez, 2012, p., 76). Si bien el consumo de

³ Es cualquier condición física o mental adversa o desfavorable inducida en un paciente por efectos indeseables o lesivos del tratamiento.

psicofármacos en las sociedades occidentales muestra un crecimiento exponencial, el sistema penitenciario argentino no es ajeno a esta tendencia.

En ese sentido, lo que se pone en juego son los derechos fundamentales de las personas y se habla acerca del modo en que se configura nuestra sociedad. Todo lo contrario a lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental. Ya que su abordaje en salud mental, dentro de la cárcel de Boulogne Sur Mer, es fundamentalmente psicofarmacológico.

Hay una medicalización del encierro y escasa posibilidad de hablar de aquello por lo que pasa el sujeto privado de la libertad. Parafraseando a la Doctora Stolkiner (2013): “hay sufrimiento propio del ser humano que se considera una enfermedad” (pág. 2) y la cura o la respuesta suele ser la medicalización.

En otros términos, se observa una práctica centrada en la medicalización del encierro la cual otorga escaso lugar a la posibilidad de hablar de aquello que aqueja al sujeto con alguien que escuche. La prescripción de psicofármacos cancela y no acompaña o propicia la escucha de aquello que le aqueja al sujeto.

También, “Se ha observado una clara tendencia a la renovación automática de las prescripciones, las cuales en algunas oportunidades quedan a cargo de personal no idóneo” (Informe de la procuración del área de Salud Mental de la Nación 2016).

Queda claro que en dichas prácticas, como las que se llevan a cabo en el complejo de Boulogne Sur Mer, algunas veces la medicación pueden ser un soporte necesario para que el sujeto pueda llevar adelante los procesos de encierro aunque, la medicación en los sujetos detenidos como medio de control social puede ser contraproducentes y contradictoria a la normativa vigente (LSM) ya que la misma establece que

La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administra exclusivamente con fines

terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios. (Ley 26657, art.12, p., 4)

En relación a esto, en algunos casos se le prescribe al detenido un “arsenal farmacológico sin que se pueda interpretar en la historia clínica el sentido de la misma, o el diagnóstico psiquiátrico que fundamente tal prescripción” (Procuración Penitenciaria de la Nación, 2016).

Una de las informantes expresa: “sostener un proceso de encierro en circunstancias actuales como lo es una pandemia, es difícil para cualquier persona. Ahora bien, sostener el encierro por años en instalaciones poco confortables, con personas desconocidas y con otros hábitos totalmente diferentes, es peor aún [...] De hecho mucho de los internos al faltar la medicación utilizan el recurso de *habeas corpus*⁴ como último recurso a fin de tener una solución rápida a la falta de psicofármacos...” (Informante 2). Otros, “logran infligirse cortes en sus cuerpos, generalmente brazos, para acceder a sanidad con el objetivo de obtener o cambiar la medicación” (Informante 3).

Esta metodología (recurso de *habeas corpus* y *cortes en su cuerpos*) no es más que un grito de alerta para trabajar sobre la necesidad de una política acorde a la salud mental y comenzar con la desmedicalización de los sujetos allí alojados.

Quizás esta “normalización” de las conductas no sea más que, estrategias instituyentes por parte del Sistema Penitenciario y del Estado con su política de seguridad, para lograr que

⁴ Es una acción de garantía constitucional aplicable contra toda orden, acto u omisión de una autoridad pública que tienda a restringir la libertad física de una persona de manera ilegal.

los sectores precarizados de la clase obrera y en especial de las familias del subproletariado sean los “beneficiarios” para albergar este tipo de instituciones.

Las instituciones penitenciarias no solo se caracterizan por su deterioro infraestructural (por lo menos la penitenciaría de Boulogne sur Mer) sino por la escasa política pública para llevar adelante cambios radicales como la desmedicalización o la desinstitucionalización del sujeto allí detenido

O quizás, “su actitud específica no es la orientación ni la inspección periódicas sino más bien la vigilancia: ver que todos (los internos) hagan lo que se les ha dicho claramente que se exige de ellos” (Goffman, 1972, p. 20).

El impacto social en los sujetos detenidos

Categorías de análisis: “el impacto social en el consumo sostenido de psicofármacos”

Los objetivos específicos a los que responde esta categoría son:

1- Reconocer desde la dimensión social el impacto de estos procesos en las trayectorias de los sujetos en contexto de encierro.

La problemática de la Salud Mental en las cárceles, debiera ser una prioridad para los gobiernos, porque el tiempo es acuciante y las personas que se encuentran detenidas necesitan un abordaje pertinente que reconozca la singularidad de cada sujeto por los agravantes que genera el encierro. Además, “la promoción de la salud mental contribuye a un mayor bienestar mental y aumenta la calidad de vida a nivel individual y comunitario” (Gómez, 2017, p. 4).

Recientemente en una de las entrevistas hechas al informante, donde se le pregunta si la situación de encierro de los sujetos detenidos impacta en su salud mental, la persona entrevistada responde sí, y luego agrega: “que el encierro en sí mismo afecta a la salud mental. Compartir espacios con personas desconocidas, de diferentes procedencias, intereses, hábitos distintos, sumado a la cantidad de años de condena, repercute en la salud de cualquiera, es decir, impacta negativamente en su salud mental” [...] y “es evidente que el ritmo de vida actual, el estrés, los problemas económicos, etc., determinan que muchas personas intenten huir de todo aquello que le genera preocupación. En el contexto penitenciario puedo evidenciar; falta de atención, problemas para sostener buenas relaciones con sus pares, deterioro en la salud general, hasta la imposibilidad de sostener un trabajo estable dentro de la misma” (Informante 2).

Esto es porque:

Un ordenamiento social básico de la vida moderna es que el individuo tiende a dormir, jugar y trabajar en distintos lugares, con diferentes coparticipantes bajo autoridades diferentes y sin un plan racional amplio. Y las características centrales de las instituciones totales es que son una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de la actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas, y un cuerpo de funcionarios (Goffman, 2001, pp. 19-20).

Teniendo en cuenta que el entorno de una persona favorece o perjudica la construcción de su salud, resulta claro que el contexto de encierro moldea tanto las condiciones de salud de las personas privadas de la libertad como el acceso a los servicios. También surgen otros inconvenientes, el acceso a los servicios de salud se ve obstaculizado además por otras barreras relacionadas a los dispositivos de seguridad, las rejas, las dificultades en la articulación con efectores extramuros, la predisposición del funcionario de seguridad ,entre otras.

Otro profesional de la misma institución que participó de la investigación, refiere que “el hecho de no tener organizadores del tiempo, debido a la falta de algún tipo de actividades, produce un deterioro en la subjetividad de los sujetos” (Informante 4). Algunas personas que no están habituados a los pequeños quehaceres sufren un pequeño impacto a la salud mental o, en palabras de Goffman (2001), sufren “crisis de aburrimiento” por lo que en su proceso de detención pueden llegar a generar algún padecimiento psicossomático producto del estrés y/o ansiedad debido al aislamiento.

También la interacción con el medio socio-familiar se ve afectada producto del encierro. En este sentido,

Es vital reducir los problemas de salud mental donde la promoción y prevención pueden contribuir considerablemente a esta nueva prioridad [...] Pero esta creciente problemática solo se podrá combatir si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la misma, y si se dirige por igual, a la prevención y al tratamiento, logrando equilibrio mejor entre ambos (Gómez, 2017, p. 5).

En este sentido, refiere otra de las personas entrevistadas que “va a depender de cada persona la capacidad de resiliencia que genere para afrontar dicha situación, por lo cual el

acompañamiento familiar y profesional se considera imprescindible” (informante 5). Aun así, esa capacidad de adaptarse requiere de un tiempo, quizás un tiempo prolongado. La persona que ingresa a una institución de esta característica, pasa por un tipo de “tensión particular”. En palabras de Goffman (2001) “las instituciones totales crean y sostienen un tipo de tensión particular entre el mundo habitual y el mundo institucional, y usan esa tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (p., 26).

Pero esta “resiliencia” o “adaptación institucional” requiere de una serie de despojos, depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del “yo”, y de ahí la consecuente desculturación “o sea, un desentrenamiento que lo incapacita temporariamente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga” (Goffman, 2001, p., 26).

“A eso se le debe sumar el aislamiento, el encierro, y el hacinamiento que deterioran vínculos familiares y sociales, impactando en todos los niveles, ya sea educativo, emocional, laboral, entre otros” (informante 5). También “a altas dosis de psicofármacos a largo plazo puede presentar dificultad de interactuar y de reinsertarse en la sociedad por problemas como cambio de ánimos, poca empatía, etc.” (Informante 3)

Ahora, si el encierro puede incidir directamente en el debilitamiento de los vínculos, no es menos cierto que el acompañamiento familiar en algunas situaciones no podría darse porque, como manifiesta el informante, “el encierro y el aislamiento deteriora vínculos” (informante 5). No hay Salud sin salud mental reza el lema de la Organización Panamericana de la Salud. Este mensaje expresa claramente, no solo un abordaje integral de la salud, sino que también enfatiza los vínculos entre lo físico y lo psicosocial en el proceso de salud, enfermedad, atención.

Pero también, no es menos cierto que el consumo elevado de psicofármacos genera un cambio de ánimo como lo manifiesta el informante 3. Primeramente porque algunos síntomas son generados, en su mayoría, por los propios lugares de detención, tales como la depresión, la ansiedad y el insomnio” (PRODENI, 2008). Segundo, las distintas formas de control en instituciones como éstas obedecen a prácticas que rigen dentro de una lógica punitiva. De esta manera, Hadid (2011) afirma que

El suministro y la distribución de psicofármacos no responde a la voluntad de mejorar los estándares de salud al interior de las cárceles sino que, antes bien, obedece a la intención de mantener el control de los presos y disciplinar sus cuerpos y voluntades, erigiéndose en otra forma de violencia institucional penitenciaria (p., 9).

Hoy coexisten dos paradigmas respecto a la salud mental. Por un lado, el paradigma por el que tanto se lucha y milita (aquel que promueve la garantía y protección los derechos humanos de todas las personas que se encuentran internadas, sin excepción de sexo, color, ideología, etc.). Por otro lado, el paradigma manicomial, con su modelo de encierro, de medicalización, de exclusión de las personas, de aislamiento, etc. El nuevo paradigma, el que sostiene la ley de Salud Mental, tiene que ver con pensar en espacios de libertad, de vida en comunidad, de construcción de ciudadanía, de atención, etc. Implica pensar en un modelo donde la salud mental sea atendida en los barrios, en los centros de salud, en los hospitales generales, cerca donde la gente vive y trabaja y, por qué no, en las cárceles.

Porque la salud mental está indisolublemente ligada a las condiciones de vida de las personas; abarca todas las esferas de la vida. Desde tener una vivienda, un trabajo, educación, un vínculo con el otro y, además, un entorno saludable. Y el acceso a ello debe ser una garantía que el Estado no debe soslayar.

Es importante tener en cuenta que la

Sobrepoblación en las cárceles es una problemática que sin dudas afecta el acceso a la salud, no sólo en lo que respecta a la capacidad de atención de los servicios sanitarios de las unidades, sino también en relación a la solicitud de turnos en los hospitales extramuros (y sus respectivos traslados) cuando la complejidad de la demanda no puede ser solucionada por los equipos sanitarios intramuros (PSCE, 2020, p. 16).

“Pero no todo es malo”, dice una profesional de la institución, y propone que la persona privada de la libertad tenga “una adaptación positiva de esa nueva realidad, es decir, aprovechamiento del tiempo en objetivos personales, académicos, laborales y mantener despejada la mente la mayor parte del día con talleres culturales para un mejor aprovechamiento de la ociosidad” (informante 2). En este sentido Goffman (1970) diría que “cualquier tipo de persona (en este tipo de instituciones) puede llegar a formar una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal” (pág., 9)

Todo tipo de encierro o internamiento es más un método de desajuste que de ajuste, por lo que la “adaptación positiva” no es más que un cambio conceptual a la sumisión del sujeto detenido y a las contingencias que ellos mismos pueden padecer.

Por otro lado, “el consumo de psicofármacos, requiere de un diagnóstico y seguimiento a nivel individual por el profesional idóneo a fin de que no impacte negativamente a nivel social” (Informante 9).

Pero si la situación persiste, una vez que el sujeto ha terminado su estancia en la institución, “podría presentar síntomas o signos de Síndrome de Abstinencia, frente a la ausencia del consumo de psicofármacos” (Informante 13). O “dependencia en la conducta de consumo” (Informante 14). Los psicofármacos son medicamentos que se utilizan para tratar la depresión (antidepresivos) , reducir la ansiedad (ansiolíticos) o para inducir el sueño (hipnóticos), como por ejemplo las benzodiazepinas.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020)

Si éstas se consumen en dosis altas puede provocar somnolencia, déficits de memoria o carencia de coordinación motora. Este Organismo alerta al personal de atención primaria que las benzodiazepinas, aunque se utilizan con frecuencia, no son una opción indicada para aligerar los síntomas de estrés agudo y los problemas de insomnio experimentados después de un acontecimiento traumático. Deberían tomarse durante períodos cortos de tiempo, unas pocas semanas, pasadas las cuales pierden su eficacia terapéutica y generan tolerancia y dependencia (p. 14).

Sin embargo su abordaje nos implica en un sentido cultural, social y político o, como afirmaba Burt (1992) en el libro *Dentistry, dental practice and the community* (La odontología, la práctica dental y la comunidad), que:

El individuo es responsable de sus conductas de vida pero la sociedad es responsable de las condiciones de vida, es decir, que para conseguir la salud y garantizar el derecho a la misma son necesaria determinadas condiciones sociales con el fin que los individuos puedan de manera consciente mejorar su salud (pág. 15).

Consumo de Psicofármacos

Categorías de análisis: “El consumo de psicofármacos en las personas privadas de la libertad”

Los objetivos específicos a los que responde esta categoría son: las estrategias de abordaje que utilizan los/as profesionales respecto del consumo sostenido de psicofármacos en las personas privadas de la libertad.

“Los inventores y promotores de las redes virtuales han tocado una cuerda sensible, un nervio tenso y virgen que hace mucho esperaba la llegada del estímulo adecuado”, reza

una frase de Zygmunt Bauman (2007) en su libro “Vidas de Consumo”. Pasamos de una sociedad de productores a una sociedad de consumidores. Gran parte de la sociedad han sido socializados en el consumo como modo de satisfacción de sus deseos y necesidades. Y se educa a los consumidores, constantemente para que estén dispuestos a ser seducidos por las ofertas del mercado.

Algunas formas de consumo, dentro del ámbito penitenciario, han llegado a naturalizarse a tal extremo que “los psicofármacos se convierten en un medio de intercambio o de trueque, lo que a veces ocasiona dificultades relacionales, así como también cuando los PPL⁵ están bajo efectos de psicofármacos y otros consumos, la interpretación de la realidad es atravesada por la sustancia que actúa en el Sistema Nervioso Central” (Informante 14).

El consumo de psicofármacos resulta una temática compleja ya que para analizarlo se deben tener en cuenta una multiplicidad de elementos que forman parte de nuestra sociedad, entre ellos las representaciones sociales, el contexto en el cual se dan las relaciones y los intereses de esas relaciones, las formas de transitar el sufrimiento o padecimiento.

Tiene que ver con lógicas del mercado, con modelos neoliberales que promueven soluciones inmediatas para “salir del malestar”, sin necesidad de resolverlo.

Moscovici (1979) diría que

La representación es un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquica gracias a los cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (pp. 17-18).

⁵ PPL. Persona Privada de la Libertad

Estas formas de pensamiento social o, “dicho en términos más llanos, es el conocimiento de sentido común que tiene como objetivo comunicar, estar al día y sentirse dentro del ambiente social” (Mora, 2002, p. 7)

Esto aquí expuesto, cobra relevancia en tanto comprendemos que, dentro de ese ambiente social se dan relaciones recíprocas de convivencia, lenguaje, valores y códigos hechos por ellos y para ellos (las personas privadas de la libertad),

Tantos medicamentos como sustancias pueden usarse para aumentar las performances, anestesiar la angustia, favorecer el intercambio social desinhibiendo o, por el contrario, aislarse en sí mismo, así como iniciarse en el conocimiento de otro mundo. Se trata de una respuesta a la demanda creciente de adaptación e integración social y, en oportunidades, de una respuesta desesperada a la exclusión (Natella, 2008, p. 22).

Así lo expresan algunas de las personas entrevistadas que afirman que: “El consumo de psicofármacos condiciona la cotidianeidad del sujeto y la relación entre pares, como con su familia” (Informante 5). Vivimos en una sociedad donde la mayor parte de las personas son atrapados en una lógica de consumo y donde el consumo en sí mismo constituye una problemática. “El uso de psicofármacos en las PPL alojadas en la institución penitenciaria, puede utilizarse como recurso para obtener bienes, o mejoras en la estadía en determinados alojamientos, etc., por lo tanto, en varias ocasiones se utiliza con fines gananciales, pudiendo provocar altercados o riesgos, tanto para las personas detenidas como para el personal” (Informante 13).

En la penitenciaría de Boulogne Sur Mer el consumo de psicofármacos es elevado. Según datos proporcionados del área de salud, hay 428 personas bajo medicación psiquiátrica y 398 personas con enfermedades crónicas, es decir, sujetos con enfermedades de base que ya

venían con un problema de salud y otras que se le detectó algún tipo de enfermedad producto del encierro. Y de una población de 1341 detenidos, 978 son condenados y 363 procesados⁶. De los 428 que consumen medicación prescritas, 394 son condenados y 34 procesados. Es decir que el 40% de los condenados consumen psicofármacos. La salvedad se encuentra en que los procesados están en esa situación unos meses (algunos llegan a estar procesados hasta 24 meses) y luego, o se van en libertad o son condenados. Las personas que participaron de la investigación al referirse al consumo de psicofármacos, afirman que el mismo es elevado. Y manifiestan que ese consumo influye en la trama relacional de su cotidianidad: “Influye en su estado real de su vida, con dificultad de interrelacionar con el entorno que los rodea (compañeros de pabellón, familia, profesionales, efectivos de seguridad)” (Informante 3), “Influye en la convivencia cuando no se recibe el psicofármacos” (Informante 6).

Por un lado, “funciona como adormecedor de conductas. Sirve para que los PPL no generen conflicto. No hay tratamientos pensados para el verdadero abordaje de la problemática” (informante 4). En este sentido surge la necesidad de un abordaje integral basados en la normativa vigente de la nueva ley de salud mental.

Y agrega: “el consumo de psicofármacos condiciona la cotidianidad del sujeto y la relación entre pares, como con su familia [...] Además hay una ausencia de seguimiento y evaluación de la misma” (informante 4), pero no es menos cierto que “dado las características del encierro, muchas veces es una forma de contención de la angustia” (Informante 1). La medicalización de la vida es uno de los problemas que actualmente contribuyen a la masificación de las consultas del médico y esto provoca que la atención en salud no sea la óptima convirtiéndose en un peligroso objeto de consumo ya que, “estamos asistiendo a la generación de una dependencia de la medicina que incapacita a las personas

⁶ Datos suministrados de Seguridad Interna del Complejo de Boulogne Sur Mer del año 2022.

para cuidarse a sí mismas y una disminución de la tolerancia al sufrimiento y al malestar” (Sánchez, 2011, p., 2)

El proceso de medicalización de un problema o situación no es algo instantáneo que acontece en un momento dado, sino que se produce de forma paulatina a lo largo de un periodo de tiempo, generalmente prolongado y que, muchas veces, requiere de una serie de factores entre ellos Sánchez (2011) enumera los siguientes:

➤ La situación, el sufrimiento o el problema debe ser considerado como algo anormal por parte de la Sociedad y, por lo tanto, precisa de una solución o abordaje por parte de algún sector de dicha Sociedad.

➤ Los sectores encargados tradicionalmente de solucionar dicha situación de anomalía no dan respuesta a la misma, o dan una respuesta insuficiente o no adecuada a las demandas sociales, por lo que la Sociedad rechaza estas respuestas y excluye o margina estos sectores tradicionales

➤ Se inicia un proceso de búsqueda de nuevos sectores que den respuesta a las demandas no satisfechas. Aunque dicha búsqueda suele incidir sobre el sector sanitario, también puede realizarse en otros ámbitos.

➤ Los distintos actores implicados en el proceso de asistencia sanitaria (profesionales, gestores, legisladores, etc.) deben aceptar que dicha situación pase a formar parte de su campo de actuación. Esta aceptación puede verse influenciada por presiones externas y, aunque siempre los objetivos asistenciales y humanitarios de la medicina se han visto influidos por aspectos políticos, económicos y de control social, éstos han ganado peso en las últimas décadas.

➤ El sector sanitario busca soluciones para dar respuesta a los nuevos retos planteados. Con frecuencia, la solución aportada precisa de la realización de pruebas

diagnósticas y la instauración de tratamiento farmacológico, generando el fenómeno de la medicalización.

➤ Con frecuencia el círculo se cierra porque las actuaciones médicas implantadas no dan respuesta a los problemas, lo que genera mayor incertidumbre y aumento de la inseguridad. Como consecuencia, se generan nuevas situaciones que requieren de nuevas respuestas y éstas llegan, nuevamente, desde el sector sanitario.

Impresiona así, que la excesiva demanda y consumo de psicofármacos no tiene que ver con otra lógica que no sea la del control social. Pero este proceso no lleva sino al deterioro de la salud mental de gran parte de los sujetos consumidores-detenidos.

Es un desenlace que indefectiblemente genera un círculo vicioso donde son, luego, los potencialmente usuarios del sistema penitenciario. Quedando muchas veces atrapados por el sistema judicial y donde no asegura en ningún momento la protección de los derechos de los detenidos.

Argentina atraviesa una situación crítica de sobrepoblación y hacinamiento de la población carcelaria y como

Consecuencia directa de esta situación es el deterioro de las condiciones de detención: la disminución del espacio físico y los estándares mínimos de habitabilidad, la insuficiencia de infraestructura, la depreciación en los cuidados básicos de la salud e higiene, la falta de recursos humanos para hacer frente a las nuevas necesidades y demandas de la población, entre otros (Gauna, 2020, p., 5).

Según el Informe de la ACIFAD (Asociación Civil de Familiares de Detenidos) realizada en mayo del año 2020 sobre la atención de salud en las cárceles de la Argentina, manifiestan que

La atención médica es nominal, no real. Cerca de 9 de cada 10 personas tuvieron un problema de salud el último año y más de 9 de cada 10 personas no fueron atendidas o curadas por el sistema de salud carcelaria. El sistema no falla, el sistema funciona así: funciona para negar el derecho a la salud de las personas detenidas (p., 4).

En cuanto al sistema judicial Wacquant (2010) dice que “el sistema de justicia penal funciona como motor cultural fuente de demarcaciones sociales, normas públicas y emociones morales” (p., 10). El sujeto detenido y encarcelado no tiene más recursos que su propia convicción de salir adelante, en la medida que puede y lo dejen. Primeramente porque los recursos de las instituciones carcelarias, en materia de seguridad y salud, son bastantes limitados. Segundo porque el Estado ve a una clase social como categorías de pobres que merecen ser salvados e insertados en el circuito de la mano de obra inestable y los que deben ser relegados y expulsados para siempre, además porque;

La policía, los tribunales y las cárceles son, si se examina con cuidado, el rostro sombrío y serio con que el Leviatán mira, hacia todos lados, a las categorías de desposeídos deshonrados atrapados en lo más profundas de las regiones inferiores el espacio social urbano por la desregulación económica y la reducción de los esquemas de protección social (Wacquant, 2010, p., 11).

El sistema punitivo es una excelente máquina de captar personas de bajos recursos económicos y hacer que el dispositivo de poder, como las cárceles, funcione correctamente.

A eso hay que sumarle la cantidad de médico psiquiatra (solo uno) que atiende a una población de más de 1300 detenidos. La obviedad es más que elocuente, ¿Se puede pensar en un abordaje de la salud mental acorde a lo que establece la ley?

Bauman (2007) diría que

Los encuentros de los potenciales consumidores con sus potenciales objetos de consumo se convierten poco a poco en los ladrillos con que se construye ese entramado de relaciones humanas que sucintamente llamamos sociedad de consumidores[...] son tratados como cualquier cosa salvo como entes soberanos: son bobos engatusados con promesas fraudulentas, fintas y engañosas, seducidos, arrasados y manipulados por fuerzas flagrantes o subrepticias, pero siempre e invariablemente externas y ajenas (p. 24).

Por otro lado nos encontramos con las formas en que circulan esos psicofármacos. Refiere una de las personas entrevistadas, que estos “son la moneda de intercambio habitual en las transacciones entre los PPL” (Ídem) “Para el que las vende, es un aliciente ya que puede generar un excedente de dinero y usarlo para otros fines (comprar azúcar, yerba, comida, etc.). Para el que las consumen en exceso, puede generar un deterioro en su salud mental, que a su vez puede llegar a producir (producto de las mezclas de psicofármacos) una alteración de la conducta. Y esto llevaría a una fricción con sus pares, con el personal de seguridad, con sus familias, y su contexto” (informante 1).

Se manifiesta en una de las entrevistas que “no existen estrategias respecto del consumo de psicofármacos, por lo menos del área de Trabajo social, aunque sí existe un programa de adicciones que depende de la dirección General del Servicio Penitenciario, que lo ha tomado el área de psicología pero no más que eso y tampoco es interdisciplinario. La realidad es que no hay estrategias de abordaje en el consumo de psicofármacos, y la junta de salud mental que existe está conformado por un psiquiatra y el jefe de tratamiento (que es el jefe de todas las áreas) donde evalúan la situación de cada persona detenida y realizan las correspondientes derivaciones a cada área. Pero en esa junta no participa Trabajo Social” (informante 4).

Si bien el contexto carcelario es muy complejo para ciertas actividades interdisciplinarias como las mencionadas, otros de los informantes concluye “la situación de los profesionales es difícil también ya que somos muy pocos para tanta cantidad de personas alojadas y los tiempos de la penitenciaría no se condice con los tiempos que requiere cada profesional para realizar alguna intervención concreta y efectiva” (informante 9).

En otra entrevista surge que, “el consumo de psicofármacos influye en la forma que los internos se relacionan entre sí y con el personal. Muchas veces interactuar con ellos bajo los efectos de las drogas es difícil, aún más si le faltan” (informante 2). El consumo de psicofármacos se ha incrementado a nivel mundial y la pandemia ha mostrado su otra cara respecto de su uso, quizás este sector (los encarcelados), desposeído, olvidados y pobres sean los que una vez Wacquant llamó los “condenados de la ciudad” o quizás se ha llegado a considerar a “la pobreza como un simple residuos de desigualdades y de supervivencia de un pasado superado, o un producto de deficiencias individuales” (Wacquant, 2007, p., 14), o tal vez la ausencia de políticas dirigidas a ese sector hace que los sujetos detenidos puedan elegir entre dos caminos una vez que hayan terminado su estadía en estas instituciones: Tres metros bajo tierra o la cárcel nuevamente.

Abordaje en Salud Mental

Categorías de análisis: “La estrategia de abordaje de los profesionales en salud mental”

Objetivos a los que responde esta categoría son: “Analizar las estrategias y dispositivos que utiliza la institución para el abordaje en salud mental de las personas privadas de la libertad del complejo penitenciario de Boulogne sur Mer de la provincia de Mendoza en el año 2021”.

Tal como sostiene la SEDRONAR (2017), “en condiciones de encierro el Estado debe garantizar el acceso a derechos tales como, la educación, el trabajo, la salud, etc., entendiendo que en personas privadas de libertad el único derecho suspendido transitoriamente es la libertad” (p. 5). Esta perspectiva de derechos debería ser uno de los principios rectores como ejes transversales en la elaboración de estrategias de abordajes y la circunstancia de que una persona esté privada de su libertad no implica la supresión de los derechos y garantías que hacen a la dignidad de las mismas. Dignidad que se encuentra garantizada por nuestra Constitución, y los Pactos y Convenciones de Derechos Humanos, esta circunstancia obliga al Estado como garante, a promover los derechos de las personas en contexto de encierro, como el derecho a la vida, a la integridad física, a la dignidad, al acceso a la salud y a otros que hacen de soporte de estos derechos

En lo que respecta específicamente a las personas privadas de libertad, tanto condenadas como procesadas, resulta pertinente señalar que,

En su mayoría o su totalidad, provienen de sectores sociales que presentan una alta vulnerabilidad, económica y en materia de acceso a derechos. Sus trayectorias de vida suelen estar marcadas por experiencias barriales y comunitarias de alta exclusión social, lo cual perpetúa una permanente estrechez y/o ruptura de lazos sociales y afectivos (Sedronar, 2017).

Pero, ¿Cuáles son específicamente esas estrategias que realizan los profesionales? “Atención psicológica y tratamiento psiquiátrico y frente a una urgencia se deriva al hospital El Sauce” refiere el informante 3. “A mi entender se hace mayor hincapié en la demanda de urgencia o administrativa que en los tratamientos, de hecho los trabajadores sociales no participamos en la junta que mencioné más arriba ni siquiera hay un equipo interdisciplinario para llevar a cabo el abordaje” (Informante 4).

Las estrategias varían o pueden ser aisladas pero significativamente las que existen son propias del deseo individual. Es decir, un profesional puede proponer llevar adelante talleres por convicción personal. Articular con alguna ONG u otro profesional perteneciente a otra institución, educación por ejemplo, y lograr que destinen recursos para realizar actividades que están fuera de los lineamientos institucionales. Refiere el informante 1, “no hay estrategias o por lo menos no he visto una que se acople a los lineamientos de salud mental”.

Quizás “las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres” (Goffman, 2003, p.26).

Esto porque “se visualizan abordajes por parte de diferentes divisiones, Tratamiento psicológico, Tratamiento social... y desde psiquiatría, en algunos casos dependiendo del profesional se logran articular estrategias de intervención. Desde psicología no se realiza seguimiento ni tratamiento individual. Aunque hay actividades complementarias desde educación y trabajo, como programas de abordajes, los cuales en lo personal pienso que funcionan como burbujas, aisladas de los equipos profesionales que hacen base en los complejos, no coordinando ni consensuando estrategias de intervención profesional” (Informante 5).

Las estrategias son solo “talleres, programas” (Informante 6). “Intervenciones aisladas, medicación y algunos talleres psicológicos” (Informante 7) o “solo en función de la urgencia, no se trabaja en la prevención” (Informante 8).

Pareciera que existe un grupo social caracterizado como superfluo. Los detenidos entrarían en esa categoría. “

Ser «superfluo» significa ser supernumerario, innecesario, carente de uso —sean cuales fueren las necesidades y los usos que establecen el patrón de utilidad e indispensabilidad—. Los otros no te necesitan; pueden arreglárselas igual de bien, si no mejor, sin ti [...] una mercancía poco atractiva sin compradores o un producto inferior o manchado, carente de utilidad, retirado de la cadena de montaje por los inspectores de calidad. «Superfluidad» comparte su espacio semántico con «personas o cosas rechazadas», «derroche», «basura», desperdicios (Bauman, 2005, p. 25).

Las estrategias se ven un poco difusas y quizás suceda, entre otras cosas, debido a la escasez de personal. Dice una de las entrevistadas: “hay programas y cada complejo tiene equipos profesionales de tratamiento a los efectos de abordar las diferentes situaciones, pero dada la compleja y excesiva demanda, sumado a la escasez de profesionales que ha sufrido el ámbito del servicio penitenciario se obstaculiza la posibilidad de generar estrategias interdisciplinarias” (Informante 5).

Tampoco se visualiza un abordaje integral como manifiestan otras de las entrevistadas: “no existe a nivel institucional un abordaje integral, solo se apela al suministro de psicofármacos” (Informante 8), “la institución no cuenta con estrategias integrales de salud mental, y las que se hace, la realiza cada área independientemente” (Informante 9).

Podemos evidenciar, en este sentido, que:

Desde el área de psicología los talleres y programas que se llevan a cabo sólo referencian las fases del régimen progresivo de la pena como

Fase I Y II: Taller de promoción de Empatía hacia la víctima.

Fase II: Taller de Desarrollo del Pensamiento.

Periodo de Prueba: Taller de regulación emocional.

Salidas transitorias otorgados: Taller de acompañamiento a las salidas transitorias

Salidas transitorias negadas: Taller de Estrategias de Afrontamiento de salidas transitorias.

Programa de violencia de género: Taller de abordaje al varón condenado por delitos contra la/s mujer/es.

Programa abordaje consumos problemáticos: Talleres con objetivos psico-educativos de problemáticas de consumo.

Desde el área social los distintos talleres son:

Preparación para salidas transitorias.

El objetivo de la misma es que cada persona, próxima a las salidas transitorias, puedan afianzar y fortalecer tanto lazos familiares como sociales. Además, parte del tratamiento del régimen de reinserción comunitario debe ser un proceso de adaptación donde prime el diálogo, la paciencia y el respeto.

Recursos institucionales

Es un taller destinado a la orientación de los recursos del poder judicial que tienen las personas detenidas, los contactos y direcciones de la niñez con los que puede contar, información sobre adicciones, programa de abordaje al varón y asesoramiento individual sobre normativas vigentes de la ley 24660 (Ley del régimen Progresivo de la Pena)

Tus derechos, tus deberes.

Se aborda los derechos y los deberes que les corresponden a las personas privadas de la libertad, el cual tiene como objetivo generar un espacio donde se puedan resolver dudas, incertidumbres, y ansiedades que genera el proceso de detención en aquellas personas que

ingresan por primera vez al sistema penitenciario. Brindando el asesoramiento necesario sobre el funcionamiento interno de la institución.

Derechos sexuales, salud reproductiva y paternidad responsable desde la perspectiva de género y diversidad sexual.

Tiene como objetivo promover la concientización e información, desterrar mitos sobre la sexualidad. Asesorar sobre la planificación familiar y métodos anticonceptivos. Informar sobre infecciones de transmisión sexual. Promover la concientización para el desarrollo de una paternidad responsable.

Estereotipos de género y nuevas masculinidades en el contexto de las relaciones socio familiares.

Su objetivo es generar un espacio de debate y reflexión sobre los conceptos vinculados a los estereotipos de género, cómo estos influyen en lo cotidiano a partir de ahí propiciar el análisis de nuevos modelos de masculinidades más saludables equitativas en el contexto de las relaciones familiares

Hasta aquí las estrategias aplicadas desde las distintas divisiones son pensadas de manera aislada y sin enfoque sobre Salud Mental. Según un informe realizado por la Procuración de la Penitenciaría de la Nación en el año 2020, existen

Graves deficiencias en la gestión cotidiana de la salud en el encierro, y esto se combina con malas condiciones de trabajo del personal de salud, y en especial, falta de formación, seguimiento y capacitación específica respecto del trabajo que realizan en contexto de encierro (pág., 4).

En el mismo documento se detalla que la atención a la salud en el encierro es a demanda y no hay controles periódicos propios de un plan de medicina preventiva. Además que:

Las PPL no reciben los resultados de los estudios, y en muchos casos no hay un seguimiento de los pacientes. Se da con frecuencia una falta de articulación entre los distintos médicos que intervienen, y las consultas parecen ser aisladas. Además, la fragmentación del registro de información en las historias clínicas y el libro de guardia complejiza más este escenario. Lo que aparece como algo rutinario es que se pierdan los turnos en hospitales extramuros, se postergue operaciones y se interrumpan los tratamientos. La interrupción de los tratamientos se pone de manifiesto de forma patente en los casos en que las personas se estaban tratando fuera de la cárcel o aquellas que llegan de otra unidad, así como aquellas que salen al medio libre (p. 5).

De esta manera es posible que el sujeto detenido tenga un impacto negativo en el funcionamiento del sistema de salud en términos de limitar la autonomía de las PPL. Si las personas no reciben los resultados de los estudios, tienen dificultades para acceder a las consultas, y no hay instancias de seguimiento una vez que salen de la cárcel, difícilmente adquieran autonomía en relación al control y cuidado de su salud.

Podría decirse que es un sistema que no está planificado ni evaluado en función de la población que atiende ya que existe

Deficiencia en los programas y tratamientos en materia de salud mental, falta de espacios terapéuticos sostenidos, con consultas extendidas y en las condiciones necesarias. Si bien en algunos casos se advierten buenas evaluaciones de la relación con los psicólogos, los espacios de consultas son muy breves e inestables (cambian los profesionales, se interrumpen los tratamientos por cambios de lugar de alojamiento, etc.) (Procuración de Penitenciaría de la Nación, 2020, p 6.)

A esto se le debe sumar el uso extendido de psicofármacos, tanto en el caso de personas que ingresan con consumos problemáticos, como en el caso de las personas que los

utilizan para soportar el encierro frente a la dificultad para dormir, el estrés y la ansiedad, da cuenta de la necesidad urgente de reforzar el sistema de atención a la salud mental de las PPL. En la inmensa mayoría de los casos las Personas detenidas comenzaron a consumir psicofármacos desde la detención. Señala de manera tajante el informe.

Sin duda la salud mental de las PPL está amenazada en un contexto de encierro que, además, está signado por situaciones de ansiedad, temor, incertidumbre, dificultades para el contacto con seres queridos, y frente a las situaciones de estrés y de violencia que se viven al interior de la prisión.

En otros términos, las prácticas penitenciarias producen altos grados de sufrimiento físico y psíquico a los detenidos y los crecientes niveles de sobrepoblación y hacinamiento generan escenarios problemáticos para el diseño y la implementación de políticas públicas. Pero además se debe tener en cuenta que

Una particularidad de estos ámbitos tiene que ver con el equilibrio que deben encontrar los Servicios penitenciarios dado que en el ejercicio de su función, se encuentran permanentemente sopesando la cuestión vinculada al derecho a la salud y la seguridad, de la que también deben ocuparse. En los establecimientos penitenciarios el acceso a los servicios de salud se ve obstaculizado además por otras barreras, relacionadas a los dispositivos de seguridad, las rejas, las dificultades en la articulación con efectores extramuros, entre otras (PSCE, 2020, p. 16).

Según el informe de la Comisión de derechos humanos, en una visita “*in loco*” realizada a las cárceles mendocinas en el año 2016, encontraron deficiente el sistema de salud de la Cárcel Boulogne Sur Mer y su infraestructura edilicia en condiciones deplorables, reza el informe:

En todo el espacio resulta llamativo el estado de abandono, la falta de higiene y la ausencia de racionalidad en la utilización de los escasos medios disponibles para la atención de la salud de las personas allí detenidas.

Todas las paredes están deterioradas, la pintura está en mal estado y en muchas hay restos de carteles que se han retirado. En la entrada se observan una serie de puertas a la izquierda del recinto que delimitan una serie de consultorios, a saber de odontología, de psiquiatría y consultorio clínico. La puerta que enfrenta este último corresponde a la enfermería.

Los tabiques que limitan estos espacios no llegan hasta el techo, en consecuencia no se cuenta con condiciones adecuadas de confidencialidad para las consultas que allí se realizan. En un entrepiso se ubican las áreas administrativas de sanidad desde donde se ven los consultorios.

En el pasillo una escalera conduce al entrepiso, debajo de esta hay cinco cajas de residuos patológicos llenas. Nos informan que son retiradas semanalmente.

El consultorio de odontología tiene un sillón de instrumental específico para la asistencia odontológica. El equipamiento es antiguo y está descuidado y en malas condiciones de higiene. Hay una mesada con pileta, iodopovidona para la higiene de manos más no hay toallas de papel que puedan hacer presumir que allí se pueden lavar las manos.

Hay un pequeño escritorio y una estantería donde se mezclan papeles, insumos y elementos para preparar infusiones (mate, yerba, etc.) que no resultan adecuados para ese espacio.

En la mesada sobre un trapo de piso se apoya un molde de piezas dentarias. En un estante hay una estufa de esterilización encendida y debajo de esta un mueble en cuya superficie se alinean varias cajas con instrumental no esterilizado.

Contiguo a este se encuentra el consultorio de psiquiatría. Es una habitación solo provista de un escritorio, dos sillas y un armario vacío.

El siguiente espacio está ocupado por el consultorio de la clínica médica. Allí hay una camilla con la funda rota, una balanza que no funciona y un antiguo metro de pie para medir la talla. También hay un escritorio sobre el que se apoya una pantalla y una CPU, ambas encendidas, un libro de registro y algunas planillas. Hay solo una silla en uno de sus lados que se infiere utilizaría el médico. Sobre la pared hay pegadas dos hojas con lista de números de teléfonos internos, sin embargo no hay teléfono sobre el escritorio. En el suelo junto al escritorio se apoya un pequeño papelerero y a su lado un mechero encendido

El consultorio de kinesiología tiene una camilla, un pie de suero, un aparato de ultrasonido y un armario. Al ser abierto este último se ven un mate, bombilla, edulcorante, un bolso abierto, una caja de guantes de látex, un prolongador de conexión eléctrica y un candado.

El espacio destinado a la enfermería es bastante más amplio que el de los consultorios y reinan en él el desorden, el descuido y la escasa higiene.

Está provisto de una mesada de metal con pileta sobre la que se apoyan un recipiente para el descarte de residuos patológicos y varios frascos de iodopovidona, uno de agua oxigenada y una caja de telgopor que llama la atención por su suciedad. Se reitera lo observado en el consultorio odontológico, la falta de toallas de papel necesarias para el lavado de manos. Contiguo a la mesada hay una pequeña mesa de metal con zonas oxidadas sobre la que se apoyan varios contenedores de gasas y apósitos sin esterilizar y dos bolsas de solución fisiológica. Sobre esta mesa en un estante hay una estufa de esterilización enchufada, fuera de uso y vacía, sobre esta una caja de guantes de látex en uso. Sobre la pared cuelga una tabla de traslado. Hay un

pequeño escritorio sobre el que se apoya un libro de novedades de enfermería, una caja con hemoglucotest y analgésicos y a su lado dos sillas.

Llama la atención que las novedades anotadas en el libro, salvo algunas muy escasas, concluyen al mediodía. Hay una vieja camilla y a su lado una lupa de pie. En otros dos muebles se acumulan medicamentos e insumos sin ningún orden lógico. Los pequeños compartimentos donde hay pastillas en blisters cortados y ampollas, no tienen denominación alguna y se guardan uno al lado de otros psicofármacos, antibióticos y antihipertensivos. Las gasas y las cintas adhesivas se mezclan con tensiómetros fuera de uso, diversas sondas y agujas.

Hay un desfibrilador cubierto de polvo del cual no fue posible constatar su funcionamiento, en el mismo mueble donde está apoyado se encuentra en una caja de plástico (parecida a las cajas de herramientas y útil para salir a tender a los pacientes fuera del sector, en esta caja se reitera el desorden y la acumulación antes mencionados.

En estas condiciones todos esos insumos destinados a la atención de urgencias se vuelven ineficaces.

También hay un tubo de oxígeno del que cuelga una mascarilla vieja y sucia.

Es probable que las personas que trabajan allí cotidianamente logren localizar los insumos que allí se encuentran pero el desorden y la falta de higiene atentan irremediablemente contra la eficacia y la seguridad de las prestaciones en salud que allí se lleven adelante.

Todos los techos tienen manchas extensas de humedad que impresiona antiguas y recientes por su diversa coloración (p. 6).

Si bien estas características enumeradas son desde el año 2016, aún a la fecha no se han logrado modificaciones estructurales, quizás porque la salud no es un objetivo en estos

contextos o quizás porque la política institucional está orientada hacia otros objetivos como la seguridad.

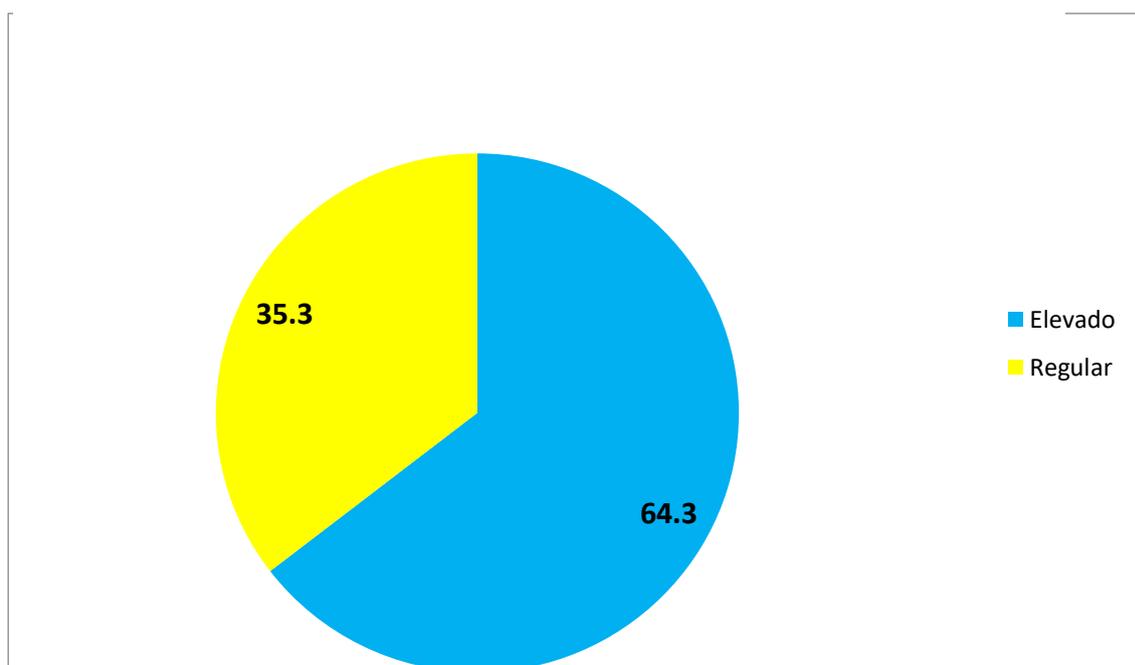
Además en los testimonios relevados por la ACIFAD (2020) encontraron que “9 de cada 10 personas define los espacios de “sanidad” carcelarios (espacios de internación y atención de pacientes) como lugares donde no hay nada, malísimos, pésimos, fríos, sucios, sin agua caliente, sin cama/colchón, húmedos” (p. 5). Así, los lugares de sanidad están en malas condiciones de higiene y equipamiento para brindar la atención médica adecuada.

Después de las siguientes aseveraciones cabría interrogarse ¿Qué probabilidades existen para llevar adelante abordajes en materia de salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos? ¿Cuán efectivo sería, bajo estas condiciones, alcanzar una política integral de la salud?

De las entrevistas se desprenden los siguientes datos:

Figura 1

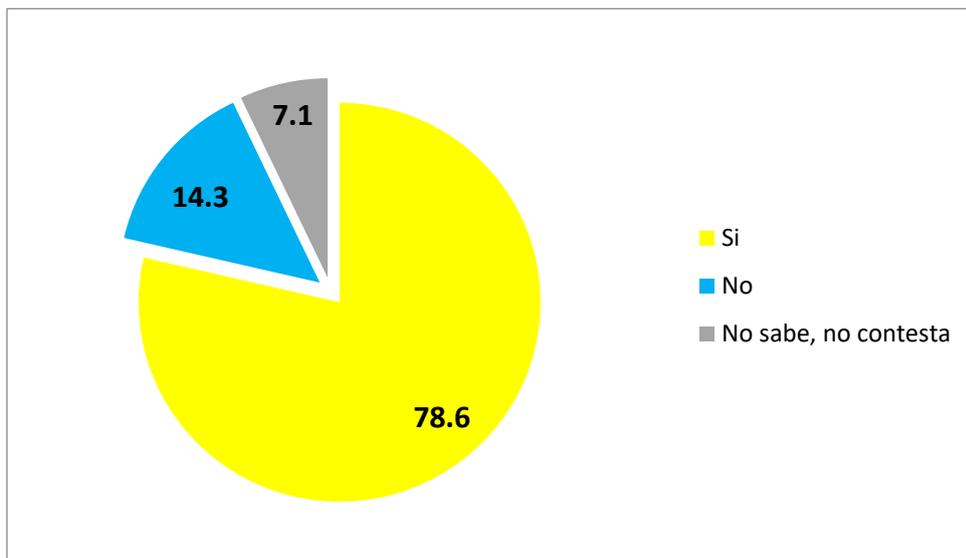
Consumo de psicofármacos prescritos en la institución de Boulogne Sur



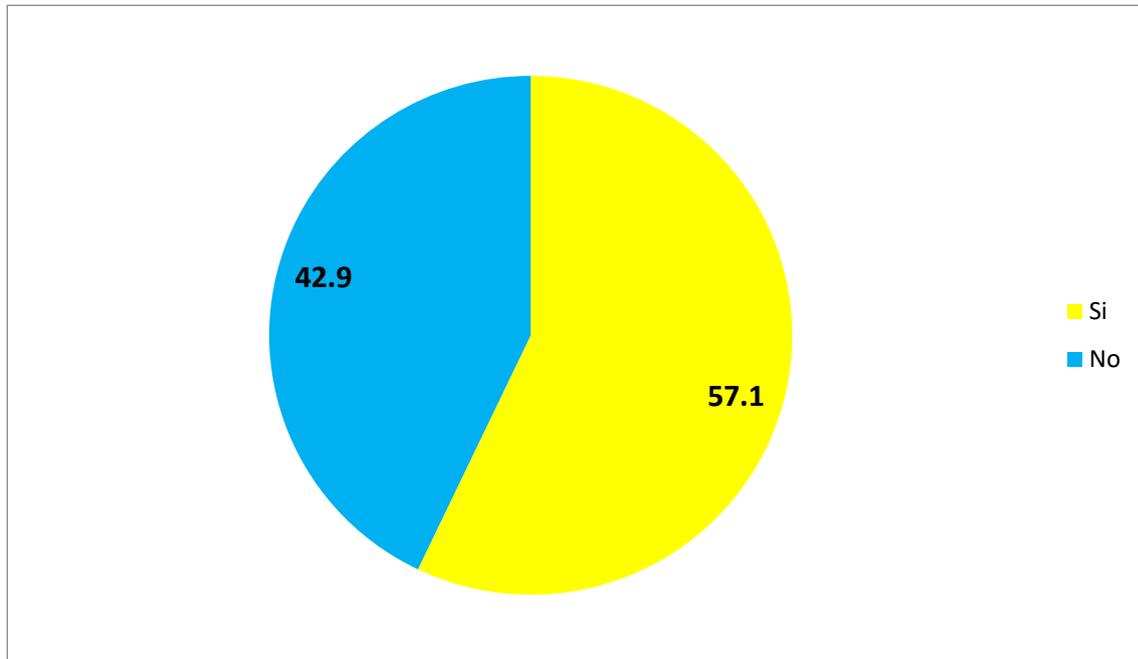
Nota: La figura muestra el porcentaje de profesionales que contestaron cual era el consumo de medicación en la institución

Figura 2

La influencia del Psicofármaco en la trama relacional

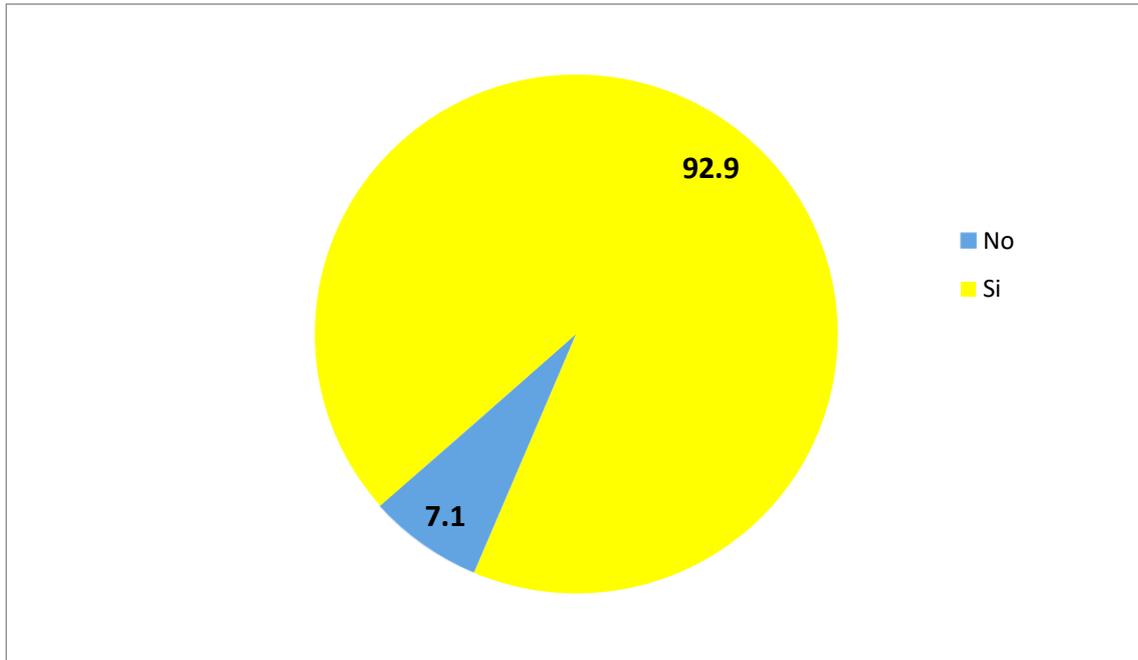


Nota: Respecto sobre si el consumo de psicofármacos influye en la trama relacional de los PPL en su cotidianidad, la mayoría responde que sí ya que los problemas suscitados entre sus pares como con el personal es producto del mismo.

Figura 3*Experiencia interdisciplinar*

Nota: La figura muestra la experiencia interdisciplinar llevadas a cabo por los profesionales que componen el universo penitenciario.

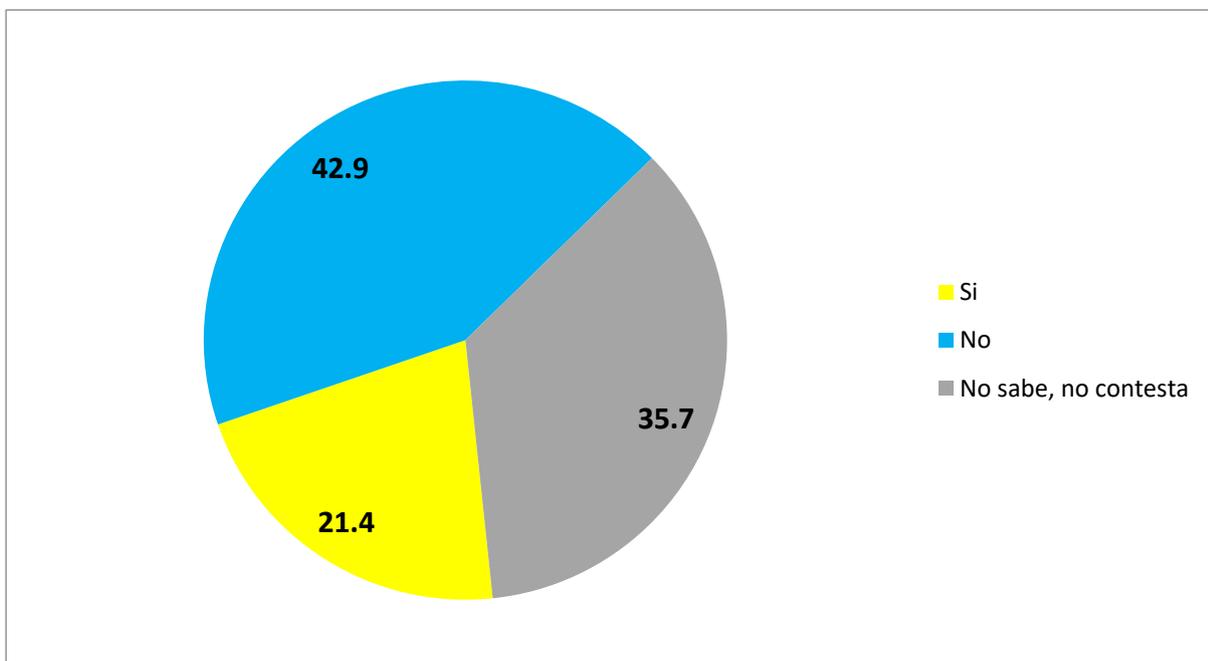
Figura 4*Impacto en la Salud Mental la situación de encierro*



Nota: De las 14 entrevistas realizadas 13 de ellas (el 92,9 %) dijeron que su impacto era elevado.

Figura 5

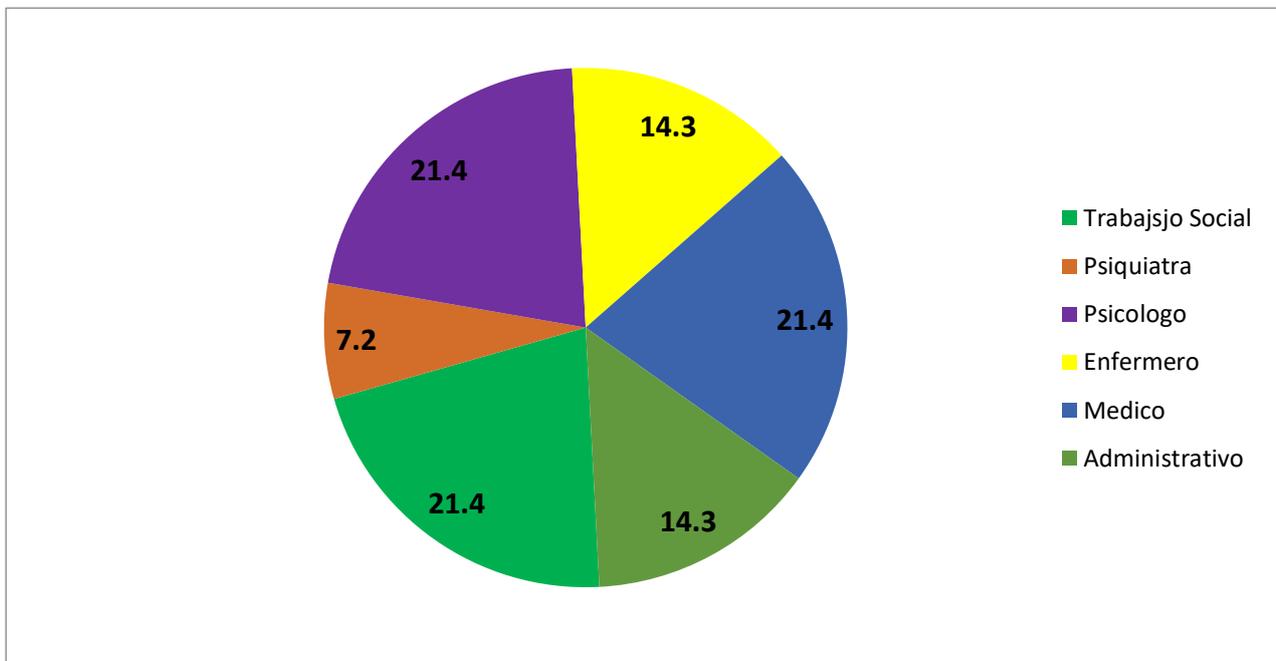
Prácticas de intervención después de la Ley de Salud Mental



Nota: La figura muestra el porcentaje de profesionales que indican si hubo o no cambios en sus intervenciones luego de la aplicación de la ley 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental)

Figura 6

Porcentaje de profesionales, según cada disciplina, que se desempeñan en la institución de Boulogne Sur Mer



Del análisis desarrollado han surgido las siguientes categorías emergentes:

Violencia simbólica: es una violencia que se ejerce sobre los individuos con su propia complicidad. En otras palabras,

A los dominados, este mundo se les aparecerá como natural; estas relaciones objetivas y simbólicas son el fundamento de la violencia simbólica, la que se manifiesta como la imposición de una manera de ver las cosas que conviene a los dominantes y que se impone con una especie de “complicidad” del dominado, no en el sentido de cómplice racional o explícito, sino complicidad corpórea, fundada en el desconocimiento de los mecanismos que sustentan esa violencia (NERI, 2018., p. 49).

En este sentido, Bourdieu (1995) dice que las prácticas son

Percibidas y apreciadas, por el que las cumple, y también por los otros, como justas, correctas, adecuadas, sin ser de ninguna manera el producto de la obediencia a un orden en un sentido imperativo, a unas normas o a las reglas del derecho (p.,171).

En efecto, el cuerpo es moldeado por las estructuras del espacio social (o del campo) al inculcar las estructuras cognitivas que organizan el sistema de disposiciones del habitus. De esta manera, cada agente tiene un conocimiento práctico, corporal, de su posición en el espacio social, lo que constituye su conciencia de posición, más que una conciencia de clase, que es una conciencia intelectualista.

La violencia simbólica es “esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas», transforma las relaciones de dominación y de sumisión en relaciones afectivas” (Fernández, 2005, p. 9)

Este proceso, que es difícil distinguir en la vida diaria de la persona detenida, es utilizado por el sistema penitenciario como una política de regulación de poblaciones, así lo

manifiesta el informante 2 en su entrevista, “a la hora de manejar cierta situación como protesta o demanda de algo, lo más lógico o inmediato como respuesta es la de medicalizar el conflicto”

La violencia simbólica, más que la violencia física o cualquier otra forma de coacción mecánica, constituye el mecanismo principal de la reproducción social, el medio más potente del mantenimiento del orden y la más implacable. O como diría Bourdieu (1995) “de todas las formas de persuasión clandestina, la más implacable es la ejercida simplemente por el orden de las cosas.”. (p. 120)

Así podemos comprobar, según nuestra anticipación de sentido de la investigación que, el consumo de psicofármacos en la Penitenciaría de Boulogne Sur Mer actúa como estrategia de control social sobre la población reclusa y, además, esto genera la reproducción de lógicas punitivas por parte del sistema penitenciario. Es decir, el encierro y el aislamiento en conjunto con la prolongada prescripción de psicofármacos, no solo genera fricción entre los detenidos y la institución carcelaria, sino que, una vez que las personas detenidas hayan abandonado la institución tenga más probabilidad de regresar a la misma que de permanecer fuera de ella, producto del consumo sostenido de psicofármacos. Por lo que, estos agentes sociales encuentran al mundo carcelario como evidente en sí mismo constituyéndose la relación de dominación de la que son parte. En el mejor de los casos, dice Bordieu (2004) “son sujetos razonables más que racionales” (p.2) lo que conlleva a la violencia social y cultural en este sector poblacional.

La falta de programas y tratamientos en materia de salud mental en conjunto con la atención muy breve de parte del área de psicología resalta el tipo de violencia institucional existente en esta clase de instituciones. Pero, además, marca lo rutinario y común que debe ser la vida de las persona allí detenidas y para ello es necesario

Imponer un principio propio de visión y división, y poder influir sobre la consideración de aquello que es legítimo, implica construir el sentido común, el sentido de lo que somos en común, y así legitimar nuestro propio lugar en ese mundo en común (Calderone, 2004. p. 5).

Así, estas formas de construcción de sentido común no hacen más que posibilitar el funcionamiento de las estructuras de dominación dentro del mundo carcelario, reproduciendo lógicas punitivas mencionadas anteriormente. Y como es el Estado el que detenta el monopolio de la violencia simbólica legítima, es el mismo Estado que otorga, legítima y oficialmente, un capital cultural que sirve, indefectiblemente, como un signo distintivo del sujeto detenido. Weber (1919), en su obra, la política como vocación expresa que el “Estado es aquella comunidad humana que, dentro de un determinado territorio (el territorio es el elemento distintivo), reclama (con éxito) para sí el monopolio de la violencia legítima” (p. 2). En otras palabras “El Estado es la única fuente del “derecho” a la violencia” (Ibidem, p. 2)

Ahora, ese capital cultural⁷, generado en instituciones totales, no es más que una serie de códigos y normas creadas por la propia institución para la persona alojada allí. y que solo le sirve a él y su contexto pero que una vez finalizada su estadía, esas normas no tienen ningún sentido. Aunque si lo tiene cuando la persona ingresa nuevamente, producto de su habitualidad carcelaria, ya que habrá aprendido a conducirse en el interior de ella. Y no solo eso ya que ese capital cultural está institucionalizado y tiene un valor garantizado jurídicamente.

Podemos suponer, además, que en este tipo de instituciones hay una escisión básica entre los sujetos detenidos y el personal de vigilancia ya que se produce ciertos estereotipos hostiles entre ellos

⁷ Tomamos la noción de capital cultural propuesta por Pierre Bourdieu (1983). Para este autor el capital cultural es “un proceso de interiorización, el cual, en tanto que implica un periodo de enseñanza y de aprendizaje, cuesta tiempo. Y un tiempo, además, que debe ser invertido personalmente por el inversor” (p.139).

El personal suele juzgar a los internos como crueles, taimados e indignos de confianza; los internos suelen considerar al personal como petulante, despótico y mezquino. El personal tiende a sentirse superior y justo. Los internos se sienten inferiores, débiles, censurables y culpables (Goffman, 2001, p. 21).

Consumo problemático: Son aquellos consumos que

Mediando o sin mediar sustancia alguna— afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto, y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas —legales o ilegales— o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud (Ley 26934. art. 2).

Es decir, el consumo problemático es cualquier conducta que no podés controlar y que afecta tu salud física, psíquica o tus relaciones sociales.

Vivimos en una sociedad que ha construido una lógica de consumo donde el consumo en sí, ya es una problemática. Donde los jóvenes son consumidores específicos de algún objeto específico. Pero, además, en el campo de la salud, la medicalización de la vida, ha hecho que se haya construido todo un imaginario de que todo dolor, todo problema, es solucionado con una sustancia o con un medicamento.

El sujeto, que pasa a ser un producto del mercado o como bien lo expresa Bauman (2007)

En la sociedad de consumidores nadie puede convertirse en un sujeto sin antes convertirse en un producto, y nadie puede preservar su carácter de sujeto si no se

ocupa de restaurar, revivir y realimentar a perpetuidad en sí mismo las cualidades y habilidades que se exigen en todo producto de consumo (p. 26).

Es un bien reutilizable para continuar con lógicas netamente punitivas del Sistema Penitenciario. Si consume o sigue consumiendo psicofármacos, quizás vuelva a reincidir y mantener llenas las cárceles.

En palabras del informante 2, el impacto social que trae aparejado el consumo sostenido de psicofármacos puede ser desde “problemas para sostener buenas relaciones con sus pares”, imposibilidad de sostener un trabajo estable o problemas familiares” Inclusive “puede traer dependencia” (informante 7).

Aquí es necesario aclarar que el consumo problemático no es adicción o como dice la Doctora Alicia Stolkiner (2013)⁸. , en una entrevista “No necesariamente todo consumo problemático de sustancia es parte de un problema de adicción, aunque si todo problema de adicción es un consumo problemático”

⁸ Entrevista con la Doctora Alicia Stolkiner subido en youtube.

CAPITULO 5

Conclusiones

Lo plasmado en estas páginas rescata la voz y experiencia de los/as profesionales que se desempeñan en el complejo penitenciario de Boulogne Sur Mer y, a partir de sus trayectorias en la institución, se indaga acerca del abordaje en salud mental en el contexto carcelario, los alcances y limitaciones, las estrategias que desarrollan y cómo eso incide, según sus perspectivas, en las Personas Privadas de la Libertad.

Salud Mental en contexto de encierro

Respecto sobre la salud mental de los sujetos detenidos encontramos que, según lo analizado de las entrevistas realizadas, la mayoría de las personas detenidas se ven afectadas producto del encierro, las condiciones edilicias y el trato que se genera entre el sistema penitenciario (personal penitenciario, profesionales que trabajan en el mismo y administrativos) y cómo ese trato condiciona las conductas del sujeto en su estadía. Esos padecimientos subjetivos por los que atraviesa en su cotidianidad, son los malestares diarios con lo que debe contar y tratar de paliar, de alguna manera, para sobrellevar la carga del encierro.

La salud mental en la cárcel, en general, es muy crítica, primeramente porque no se dan las condiciones edilicias para vivir de una manera digna o acorde al ser humano. Existen una gran cantidad de personas que duermen en el piso porque las plazas de la penitenciaría están saturadas, se vive hacinado y las condiciones de higiene se hacen imposible.

De los análisis de los datos obtenidos creemos que hay una falta de preparación y conocimiento en materia de salud mental. De hecho, en varias oportunidades, los profesionales que se desempeñan en la institución manifestaron que desconocen la normativa

vigente o la escucharon en otro ámbito. Y esto es más grave aún ya que el cambio que propicia la normativa de salud mental lo hace desde un paradigma vinculado a los derechos humanos y con un concepto abarcativo que no solamente tiene que ver con la ausencia de enfermedades sino también con un proceso de construcción histórico, cultural, psicológico y social que hace a la construcción de una persona.

Segundo, no existe una política en materia de salud mental que abarque a la población reclusa y que sea implementada de manera objetiva y sin miramientos subjetivos. Esto se da, por lo general, porque las personas que se desempeñan en este tipo de institución se encuentran condicionadas en su tarea diaria y porque responden a escalas jerárquicas que no buscan la reinserción sino el orden y, donde lo primordial de la cárcel es la seguridad, al margen de si las condiciones edilicias están bien o mal o si el personal está preparado para abordar ciertas problemáticas sociales.

Tercero, la trama compleja en la cual se ven inmersos los profesionales que trabajan en el penal de Boulogne Sur Mer, está atravesado por hechos de violencia diarios que configura todo un escenario de tensión donde lo más urgente es el control social, sin importar cuales son los mecanismos que se utilicen para ello.

Además el sistema penitenciario les solicita a los profesionales tareas de evaluación y control por lo que indefectiblemente los mismos forman parte del mecanismo de control social institucional, que tiende a encauzar a los sujetos a parámetros establecidos en función del orden social vigente en nuestra sociedad.

Ciertos informes como la CIDH (2020), Xumex (2020), entre otros, manifestaron las condiciones en las que viven las personas y además constataron, tratos crueles, abusos sexuales, régimen de aislamiento extremo y torturas psicológicas. Todo esto genera un

impacto negativo en la salud mental de cualquier persona, agravando aún más con la pérdida de la libertad, con la pérdida del control total (si es que alguna vez la tuvo) de su vida.

En las cárceles solo existen malos hábitos⁹⁹ y la infamia a lo que son sometidos diariamente todos los encarcelados que los aboca definitivamente, a la criminalidad. Esos malos hábitos () son producto del propio sistema carcelario, además porque el encierro genera un impacto psicológico que hace que las demás funciones cognitivas se vean disminuidas, que el sujeto pierda interés por todos los aspectos de su vida y que solo piense en su modo de sobrevivir, aun a costa de la vida de los demás.

Desde la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental (en el año 2010) Mendoza firma un acuerdo en el 2019 para avanzar en su implementación, aunque ese acuerdo no traspasa los muros de la cárcel. Y como consecuencia de ello, las políticas de promoción y prevención en materia de salud mental dentro de las mismas se ven casi ofuscada para su implementación. En este sentido, las estrategias a implementar son nulas y los abordajes profesionales estarían limitados por la posición de jerarquía que ellos/as ocupan y la disposición para llevar a cabo alguna clase de política en materia de salud mental.

Así, nuestros informantes nos advierten que se desconoce la ley por completo y que existe poco (o casi nada) de encuentros interdisciplinarios para llevar a cabo políticas de salud, en especial de salud mental. Esto queda evidenciado en sus discursos ya que ninguno, por ejemplo, hizo alusión del concepto de padecimiento mental como refiere la ley sino que lo hizo en términos de trastorno mental. Y que las estrategias y/o dispositivos que utiliza la institución para llevar a cabo atención en salud mental (entrevistas semidirigidas, abordajes grupales, atención a la demanda espontánea, programas o talleres) se hacen siguiendo

⁹⁹ En la jerga penitenciaria, que circula entre Profesionales, Personal penitenciario y Personas privadas de la Libertad, se entiende por malos hábitos a: no querer trabajar, no tener pensamientos saludables, dormir hasta tarde, no bañarse, andar con ropa sucia todo el tiempo, no limpiar los lugares donde uno pernocta, ver tele por largas horas, hacer menos ejercicio, etc.

objetivos institucionales que no se condicen con las incumbencias profesionales del Trabajador Social. Respecto de esto último, los mismos son realizados siguiendo el régimen progresivo de la pena¹⁰ pero sin perspectiva de abordaje en salud mental, menos aún en salud integral.

La salud mental del sujeto se encuentra en peligro desde el momento en que ingresa a la cárcel. Personal no capacitado para su abordaje, espacios reducidos para vivir y convivir, estructuras edilicias que están por debajo de los estándares de habitabilidad, servicios básicos deteriorados e insatisfechos y alimentos de dudosa elaboración. En este contexto se hace muy difícil trabajar y realizar abordajes concretos. Los profesionales se ven limitados por la falta de recursos y los que existen están abocados al control y seguimiento.

Los procesos de una buena salud mental estarían dados por las relaciones con el otro, el humor, un buen descanso, la satisfacción de un trabajo estable, un contexto agradable, el sueño, participar en actividades recreativas y/o importantes, etc. Algo de lo que, en una institución carcelaria, estos factores no se podrían dar ya que, los estándares de habitabilidad y el contexto carcelario, actualmente, no posee un contexto donde esto se lleve a cabo.

Consumo sostenido de psicofármacos

Una de las particularidades de las instituciones totales es, el tratamiento psicofarmacológico que se realiza para llevar adelante abordajes de intervención. El trauma que vive un sujeto por el hecho de pasar un proceso de encierro, de no ver a su familia, de no estar con su entorno, o como dice Goffman (2001), pasar por un proceso de “desculturación”

¹⁰ Consiste en un sistema progresivo, dividido en cuatro fases o periodos por los que debe avanzar debido a la situación del condenado. Dicho avance dependerá del cumplimiento de los objetivos que la autoridad penitenciaria fije para cada fases o períodos del régimen citado.

(p.26) que lo incapacita para encarar ciertos aspectos de la vida diaria, hace que los síntomas sean confundidos con padecimientos psiquiátricos pero que son, fundamentalmente, desencadenados por circunstancias particulares.

Estas prácticas centradas en la medicalización del encierro pueden ser desencadenantes de otros procesos como el consumo sostenido de benzodiazepinas y que pueden llegar a generar adicción a tales sustancias o dependencia de las mismas. Si bien cada entorno favorece o perjudica la salud de las personas, el encierro junto con la medicalización constante del sujeto, va a moldear la salud mental de la persona privada de la libertad.

Este paradigma de medicalización y aislamiento, como el que se lleva a cabo dentro de las cárceles, no es llevado de manera ingenua sino que está atravesado por lógicas de seguridad y prácticas punitivas que apuntan a la reproducción ideológica del sujeto. Es decir, la persona adquiere valores y visiones del mundo que son propios del encierro (como los códigos carcelarios) pero que una vez internalizadas son legitimadas y puesta en práctica en su cotidianidad. En este sentido, parafraseando a Goffman (1970) dice que, cualquier grupo de personas, sean presos o miembros de una tripulación, forma una vida propia que se hace razonable o normal para ellos.

El consumo, prolongado y sostenido de psicofármacos, puede llegar a producir, según como lo manifiesta el informante de nuestra investigación, dependencia en la conducta del consumo. Y esto se puede llegar a transformar en un consumo problemático de sustancia, cayendo en la adicción al mismo. Quizás lo inadecuado de la prescripción de psicofármacos es que es la única estrategia ante el sufrimiento.

Vivimos en una sociedad donde el consumo ya es problemático por el solo hecho de querer obtener, a corto plazo, satisfacción de cosas materiales y/o personales. Nos

encontramos inmersos en una sociedad donde, creemos, que lo psicofarmacológico puede ayudarnos en todas las etapas de la vida y el abordaje profesional en algunos contextos (como la penitenciaría de Boulogne Sur Mer) no está exento de estas prácticas. Según la información recabada el 40% de la población carcelaria consume psicofármacos prescritos mientras que el 33,6 %, que padecen alguna enfermedad crónica, también tiene acceso a medicamentos. Esto quiere decir que 7 de cada 10 tiene en su poder medicamentos, regulados o no, y estos pueden generar comportamientos adictivos en la población general. O llegar a internalizar el consumo de psicofármacos como parte de su vida cotidiana.

Y este consumo va a condicionar la cotidianeidad del sujeto, tanto con sus pares como con sus familiares. Tan complejo es el contexto que podemos anunciar que nos vemos (y veremos) atravesado por tres legalidades que van configurando el campo penitenciario: La Ley de ejecución de la Pena Privativa de la Libertad, 24660; La Ley de Salud Mental, 26657 y la Ley de Drogas, 23737. Podemos alegar en este sentido que la Ley de Drogas ha sido históricamente sinónimo de cárcel y estigmatización por lo que la reproducción punitiva es un círculo de nunca acabar.

Por lo tanto, creemos que el consumo sostenido de psicofármacos, bajo las circunstancias descritas, no es más que reproducción de lógicas penitenciarias que pueden decantar en adicciones a los mismos. Además, las proyecciones que tiene el sujeto detenido sobre su vida, se ve difusa por la falta de claridad debido al consumo sostenido de psicofármacos. No es menos cierto lo que plantean algunos criminólogos donde señalan que la cárcel termina de marginar a quienes ya habían sido marginados fuera de ella.

RECOMENDACIONES

- Implementar estrategias que tiendan a reducir el consumo de psicofármacos prescritos como respuesta “habitual” que tienen la institución para realizar abordajes profesionales. Advirtiéndole que en esa lógica de habitualidad existe, a largo plazo, una problemática de adicción en los sujetos encarcelados.

- Crear dispositivos de abordaje acorde en materia de salud mental como lo explicita la normativa vigente, donde la atención en salud mental esté conformada por un equipo interdisciplinario.

- Crear una política de salud que, acorde a los requerimientos particulares de cada detenido y en consonancia con el sistema de salud pública, atiendan a los recursos necesarios de la institución penitenciaria. La ley de salud mental no vino a modificar el sistema de código penal en cuanto a medidas de seguridad sino que busca la protección y la garantía de que la persona acceda al derecho a la salud, respetando su dignidad.

- La implementación de una política de Salud Mental que incluya como parte integral el abordaje de consumos problemáticos en contexto de encierro y conducidos por profesionales, específicamente, del campo de la salud mental.

- Que la entrega de medicación o psicofármacos se realice respetando la confidencialidad y que se eliminen las renovaciones automáticas de la prescripción. En caso de que se renueven, se hagan solamente luego de una evaluación en la que se verifique la necesidad de continuar con tal prescripción. Que la entrega de prescripción de psicofármacos se haga a partir de un diagnóstico fundamentado y justificado e interdisciplinario y de acuerdo con la historia clínica de cada sujeto.

- Que exista una cantidad de Psicólogos, Trabajadores Sociales, Psiquiatra, Enfermeros y Médicos acorde a la cantidad de personas privadas de la libertad.

- · Que se tenga en cuenta al sujeto de intervención a la hora de realizar análisis clínico, sin caer en determinismos sociales, donde por el solo hecho de estar detenido requiera de algún psicofármaco o la inclusión en un proceso de medicalización. prescripción, etc.
- · Incluir la Salud Mental como política penitenciaria y acorde a los Derechos Humanos.
- · Incrementar un presupuesto en materia de salud mental de acuerdo a lo que establece la normativa vigente, Ley 26657.
- · Realizar encuentros interdisciplinarios para alcanzar un conocimiento de la ley de salud mental y los posibles abordajes respecto de los mismos.
- · Mantener un trato igualitario y justo entre las personas privadas de la libertad, que garanticen que el régimen de privación de la libertad sea el mismo para todos los detenidos
- · Proveer espacios adecuados de atención en materia de salud y con las condiciones necesarias que requiere toda persona en un centro de salud cualquiera, colocando carteles y otros materiales de divulgación que contenga información clara y sencilla sobre los derechos a la salud mental.
- · Que el personal penitenciario tenga una preparación sobre temática de salud mental pero con funciones específicas que le compete. Es decir, que no tenga acceso de psicofármacos y que el acceso al mismo sea a través de personal idóneo.

REFERENCIAS

Arenas, D. (2015). *El Trabajo Social en los Complejos Penitenciarios del gran Mendoza. Aproximaciones a la concepción del sujeto de intervención y la autonomía en la toma de decisiones.*

Asociación Civil de Familiares y Detenidos. ACIFAD. (2020). Situación Carcelaria Argentina Pre covid19: 100.000 vidas amenazadas. Cuando la salud no es un Derecho.

Asociación Psiquiatras Argentinos. (2019). Ley de Salud Mental, Desmanicomialización y Salud Pública. <https://www.apsa.org.ar/docs/leysm052019.pdf>

Ávila Fuenmayor, F y Ávila Montaña, C. (2010). El concepto de biopolítica en Michael Foucault. A parte rei. Revista de filosofía, p. 1-6

Bauman, Z. (2004). Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias.

Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. (Rosenberg, M., y Arrambide, J. - 1º ed. 2º ed. 1º reimp. 2009). Ed. Polity Press. Ltd. Cambridge. Consuming Life, 2007.

Bentham, J. (1979). El Panóptico. (Varela, J., y Alvarez, F. 2º ed.). Las ediciones de la piqueta. (L`oeil du pouvoir. 1979).

Bourdieu, P. (2001). Poder, derecho y clases sociales. (2º ed.). Editorial Desclèe de Brouwer, S.A.

Cáceres, C. (2017). Derechos Humanos en salud. En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental.

Centro de Estudios Latinoamericanos sobre Inseguridad y Violencia. (2020). Población privada de libertad en Argentina: un análisis comparado en perspectiva temporal 2013-2019. <http://celiv.untref.edu.ar/descargas/200715-informe-celiv-2020-digital.pdf>

Centro de Estudios Legales y Sociales. (2007). Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. https://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf

Centro de Estudios Legales y Sociales. CELS (2015). Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio. (132 p.) (DUDA. PREGUNTAR)

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2008). Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/buscador/search/printInstrumento/39>

Comision Interamericana de los Derechos Humanos, CIDH. (2011). Informe sobre personas privadas de libertad en las Américas. <https://www.oas.org/es/cidh/ppl/docs/pdf/ppl2011esp.pdf>

Comisión por la Memoria. (2020). Políticas de Salud Mental. <https://www.comisionporlamemoria.org/informeanual2020/politicas-de-salud-mental/>

diagnóstico y recomendaciones. https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/ediciones-especiales/PPN_La_atencion_a_la_salud_en_las_carceles_federales.pdf

en las cárceles federales : percepciones de las personas detenidas,

Faraone, S. (1993). Desmanicomialización: notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas asilares. Margen N3°. <https://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>

Ferrer, C. (2015). La vida de los hombres Infame.
<https://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina29343.pdf>

Ferro, Rubén Oscar (2010). Salud Mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. Revista de salud pública, (XIV) 2:47-62, dic. 2010

Foucault, M. (1999). Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1976). Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (2000). Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976). Fondo de Cultura Económica de Argentina.

Foucault, M. (1974). “Historia de la medicalización”. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social. Instituto de medicina social. Centro biomédico de la universidad estatal de Río de Janeiro. Educación médica y salud. Volumen 11, N° 1.

Foucault, M. (1975). Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión. Siglo XXI. Editores argentina.

Foucault, M. (1979). Microfísica del poder. (Varela, J., y Alvarez, F. 2° ed.). Las ediciones de la piqueta. (Microphysique du pouvoir. 1979).

Frankl, V. (1991). El hombre en busca de sentido. (Duodécima ed.) Editorial Herder, Barcelona.

Goffman, E. (1972). “los internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”. Buenos aires, Amorrortu Editores. Primera edición en inglés, 1961.

Goffman, E. (2001) “La presentación de la persona en la vida cotidiana.” (3ª reimp.) Buenos Aires: Amorrortu.

Informe sobre la situación carcelaria en la república argentina. (2006). Defensor del pueblo de la Nación.

Informe Xumex. (2018). Situación de los Derechos Humanos en Mendoza.

La valle, R. (2014). Sobre medicalización. Orígenes, causas y consecuencias. Parte I. Revista del Hospital Italiano. Buenos Aires, Vol. 34, N° 2. Pág. 67-72

Laplacette G. y Vignau L. (2008). “Medicalización de la salud”. Publicado en “Medicalización y sociedad”. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión” (Cannellotto Adrián- Luchtenberg Erwin, coordinadores). Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y la Universidad Nacional de General San Martín a través del programa Mundo Contemporáneo. Buenos Aires.

Ley 24660. Régimen progresivo de la Pena.

Ley 26657. Ley nacional de Salud Mental. (201) Buenos Aires.

Ley orgánica del Servicio Penitenciario de la Provincia de Mendoza. Ley 7976.

LOMBRAÑA A. y Belen M. (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.
<https://www.aacademica.org/000-063/201.pdf>

Lutz, Bruno (2013). Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social. Vol. XX, N° 57.

Machado, P. (2016). “*La relación entre la Salud Mental y Justicia Penal. El impacto de la incorporación de normativa de Derechos Humanos en Salud Mental en el sistema de administración de justicia penal del Poder Judicial de la Nación*”. (Maestría en Derechos

Humanos. Universidad Nacional de Lanús).

<http://ijdh.unla.edu.ar/advf/documentos/2017/12/5a298c0347df0.pdf>

Machado, P. , y Martin, E. (2016). Salud Mental, Sistema Penitenciario Federal

Meyer, A. (2020), Coronavirus: disturbios en las cárceles de Mendoza. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/262457-coronavirus-disturbios-en-las-carceles-de-mendoza>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2013). *Desafíos de una práctica transformadora dentro de la política Penal: Programa de Evaluación y Tratamiento a personas con Sufrimiento Mental en Contexto de Encierro.*
<http://www.bibliotecadigital.gob.ar/items/show/1523>

Murguía, A. Ordorika, T. y Lendo, F (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, V. 23, N 3, p. 635-651

<https://definicion.de/psicofarmacos>

OMS, “Preparación, prevención y control de COVID-19 en las cárceles y otros lugares de detención”, Orientación provisional del 15 de marzo de 2020. Ver <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisonsand-health/publications/2020/preparedness,-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention-2020>

OMS: (2001). Informe sobre la salud mental en el mundo. Ginebra.

OPS: Declaración de Caracas. (1990) Caracas.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Plan de Acción sobre Salud Mental*

Pérez Porto, J., Merino, M. (2013). *Definición de psicofármaco - Qué es, Significado y Concepto*. Definicion.de

Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. 53° Consejo Directivo. 66° sesión del comité regional de la OMS para las Américas.

Procuración Penitenciaria de la Nación. (2019). La situación de los Derechos Humanos en las cárceles Federales de Argentina.
<https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2019.pdf>

Procuración Penitenciaria de La Nación. (2020). La atención a la salud

Procuración penitenciaria de la Nación. (2014). La situación de los Derechos Humanos en las cárceles federales de la Argentina. pp. 133-137. Buenos Aires: PPN.
<https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-anual-2014.pdf>

Procuración Penitenciaria de la Nación. (2021). La situación de los Derechos Humanos en las cárceles Federales de Argentina.
<https://www.ppn.gov.ar/pdf/publicaciones/Informe-Anual-2021-final.pdf>

Procuración Penitenciaria de la Nación. PPN. (2016). Buenas Prácticas en Salud Mental en contextos de encierro.
<https://www.ppn.gov.ar/pdf/ejestematicos/Informe%20sobre%20buenas%20practicass%20en%20Salud%20Mental%20en%20contextos%20de%20encierro.pdf>

Programa de salud en contexto de encierro, (2020). Estrategias de intervenciones sanitarias en los servicios penitenciarios de la República Argentina.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/estrategias-de-intervenciones-sanitarias-en-los-servicios-penitenciarios-de-la-republica>

Sajn, Belén (2013). Monografía final. Residencia interdisciplinaria en salud mental.

Sajn, Belén (2016). Trabajo final integrador. “El proceso de medicalización en el campo de la salud mental infanto juvenil”

Sampayo, A. (2005). La desmanicomialización como práctica contra hegemónica en el abordaje de la salud mental. Memoria académica. <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/>

Sánchez, Nicolás F. (2012). La ciudad medicalizada. Michael Foucault y la administración de la población en Europa durante los siglos XVIII y XIX. Contextos, N° 28, p. 69-82

Sánchez, R. O.; Santos, R.; González, Hidalgo, E.; Fagundo Becerra, E.M.; Lázaro, G. A.; Carmona de la Morena, J.; Rodríguez Alcalá, del campo, J. M.; Diez Andrés, M. L.; Valles Fernández, N.; Butrón Gómez, T. (2011) “Medicalización de la vida”. Revista clínica de familia, vol. 4, núm. 3, p. 211-218. Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de familias y comunitaria, España.

Stolkiner, Alicia (2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. Revista Propuesta educativa Número 37- año 21- junio - vol. 1- FLASCO p 28-38.

Stolkiner, Alicia (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”. Compilador: Hugo Lerner. Editorial: Psicolibro. Colección FUNDEP.

Stolkiner, Alicia (2015). Cómo se piensa hoy la salud mental: sufrimiento psíquico e instituciones totales. Clase de diplomatura en salud penitenciaria.

Taylor S. y Bogdan R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos e investigación. La búsqueda de significados. Pp. 15-101

Wacquant, L. (2009). Castigar a los pobres. El gobierno neoliberal de la inseguridad social. Editorial Gedisa, S.A.

Wacquant, L. (2004). Las cárceles de la miseria.(Pons, H. Trad. - 1º ed. 2º reimp.-). Editions Raisons D'Agir. Les prisons de la misère.(1999).

Wacquant, L. (2007). Los condenados de la ciudad. Gueto, periferia y Estado. (Mayer, M. Trad.; 1º ed.). Editorions La Dècouverte. Parias urbains. Ghetto, banlieves, État. (2006)

y Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. Tensiones e intervenciones en Problemáticas Sociales Complejas. margen N° 82. 1-6.

EPÍLOGO

El presente trabajo emerge producto de mi paso por la institución de Boulogne sur Mer, por allá en el año 2004. Año en que marcaría mi vida y fijaría un rumbo hacia lo desconocido hasta ese momento. No fue sino en ese mismo año donde fui encarcelado por un crimen que no cometí y donde me condenaron a la pena de prisión perpetua. Para ese entonces no poseía las herramientas necesarias para defenderme de tal atropello.

Proveniente de una familia de bajos recursos y de un contexto tildado de “peligroso” por un sector de la sociedad que todo juzga y nada reflexiona.

Este trabajo es el epilogo de mi vida emergente, es el despertar de mi consciencia atrofiada por las injusticias de una sociedad hambrienta de venganza. Espero, algún día, que el significado “Justicia” sobre pase mis expectativas, que al final de este camino se vislumbre un ápice de verdad. Y que mi falta de experticia no siga empañando mi calidad de persona ni la sola ingenuidad de mis dichos siga poniendo en duda mis hechos. Aún sigo esperando...

ANEXO

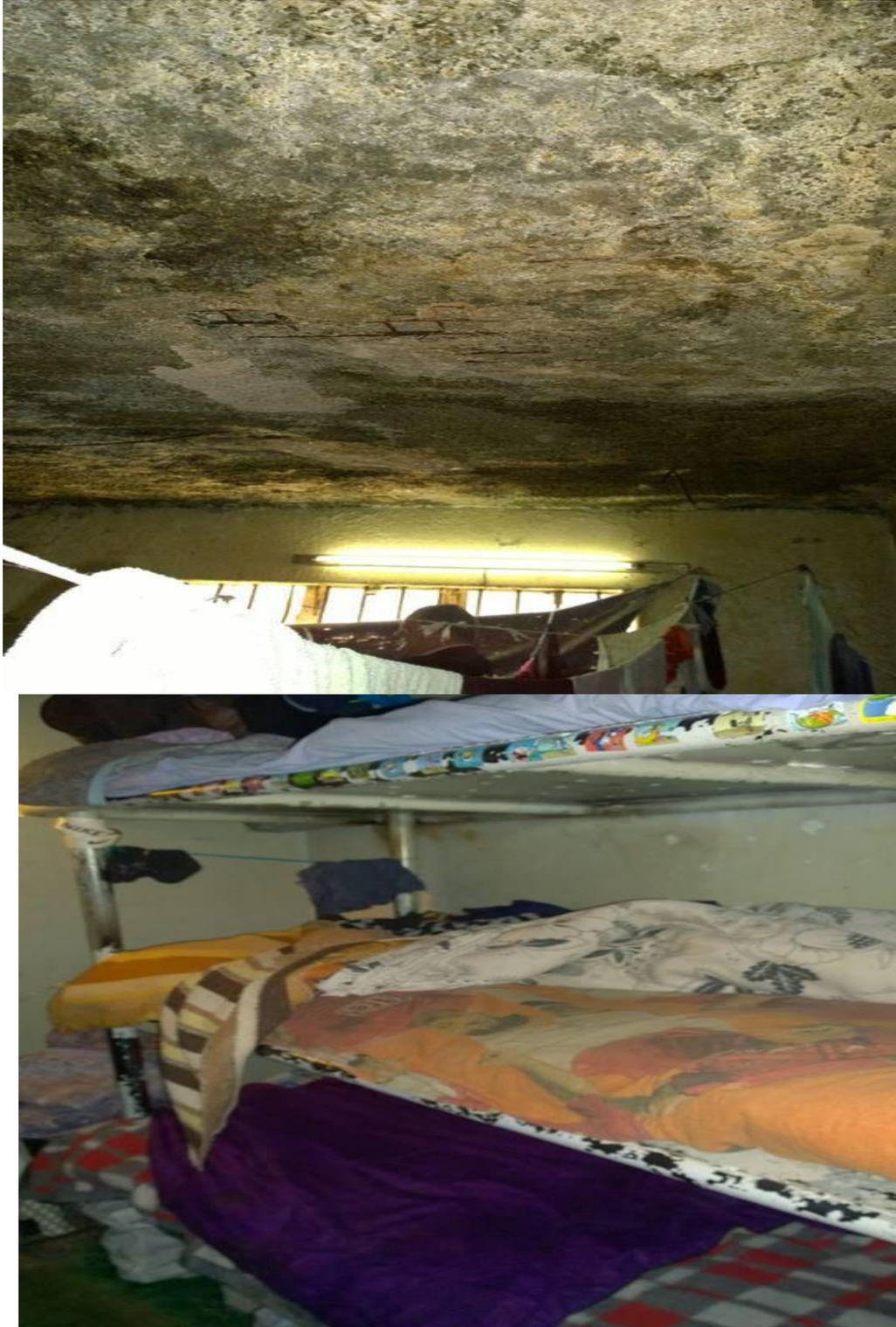
En el siguiente apartado se muestran algunas fotos extraídas del informe de monitoreo realizado por la Comitiva del Sistema Interinstitucional de Control de Cárceles desde el año 2016.











SANIDAD





Preguntas Realizadas en el Formulario Auto administrado.

1. ¿Hace cuánto trabaja en la institución?
2. ¿Conoce sobre la normativa de salud mental (ley 26657)?
3. ¿Cómo considera usted la ley de salud mental?
4. De acuerdo a la respuesta anterior. ¿Por qué lo considera así?
5. ¿Sabe usted cómo continúan los tratamientos las personas que obtuvieron la libertad?
6. Si su respuesta fue “SI”, ¿Cuáles serían esos tratamientos y en dónde?
7. ¿Se realizan encuentros con el equipo de salud en Boulogne Sur Mer?

Articulación, ateneos, discusión de casos, etc.

8. Para usted el consumo de psicofármacos en la institución de Boulogne Sur Mer es:

9. ¿Usted cree que el consumo de psicofármacos indicado influye en la trama relacional de los PPL en su cotidianidad?

10. Si su respuesta anterior fue “SI” o “NO”. ¿Podría argumentar porque considera que es así?

11. ¿Cambió la práctica de intervención del equipo de salud después de la ley de salud mental?

12. ¿Podría fundamentar la respuesta anterior?

13. En el abordaje en salud mental de las personas privadas de la libertad, ¿Ha tenido alguna experiencia interdisciplinar?

14. ¿Qué entiende por trabajo interdisciplinario?

15. ¿Cuáles son las estrategias que utiliza la institución carcelaria de Boulogne Sur Mer para llevar a cabo la atención en salud mental de las personas en contexto de encierro?

16. ¿Cree usted que tendría algún impacto social el consumo sostenido de psicofármacos prescritos? ¿Cuál?

17. Ante los mismos padecimientos, los niveles de medicación psicofarmacológica prescrita, ¿son más elevados en el espacio carcelario que extramuros?

18. De acuerdo a su respuesta anterior. ¿Podría fundamentarla?

19. ¿La situación de encierro de los sujetos detenidos impacta en su salud mental?

20. ¿Podría fundamentar la respuesta anterior?

21. Además del tratamiento psicofarmacológico, ¿Se desarrollan otras estrategias de intervención en el marco de un abordaje integral?

22. Si su respuesta fue “SI” ¿Cuáles?

23. ¿Cuál es su ocupación?