



La problemática de género y la salud mental en contextos de encierro

Abril de 2018

Introducción

Desde el año 2015 se viene observando un incremento significativo de mujeres detenidas, en particular en cárceles federales. En el marco de políticas económicas que incrementan la desigualdad social y la pobreza en América Latina, cada vez son más las mujeres que -acusadas de delitos vinculados al transporte y comercialización de drogas ilegales-, contribuyen a aumentar la población carcelaria en condiciones de infraestructura muy deficitarias. Según las últimas estadísticas del Ministerio Público Fiscal, la cantidad de mujeres y personas trans detenidas creció un diez por ciento desde fines de 2016 a mayo de 2017¹.

La inclusión de mujeres dentro de cárceles, agudiza las asimetrías de género, y pérdidas de derechos que tienen raíces sociales y culturales profundas relacionadas con las problemáticas de género.

Ya en nuestro Informe Anual 2016 se consignó: *"la gran mayoría de las demandas recibidas por parte de las mujeres detenidas en el CPF IV hacen referencia a la falta de atención médica general, la sobre medicalización psiquiátrica² y la aplicación abusiva de medicación inyectable³. En esta línea, resulta frecuente la utilización de espacios destinados a tratamientos de salud mental como una modalidad de sanción y castigo. Asimismo, se señala como una mala práctica penitenciaria la implementación de requisas vejatorias e intrusivas, que incluyen desnudos parciales y totales"*.

Dispositivos que no se enmarcan en la Ley de Salud Mental

El Servicio Penitenciario Federal a través de la publicación en el Boletín Público N° 467 del 24 de julio del 2012, -Resolución DN N° 1373- aprobó la implementación del Programa de Tratamiento interdisciplinario Individualizado e Integral (PROTIN) como un abordaje especializado para los varones adultos en el Módulo VI del Complejo Penitenciario Federal N° I de Ezeiza, y a finales del mes de junio del 2013 se formalizó su puesta en marcha para el tratamiento especializado de las mujeres con sede en el Módulo VI del Complejo Penitenciario Federal IV de

¹ Ver Informe sobre la Población en el SPF: <https://www.mpf.gob.ar/procuvin/files/2017/06/Reporte-de-informaci%C3%B3n-Poblaci%C3%B3n-penal-Mayo-2017.pdf> (página 12).

² La PPN presentó la Recomendación N° 812 a fin de solicitar el cese de la circulación desregulada de psicofármacos. Disponible en: <https://goo.gl/Inoc0T>

³ Informe Anual de la PPN, cap. VII "Mujeres en prisión, diversidad sexual y cuestión de género", 2010. Disponible en: <https://goo.gl/mSzaD>

Ezeiza. Previamente en ese módulo se encontraba funcionando el dispositivo PRISMA, que unos meses antes se trasladó al predio que comparte con el CRD del Complejo.

En el Pabellón "A" comenzó a funcionar lo que es denominado "Urgencias Psiquiátricas" y en el "B" el dispositivo PROTIN. Luego de varios relevamientos y monitoreos, desde aquel momento, pudimos constatar que no se cuenta con personal de enfermería afectado de modo particular y el personal de seguridad carece de formación específica en la materia de la salud mental. Los profesionales concurren solamente dos veces a la semana y el resto de los días estarían ambos dispositivos a cargo del psiquiatra que se encuentre presente, ya que no hay afectación a un solo dispositivo, sino que todos los profesionales pertenecen al Centro Médico y deben asistir a toda la población. Los fines de semana solamente quedan médicos de guardia y en su mayoría no están formados en el campo de la salud mental.

En cuanto a las urgencias que se presentan en la Unidad, el Boletín dice lo siguiente: *"Urgencias de las unidades. En los casos de personas con problemática de salud mental que se encuentren alojadas en las diferentes unidades del SPF se tomará la siguiente conducta para su abordaje: 1. CONTENCIÓN: se hará la contención multidisciplinaria en los servicios de asistencia médica (SAM) de cada unidad, en el área de internación/observación, donde además del abordaje terapéutico se solicitará la intervención al Equipo de Admisión del PRISMA (Memorando N° 50/2011 D.S.)."* En la práctica nunca se lleva a cabo una contención multidisciplinaria porque en la mayoría de los casos queda la detenida a cargo de agentes de seguridad. Los criterios de PRISMA no siempre se articulan con la concepción penitenciaria de urgencia.

A finales de julio del 2014 se presentó la Recomendación N° 816 en la que se plantea la posición de la PPN ante estos dispositivos, considerando a ambos como sectores de internación. Se recomendó la adecuación de los dispositivos de tratamiento de ambos pabellones-Programa PROTIN y Emergencias Psiquiátricas, a los parámetros establecidos por el Boletín Público N° 467 y la Ley de Salud Mental 26.657 especialmente al Capítulo VII, INTERNACIONES. Se solicitó la confección de un Protocolo de actuación, para cada dispositivo, que dé estricto cumplimiento al texto del Capítulo VII, en relación a INTERNACIONES, de la Ley 26.657, para *implementado en cada indicación de internación y por el tiempo* que transcurra tal recurso terapéutico. Asimismo, se recomendó la designación de profesionales acorde a las necesidades, con afectación exclusiva y con la capacitación necesaria para cada dispositivo; la implementación y puesta en funcionamiento de los llamados "recursos terapéuticos" y la implementación y puesta en funcionamiento del Dispositivo de Inclusión. Hasta la fecha no se realizó modificación alguna en esta dirección.

La violencia sobre los cuerpos y el encierro psiquiátrico

Esta violencia se ejerce, no solo, mediante la acción represiva directa, sino también mediante la medicalización y en ocasiones es acompañada por encierro



psiquiátrico. En muchos casos la medicalización no se condice con ningún diagnóstico de salud mental que la fundamente al igual que la internación en el "Psiquiátrico". En la misma línea, si bien la inclusión en un dispositivo psiquiátrico se informa a los juzgados correspondientes, dicha modalidad no se ajusta a la Ley Nacional de Salud Mental, por lo menos en el hecho de que no se agotan previamente las alternativas terapéuticas menos restrictivas. A eso se suma la ausencia de seguimientos por parte de los juzgados y las defensorías, y la vulnerabilidad que agrega la suspensión de la progresividad y de las visitas íntimas

Respecto a la acción represiva directa, en el año 2016 se registraron 1265 víctimas que nos permiten la individualización de un total de 3286 hechos de tortura y/o malos tratos. De las 1265 víctimas, 81 son mujeres, es decir el 6,4 por ciento de los casos⁴. Una de los hechos más relevantes en los últimos tiempos, teniendo en cuenta su masividad, se produjo el último 8 de marzo, en el marco del día internacional de la mujer. Ese día, una gran cantidad de la población de mujeres alojadas en el CPF IV, realizaron asambleas y otras formas de expresiones en defensa de los derechos de las mujeres. La protesta se potenció en el momento que desde el SPF se informó la suspensión -por tiempo indeterminado- del pago del peculio correspondiente al mes de febrero de 2018. Las protestas, con epicentro en el Módulo III, terminaron con el ingreso violento de la requisa, compuesta por entre treinta y cuarenta agentes de ambos sexos⁵.

En ese marco, una detenida fue trasladada al Anexo Psiquiátrico. Según consta en la denuncia de la PPN, a la mujer trasladada el personal de requisa le dijo: "te gusta hacer quilombo, ahora vas a ver hija de puta" (sic). Acto seguido la llevaron arrastrándola hacia el Anexo, donde le quitaron la ropa, dejándola solo con la ropa interior y le inyectaron un tranquilizante.

Otras dos víctimas también padecieron un castigo posterior a la golpiza, pero en su caso, fueron llevadas a los "tubos" (celdas de aislamiento) donde fueron obligadas a dormir en camastros sin frazadas, a pesar de las bajas temperaturas de aquella noche en Ezeiza.

En el Anexo Psiquiátrico, dos de los profesionales a cargo de la asistencia (una psiquiatra y un psicólogo), nos informaron que la paciente ingresó con un cuadro de "excitación psicomotriz". Observamos que esta descripción "diagnóstica" se constata -tanto en las Historias Clínicas como en el discurso habitual del personal-, como motivo de ingreso de la mayoría de los casos de las detenidas internadas en el dispositivo psiquiátrico.

Resulta necesario destacar que cuadro mencionado no es habitual que sea "diagnosticado" en la población masculina, sino que es propio de ser considerado en

⁴ Informe Anual 2016. Procuración Penitenciaria de la Nación. Pág. 17. Esta cifra de mujeres incluye los cinco casos denominados por el documento como de género "Trans".

⁵ Ver denuncia penal de la PPN en http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Denuncia_0.pdf

las mujeres. Según los “Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental”⁶ dispuesta por el Ministerio de Salud, un cuadro de “excitación psicomotriz” puede tener una base orgánica o psicógena y, tal como otros cuadros que determinan una urgencia, deben ser tratados en primer lugar garantizando las condiciones de cuidado y estableciendo una comunicación clara y sensible. En segundo lugar, debe realizarse una evaluación integral del estado de la persona y de la situación, descartando cuadros orgánicos, a fin de brindar, en un tercer tiempo, estrategias terapéuticas que incluyan un abordaje psicosocial / psicoterapéutico. En última instancia, muchas urgencias (pero no todas), se pueden resolver mediante un abordaje psicofarmacológico, priorizando su uso oral.

Contradiendo las recomendaciones del propio Ministerio de Salud, los primeros recursos que utiliza el SPF ante cualquier crisis son el encierro y la medicalización inyectable.

De cualquier manera, este tipo de “diagnósticos” tan sesgados en relación al género, realizados indistintamente por psiquiatras, por médicos o por personal de seguridad, parecen estar atravesados por cierta concepción que se traduce en la locura asociada a las mujeres nerviosas y/o enojadas. Esta “locura” es disruptiva para el SPF. Es decir, las mujeres que cuestionan, que son “violentas”, que no se subordinan, que sufren crisis personales y/o familiares; son “locas” destinadas a ser internadas en un dispositivo de salud mental. Son medicadas y “observadas” por personal del SPF sin ningún tipo de capacitación en cuestiones de salud (mental).

La llamativa frecuencia de supuestos episodios de excitación psicomotriz suscita una serie de preguntas: ¿Quién realiza el diagnóstico? ¿En qué contexto? ¿Cuánto y cómo influye –quizás- el consumo desregulado y el régimen penitenciario? Se ha advertido que tiende a homologarse la angustia y el enojo con la excitación psicomotriz, culminando muchas veces en la internación de cualquier persona –mujer- angustiada, enojada o “rebelde”. Creemos, por ello, que hace falta poner en cuestión el “sobrediagnóstico” de excitación psicomotriz (o sucedáneo), que es utilizado de modo arbitrario y discrecional a los fines de encubrir el castigo y el disciplinamiento.

Valga como muestra de la afirmación anterior el hecho de que se alega que las internaciones en el Pabellón “A” son para “observar y controlar” tales episodios de excitación psicomotriz, pero el resultado es el aislamiento y el control por parte del personal de seguridad.

Violencia económica

Otro foco problemático fue una modificación en la política de trabajo, - ya denunciada en nuestro Informe Anual 2016- que implicó la reducción de horas mensuales abonadas a las mujeres detenidas trabajadoras, que pasaron de 200 a un promedio de 160 horas por mes. Este descenso tuvo graves consecuencias sobre las mujeres, quienes, pese a encontrarse en prisión, continúan realizando significativos

⁶ Ver página web del Ministerio de Salud: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_afiche-atencion-urgencia-salud-mental.pdf



aportes económicos a sus hogares, situación que permite comprender los altos índices históricos de empleo remunerado en los establecimientos donde se aloja este colectivo.

La ya mencionada protesta por la suspensión del pago del peculio correspondiente al mes de febrero potenció la asimetría en relación a los varones detenidos. Las mujeres denunciaban que no podían enviar el dinero para mantener a sus hijos, y algunas ni siquiera podían sostener económicamente sus salidas transitorias.

Pero no se trata de la única diferencia respecto de la población masculina que quisiéramos mencionar aquí. Ocurre que, frente a dificultades en la convivencia o situaciones ligadas al gobierno de la cárcel que pueden incrementar los niveles de tensión o agresividad –y que afectan así el orden y el control penitenciario-, aparece para el caso de las mujeres la respuesta psiquiátrica: el traslado al Pabellón "A".

Cabe aclarar, que las mujeres no cuentan con la posibilidad de solicitar traslados dentro del Área Metropolitana, como tampoco cuentan con algún espacio dentro del establecimiento que funcione como una mediación entre la tensión de lo cotidiano y "lo psiquiátrico". Mientras que la población masculina en el CPF I, por ejemplo, tiene la alternativa de ser alojada en una habitación -destinada especialmente a esos fines- en la que permanecen alrededor de 48 horas, y durante las cuales son evaluados por los profesionales de los programas diferenciales (PRISMA, PROTIN y Detección del Suicidio).

Consideraciones

Desde el Área hacemos hincapié en una concepción integral de la Salud Mental en contextos de encierro, que incluye lo asistencial pero que se extiende al cuerpo y al entorno social. Es decir que en la salud mental repercute tanto la salud física como las condiciones de encierro, el acceso a las visitas, las relaciones afectivas dentro y fuera de la cárcel, el trabajo y la educación a la que puedan acceder.

En este marco, y atendiendo al objetivo del presente documento, es fundamental atender las necesidades de las detenidas, darles la palabra. Allí donde se corta el diálogo, la posibilidad de escucha, se está convocando al acto violento.

En el caso de las mujeres, a diferencia de los varones, muchas veces este acto es traducido inmediatamente en términos de locura, ejerciendo sobre los cuerpos de las mujeres acciones violentas directas, farmacológicas, y vejatorias. De esta manera, en forma de castigo y ejemplaridad, las golpean, encierran, desnudan, inyectan y observan.

Recordemos que debido a la construcción social de género que a lo largo de la historia fue definiendo el rol femenino –asociado principalmente a las tareas domésticas y a la maternidad-tradicionalmente las sanciones a los delitos cometidos por mujeres se focalizaron en el orden moral o en la salud mental, más que en el

aspecto puramente punitivo⁷. Nos atrevemos a agregar aquí, que aún en los casos de mujeres ya privadas de la libertad, es decir ya sancionadas desde lo punitivo, dentro de la cárcel se mantienen los criterios morales y de salud mental como sanción. Esta sanción actúa como castigo y como ejemplo disciplinador de lo que puede pasarle al resto de las mujeres, ya sea por reclamar por sus derechos, o por sufrir crisis vitales potenciadas por el encierro.

Se evidencia claramente que no hay un tratamiento entramado en el espíritu de la Ley de Salud Mental, sino que se aplican dispositivos de control de los cuerpos. Se observa y se controla. Hay una diferencia abismal entre tratar y controlar. La ausencia de profesionales del ámbito de la salud mental las veinticuatro horas, la falta de guardia psiquiátrica, y la observación en manos de agentes penitenciarios dejaría un margen para suplir con medicación, en ocasiones des-regulada. Cabe recordar, siguiendo la línea de lo des-regulado, que en los últimos años se han incrementadas las muertes de mujeres en situaciones dudosas y que, en varias oportunidades, se constató un contexto de consumo excesivo de sustancias psicoactivas.

No termina de quedar claro a quién se interna en el Pabellón A, si solamente se tratara de las urgencias psiquiátricas, nos preguntamos cómo podría permanecer una mujer por más de dos meses alojada allí. Tampoco llegamos a comprender, en función de las fundamentaciones esgrimidas, esa alternancia de internación entre Urgencias y PROTIN. Por otra parte, tampoco quedan claros los criterios de internación de mujeres con detección de riesgo suicida en Urgencias Psiquiátricas que no se las aborda en el marco del programa correspondiente.

La confusión y la indeterminación son variables de la gestión penitenciario-asistencial que intentan escamotear protocolos de aplicación y principios regulatorios de las prácticas en salud mental.

Equipo de Salud Mental

⁷ Citado por Wittner V. (2017) “Salud Mental entre Rejas”, pág. 35. JVE ediciones.