



Buenas Prácticas en Salud Mental en contextos de encierro

Desde el Área de Salud Mental de esta Procuración se han realizado, durante los dos últimos años, una serie de relevamientos que establecen puntos específicos que hacen a la práctica de la salud mental con las personas privadas de su libertad, que a nuestro entender no se ajustan a lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental, y que por ende conllevarían una vulneración de derechos.

Uno de los aspectos que se desprenden de los relevamientos efectuados en lo referente a la circulación desregulada de psicofármacos en el seno del SPF, es que el abordaje en salud mental es fundamentalmente psico-farmacológico, observándose una desproporción preocupante respecto de la oferta de espacios que trabajen con otros recursos. En otros términos, se observa una práctica centrada en la medicalización del encierro -y el aburrimiento- la cual otorga escaso lugar a la posibilidad de hablar de aquello que aqueja al sujeto con alguien que escuche. La prescripción de psicofármacos, entonces, más bien cancela –y no acompaña o propicia- la escucha de los asuntos personales, y en muchos casos va en el sentido de un redoblamiento de la modalidad tóxica. 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. En otros 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 prescripción¹.

Asimismo, mencionar que, a partir del año 2012, el Equipo de Género y Diversidad Sexual identificó una práctica vinculada con la salud mental, que continúa en la actualidad, a la que han denominado traslados-sanción temporales.

¹ Ver en expedientes del CPF CABA, CPF I, CPF II, CPF IV, Unidad 31, Unidad 19, PRISMA – PROTIN, Complejo de Jóvenes Adultos, los monitoreos de la Recomendación N ° 812, realizados durante el período que comprende desde abril hasta noviembre de 2016.



Los mismos implican el cambio de alojamiento de las mujeres hacia el Módulo VI del Anexo Psiquiátrico del Complejo Penitenciario Federal N ° IV por un tiempo aproximado que no supera los diez días. Las detenidas son trasladadas e internadas en el "Pabellón A" de Emergencias Psiquiátricas ante un cuadro de excitación psicomotriz, que suele encubrir una medida de castigo y habitualmente se articula con una demanda desoída por parte de los funcionarios penitenciarios. Las mujeres allí internadas permanecen en evaluación durante dos o tres días y son filmadas de modo constante. Según las versiones de las detenidas los traslados no son voluntarios y se les suministra medicación inyectable a la que no se pueden negar, modalidad nombrada como "la plancha". Práctica que se enmarca en un escenario de violencia. Mujeres que se transforman en "mujeres locas y conflictivas" por la respuesta que el sistema da a su malestar o a su demanda. La psiquiatrización/medicalización de la vida cotidiana en la cárcel no es sino un modo de gobierno.

En este sentido, en lo que respecta al tratamiento de las adicciones, en términos generales los CRD continúan trabajando sobre la base de criterios de inclusión formalizados hace ya varios años. Entre ellos destacamos la admisión exclusiva de internos que no se encuentren bajo tratamiento psicofarmacológico. Ello resulta indicativo de que no se trabaja siguiendo una perspectiva de reducción de riesgos y daños, lo cual contraviene lo dispuesto por la Ley Nacional de Salud Mental². Por lo demás, en estos dispositivos, de acuerdo a los relevamientos realizados, durante la mayor parte del tiempo los incorporados deben dirigirse a los operadores socio-terapéuticos, quienes cuentan con una formación más que insuficiente. Ello resulta coherente con otro aspecto a corregir que es el hecho de que la dirección de estos establecimientos continúa en manos de agentes penitenciarios y no de profesionales de la salud mental. Esto último ha de anclarse en la dependencia de los CRD respecto de la División de Tratamiento -y no de Sanidad, lo cual se correspondería mejor-, punto que también ponemos en

² En el art. 11 del Decreto Reglamentario dice "Entre las estrategias y dispositivos de atención en salud mental, se incluirán para las adicciones dispositivos basados en la estrategia de reducción de daños".



cuestión. A lo anterior habría que sumar las largas listas de espera, los lentos periodos de incorporación y el hecho de que la solicitud de incorporación tiende a centrarse –al menos en algunas unidades- en los problemas de convivencia y traslados. Y en ese sentido cabe mencionar también que los grupos AGA, oferta grupal de asistencia ambulatoria para el tratamiento de las adicciones, funcionan con muchas dificultades –muy limitados en muchos casos por cuestiones de espacio, disponibilidad de personal de requisa, tránsito cortado, etc.- o directamente no funcionan. Si se toma lo que venimos describiendo en su conjunto, se observa que se combinan un aumento de la población con problemática de consumo y la oferta de dos dispositivos –los CRD y los grupos AGA- que no resulta inclusivo de la problemática en su verdadera dimensión, es decir que la oferta no refleja la magnitud de la problemática a abordar.

Otro de los aspectos problemáticos tiene que ver con la reiteración de derivaciones al dispositivo PRISMA, que conllevan irregularidades cuando se las coteja con lo que establece la Ley Nacional de Salud Mental. Lo civil en un ámbito penitenciario ha planteado –y plantea- cierto obstáculo en el cotidiano carcelario; y ante la falta de respuesta del mencionado dispositivo a las demandas penitenciarias, se ha impuesto una modalidad de evaluación e internación desde lo judicial que desdibuja el sentido del Programa y lo posiciona en un lugar de alojamiento donde personal no idóneo decide y dispone sobre la incorporación de una persona, alejándose así de lo impuesto por la mencionada normativa. De este modo, se impone una perspectiva desde la cual sería vía la urgencia o la judicialización que dicha incorporación habría de producirse, borrándose así la especificidad de la oferta terapéutica del dispositivo PRISMA.

Por otra parte, en relación al mismo dispositivo, desde octubre del 2015 hasta la fecha venimos detectando, producto de diversas intervenciones, modificaciones en cuanto a la cantidad de profesionales asignados. Más específicamente, una disminución en la dotación del mismo, lo que dificulta la conformación de los equipos tratantes con que deben contar para la asistencia de cada paciente, según la Ley de Salud Mental, a saber, un Psicólogo, un Psiquiatra



y un Trabajador Social. De este modo se ven afectadas las actividades (talleres, grupos, etc.) que se ofertaban como parte del tratamiento. Antes de octubre del 2015 contaban con dieciocho enfermeros de los cuales solamente quedan doce; los psicólogos eran diecinueve actualmente son también doce; mientras que la cantidad de psiquiatras pasó de dieciséis a sólo cinco. Los trabajadores sociales continúan siendo cinco (no se ha modificado su cantidad), pero ya no cuentan con un músico – terapeuta ni con un Profesor de Educación Física. La cantidad de agentes destinados a tareas administrativas pasó de dos a sólo uno. Asimismo, con el recorte del presupuesto asignado al Programa, se interrumpió la prestación del móvil que llevaba a los profesionales desde el centro de la Capital Federal a Ezeiza. Ya no cuentan con los espacios de capacitación que eran unos de los pilares del abordaje, como tampoco con recursos para las supervisiones externas de aquellos pacientes más complejos. A los talleristas externos a cargo de siete talleres, que estaban coordinados por los equipos interdisciplinarios de profesionales del área de tratamiento de PRISMA, se les rescindieron los contratos y ninguno de ellos continúa su labor. Actualmente sólo funciona el Taller de radio y el Taller de cine, además del Espacio Socio Productivo. A fines del 2016 se acordó un convenio con la Universidad de Buenos Aires para el ingreso de cinco psiquiatras que tomarían diferentes guardias, pero de los mismos solamente continúan trabajando dos. Existe una dificultad para programar y cubrir las guardias, pero sobre todo resulta altamente problemático que las mismas no se encuentren en manos de personas implicadas con la lógica del tratamiento, lo cual agrega vulneración al derecho a la salud mental.

A su vez, en este franco deterioro del funcionamiento del dispositivo, debemos mencionar las deficientes condiciones edilicias y de recursos materiales. Llama particularmente la atención el área de los consultorios, que se encuentra en deplorables condiciones. Las mismas fueron denunciadas por nuestro Organismo en la presentación de un Hábeas Corpus que aún continua en curso. De todo lo anterior resulta que el derecho a la salud mental de los pacientes internados en



PRISMA se ha visto vulnerado de modo evidente con la desarticulación de la lógica de funcionamiento existente a raíz del recorte en la asignación de recursos.

Por otra parte, de acuerdo con los monitoreos que se realizaron en relación a la modalidad de las entrevistas psicológicas, en algunas Unidades no se verifica el debido cuidado de la confidencialidad durante las mismas, las cuales muchas veces se realizan en salas que carecen de puertas y ante la presencia de personal de seguridad. Prácticas de ese tipo ciertamente entran en conflicto legal con el derecho básico en la asistencia de la salud mental, como es el resguardo de la intimidad en los tratamientos que se brindan. Asimismo, contrastan llamativamente con lo que se lee en el Boletín Normativo Año 18,

N ° 413, donde por ejemplo se procura mantener en reserva o secreto la información contenida en la historia clínica del detenido, protegiéndola así de terceros y de la posibilidad de que se realicen copias o se reproduzca la información. Habiéndose observado esta situación en la Unidad N ° 24, cabe agregar que los jóvenes adultos son considerados como parte de un colectivo altamente vulnerable por lo que es obligación del equipo tratante advertir que en él está acentuada la asimetría con los adultos que tienen la obligación de dirigir su tratamiento. Esta población puede tener más dificultades para hacer valer sus derechos y necesidades ante los adultos responsables, los cuales además son profesionales.

En otro orden de cosas, de acuerdo con lo relevado a propósito de varios casos de muertes traumáticas, nos encontramos con que una persona con ideas de muerte no siempre es detectada por personal idóneo. Además, no se ha evidenciado el interés de escucha de aquello que produce malestar, lo cual muchas veces responde menos a cuestiones de índole "psicopatológica", que, a temas ligados al régimen penitenciario, como pueden ser el acceso al trabajo, a las visitas, modalidades de resguardo de la integridad física que conllevan veintitrés horas de encierro, etc. En este punto cabe aclarar que desde el Área de Salud Mental de la Procuración Penitenciaria se trabaja con una perspectiva integral de la misma –la salud mental-, que incluye aquello que acontece y se



ofrece –y se deja de ofrecer- a nivel del régimen penitenciario, y el efecto de dicho régimen sobre las personas detenidas, no reduciéndose la cuestión a aquello que puede transcurrir entre las paredes del consultorio psicológico. Ahora, volviendo a lo planteado más arriba, según la OMS, el suicidio es “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”. Frente a los casos de intentos de suicidios, el accionar suele ser la derivación automática al PRISMA, como un modo de que, en el trayecto, algo se “calme” para el interno. Un agravamiento preocupante es el escaso o nulo conocimiento profesional respecto a personas que se encontraban en situación de riesgo o vulnerabilidad. Se observó, asimismo, que dentro del procesamiento de fallecimiento en cárceles figuran datos de muertes definidas como causas de muerte dudosas. Esto plantea una incertidumbre sobre la inclusión en los índices de suicidio de tales muertes ya que dichos datos no han sido recodificados. Por lo demás, no puede dejar de mencionarse la desarticulación del Programa de Prevención de Suicidios (PPS) “propriadamente dicho”, es decir con un espacio propio de alojamiento y su funcionamiento articulado a la función de los internos de apoyo.

Siguiendo esta serie de puntos de relevancia, y tal como se lo ha plasmado en distintos documentos desde el Área de Salud Mental, existe una paradoja en la presencia de la variable psicológica en lo que hace a la progresividad del régimen, así como hay una contradicción interna en la idea misma del psicólogo "evaluador". La acción de cuantificar, obligar y condicionar en salud mental, así como su engarce con el régimen progresivo con objetivos psicológicos que conllevan el reconocimiento del delito, son todas ellas maniobras que vulneran el derecho a una debida asistencia en salud mental. Abordar la variable psicológica con objetivos tal como sucede, por ejemplo, con la salud médica, conlleva consecuencias en lo que hace al respeto de aquel derecho. Habría que señalar, además, los obstáculos y vicisitudes que en la actualidad resultan del hecho de que los psicólogos deban, entre sus demás funciones, evaluar y calificar a los



internos a quienes, a su vez, asisten desde el punto de vista de la salud mental: fundamentalmente, la cuestión de las calificaciones hace de tope, de obstáculo a la labor "terapéutica". En primer lugar, se trata de algo que genera roces y resquemores entre los detenidos y los profesionales que deben asistirlos. De esa manera intercede en el trabajo terapéutico y lo obstaculiza ya que impide que se pueda aprovechar el espacio terapéutico como un espacio de la palabra. Por ello mismo resulta por lo general éticamente cuestionable; y no sólo éticamente, ya que legalmente no se puede obligar a alguien a realizar un tratamiento psicológico, tal como lo señala la Ley Nacional de Salud Mental.

En segundo lugar, cabe señalar que el tiempo que los psicólogos deben dedicar a la respuesta de oficios, confección de informes para las calificaciones y otras labores "burocráticas" va en detrimento del acto de atender al malestar subjetivo y de la calidad en que dicho acto se lleva a cabo.

Cabe consignar que en el CPF I hemos detectado la utilización de medidas de sujeción, técnicamente denominadas *medidas de contención física mecánica*. Dichas medidas se mantienen con una duración que, en muchos casos, excede el primer momento de la crisis de excitación. Desde el Servicio Psiquiátrico Para Varones (SPPV) se ha confeccionado un Protocolo, dirigido a los médicos de guardia, que especifica las medidas a tomar ante los casos en que se presente una urgencia psiquiátrica y no haya una guardia psiquiatra in situ. El Protocolo explicita que los únicos autorizados para decidir sobre medidas de sujeción son los médicos psiquiatras. En los momentos en que no hay psiquiatras presentes, la guardia psiquiátrica se realiza por vía telefónica. En uno de sus puntos, dicho Protocolo estipula: *"En caso que el cuadro de excitación sea importante puede utilizarse la contención física-mecánica terapéutica de los cuatro miembros con cabecera sobre elevada a 45 grados hasta que ceda el cuadro con control médico de las contenciones cada hora con registro en la historia clínica"*. En Enfermería relevamos que las medidas de sujeción son realizadas con cintas de cinturón de seguridad de automóviles. En la zona de las muñecas dicho material está



recubierto de vellón polar (tela de corderito) a los fines de disminuir el daño por compresión. En cuanto a la duración de la medida, ésta depende de varios factores: indicación médica, tiempo en que hace efecto el tratamiento psicofarmacológico, o también el estado en el que el paciente recupera la conciencia.

Resulta relevante resaltar que, de la lectura del protocolo propiamente dicho, no se desprenden los criterios informados por Enfermería, y mucho menos que sea necesario mantener sujetos durante toda la noche a los detenidos. Además de indicar una fuerte medicación intramuscular (Lorazepam; Haloperidol o Levomepromazina; Prometazina) el Protocolo estipula, como mencionamos arriba, controles médicos estrictos cada una hora, por lo que consideramos innecesario mantener medidas extremas, cuando la situación de crisis ha sido controlada. Lo contrario resulta en una humillación y violación innecesaria a la integridad física y psíquica de las personas que son sometidas a tales medidas.

Otro de los puntos de relevancia que se ha desprendido de nuestros relevamientos tiene que ver con la continuidad de los abordajes en salud mental y su relación con los traslados, ya sea de establecimiento o de Módulo. Se trata de un punto ciertamente problemático, y que consiste básicamente en la frecuencia de la interrupción de vínculos terapéuticos debido a un cambio, por ejemplo, de Módulo. En esos casos la rigidez de la asignación del cuerpo de profesionales "por Módulo" impide que exista la debida continuidad que requiere cualquier vínculo terapéutico para poder operar sobre el malestar. Se genera de ese modo un continuo "volver a empezar" que establece una suerte de "como si" en lo que hace a la seriedad del espacio. En los casos en que el traslado es a otra Unidad, tampoco se observa la posibilidad -ya sea telefónicamente, por e-mail, o bajo alguna otra modalidad- de que el profesional tratante pueda articular lo desplegado en el espacio terapéutico al profesional que continuará la tarea, de modo de ponerlo sobre aviso de las características de lo que se desarrolló hasta



ese momento. Esto se vincula con la inexistencia, prácticamente, de las derivaciones, propiamente hablando: se trata de interrupciones, abruptas y automáticas que desembocan en un nuevo profesional. En el caso de ciertos programas específicos, como se lo ha observado a propósito de los sucesivos programas de tratamiento para detenidos por delitos de agresión sexual, al producirse alguna modificación en la estructura, la denominación o el lugar donde se realiza el programa, se interrumpe la continuidad de las fases, reiniciando el detenido desde la primera fase, es decir, volviendo "a fojas cero", sin ningún reconocimiento o acreditación del recorrido realizado.

Consideraciones:

- Respecto de la medicalización del encierro se recomienda la implementación de estrategias que tiendan a reducir la prescripción de psicofármacos como una respuesta asistencial habitual para "acallar" los efectos subjetivos del encierro. Advirtiéndose que en esa habitualidad se redobla una lógica tóxica que hace consistir la problemática adictiva de los privados de libertad. Como también que las prácticas en salud mental resulten una vía para encubrir castigos.
- En consonancia con lo que se ha planteado en el cuerpo de este informe, se considera necesario que los dispositivos de *abordaje de las adicciones* denominados CRD, pasen a la órbita de la Dirección de Sanidad, abandonando de ese modo la Dirección de Trato y Tratamiento, con su consecuente dirección por parte de profesionales de la Salud Mental. Por otro lado, resulta fundamental la ampliación de los cupos en dichos dispositivos –sobre todo en lo que hace a la población de varones adultos– a una cifra que resulte medianamente acorde a la dimensión que el problema del consumo problemático tiene actualmente dentro de la



población carcelaria. Consideramos que en la actualidad la mencionada oferta está bien lejos de acompañar el peso que tiene la problemática de las adicciones. A ello habría que agregar, por un lado, la preeminencia del abordaje psicofarmacológico de la salud mental en las cárceles federales, y su esperable impacto iatrogénico en lo que hace al problema de las adicciones; y por el otro no se puede dejar de mencionar la valoración positiva que suele escucharse por parte de los detenidos alojados en el CRD respecto de lo que allí se les ofrece desde el punto de vista terapéutico. Por último, la perspectiva de la reducción de riesgos y daños en los abordajes de las adicciones y la adecuación de dichos tratamientos a la Ley de Salud Mental son modificaciones aún pendientes que deberán atravesar a los CRD.

- Las irregularidades en las derivaciones a los dispositivos de internación en salud mental -tanto PRISMA como PROTIN- que mencionamos en el cuerpo de este informe, muchas veces emitidas o legitimadas desde la Justicia –los Jueces operando como “agentes de salud”, muy lejos de sus incumbencias-, no hacen sino profundizar el movimiento tendiente a socavar la especificidad y desdibujar el sentido de ambos programas.
- En lo que respecta a PRISMA en particular, el derecho a la debida asistencia en salud mental de los pacientes internados allí se ha visto seriamente vulnerado con la desarticulación de la lógica del funcionamiento allí existente, a raíz de los sucesivos recortes en la asignación de recursos. Dicha vulneración, si se nos permite la redundancia, reduplica la vulnerabilidad subjetiva que ya de por sí conllevó la internación de una persona en el mencionado dispositivo.
- Respecto del resguardo de la *confidencialidad*, se recomienda que los tratamientos en salud mental se ajusten a lo determinado por la Ley N°



26657 en su Artículo 7 del Capítulo IV³, así como a lo que determinan las "Reglas Mandela", emitidas por la ONU en 2015⁴. En tercer lugar, cabe mencionar que en el Plan Estratégico de Salud Integral del Servicio Penitenciario Federal -que comprende el período 2012-2015- se estableció un Protocolo de Prevención, Diagnóstico, Asistencia y Tratamiento en materia de Salud Mental, en el que se menciona que *"Deberá garantizarse el proceso de atención en un ambiente apto que asegure el resguardo de la intimidad del/la interno/a y en donde sea respetada la libertad de comunicar aspectos confidenciales relativos a su vida privada."* Luego, y ya que se hizo mención particularmente a la situación de los jóvenes adultos, se evidencia que la conducción y decisiones de la Salud Mental en dicha población, incluyendo los espacios con que pueden disponer para la asistencia, son tomadas por penitenciarios que pretenden un mayor control sobre los detenidos que están alojados bajo su responsabilidad. Resulta preocupante que la Salud Mental esté subsumida de ese modo en las coordenadas de la seguridad y el control y que las prácticas de salud no se lleven a cabo en un ámbito adecuado. En este sentido, una de las pautas a implementar podría ser la utilización de un buzón de audiencias que sean recibidas únicamente por profesionales del equipo de Salud Mental, neutralizando de ese modo el efecto de circulación entre los agentes penitenciarios de información que atañe a la intimidad de los detenidos.

- La concepción que abonamos respecto de la salud mental en contextos de encierro está basada en correr el eje de lo psicopatológico e individual,

³ Donde establece que el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental el *"derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación"*.

⁴ En la Regla N° 32 se estipula que, en contextos de encierro, *"la relación entre el médico u otros profesionales de la salud y los reclusos estará determinada por las mismas normas éticas y profesionales que se apliquen a los pacientes en la comunidad exterior, en particular (...) la confidencialidad de la información médica, a menos que mantenerla pueda dar lugar a una situación de peligro real e inminente para el paciente o para terceros"*.



considerando que las modalidades de la vida cotidiana que se establecen en la cárcel, el régimen penitenciario, el trato, la cualidad de los espacios de alojamiento -sobrepoblación-, sus condiciones materiales, la oferta de educación, trabajo, actividad física y recreativa, y el respeto y promoción de los vínculos sociales hacen a una concepción de la salud mental *integral*, que va más allá de los abordajes "psi". El encierro y el aburrimiento tanto como la impotencia que suscitan las respuestas arbitrarias por parte de los representantes de la agencia penitenciaria desembocan en muchas oportunidades en respuestas subjetivas que comprometen la integridad física y psíquica.

- En cuanto al rol del *psicólogo evaluador*, hace falta mencionar que para ningún tratamiento en salud mental resulta viable si se impone con fines evaluativos y regido por la lógica de objetivos dentro del tratamiento a cumplir. Consideramos que de ese modo la posibilidad misma de su eficacia resulta comprometida, si no cercenada de entrada. El Servicio de Psicología, desde su Coordinación, no ha logrado desligarse al día de la fecha de las demandas evaluativas provenientes de los Juzgados y desde la misma institución carcelaria, aun cuando registran diariamente cómo ello va a detrimento de su función principal, que debería ser atender al malestar psicológico. Se ofertan abordajes etiquetados según las diferentes temáticas que van surgiendo: Adicciones, Violencia de Género y Delitos contra la Integridad Sexual, pero no se brindan las condiciones necesarias para que se implementen de un modo que resulte verdaderamente eficaz – puesto que el énfasis no está puesto en dicha eficacia- ni se capacita a los profesionales como cabría esperar. Por todo lo anterior, cabe recordar lo que la Ley Nacional de Salud Mental –en consonancia con el espíritu de la



voluntariedad de los tratamientos psicológicos que la atraviesa- propone en su cap. IV, Artículo 7º, inciso k⁵

- En cuanto a las *medidas de contención física mecánica*, consideramos, siguiendo lo planteado más arriba, que se debería recurrir a las mismas cuando exista un riesgo inminente y haya resultado imposible operar por medio de lo interrelacional y/o el uso de psicofármacos. Por otra parte, no se debe debemos olvidar que la palabra y la escucha atenta pueden operar de modo apaciguador en muchas situaciones sin que resulte necesario apelar a la utilización de medidas tan coercitivas.
- Los cambios de profesionales, las interrupciones y/o reinicios en fases anteriores de los programas de tratamiento por traslados de módulos o establecimientos -y la ausencia de las derivaciones como herramientas que conlleven un pasaje de un profesional a otro con la consecuente referencia de lo abordado con el paciente- van en sentido contrario a las buenas prácticas en salud mental.

⁵ Donde habla del "derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades".