



Universidad Abierta Interamericana

Ley de Salud Mental en Contextos Carcelarios:

Problemas y Desafíos

Director de Tesis: Dr. Ignacio Sáenz.

Tesista: Gabriela Analía Cabrera.

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

Facultad: Psicología y Relaciones Humanas.

Marzo, 2021

PRÓLOGO Y AGRADECIMIENTOS

Al profesor Ignacio Sáenz, por su dedicación, apoyo y aliento, en el desarrollo de mi tesina.

A mi familia, que incondicionalmente está a mi lado.

Al Servicio Público Provincial de la Defensa Penal que me ha permitido acceder a contextos de encierro carcelario.

ÍNDICE

RESUMEN:.....	5
TEMA	6
PROBLEMA	6
FORMULACION DEL PROBLEMA	7
INTRODUCCION.....	10
OBJETIVOS:	11
MARCO TEORICO.....	12
CAPITULO I: Normativa vigente en materia de Salud Mental	12
Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657	12
Ley Provincial Nro. 10772 de Salud Mental:.....	16
Ley Nacional 24660 Ejecución Penal:.....	17
Creación del dispositivo de Salud Mental: DIS	20
Fundamentación y Encuadre jurídico del Proyecto	21
El Derecho a la Salud y su protección jurídica.....	23
Modelo de atención propuesto.....	24
CAPITULO II: Bases teóricas y definiciones de salud mental	26
CAPITULO III: Introducción a la temática de adicciones.	30
Conceptualizaciones: Desde Freud a sus seguidores:.....	30
El objeto-droga:	36
Otras postulaciones:	43
ESTADO DEL ARTE.....	44
MARCO METODOLOGICO:	52
Área de Estudio:	52
Tipo de Estudio:	52
Identificación y Definición de Variables.....	53
Unidad de Análisis.	55
Método.	56
Técnicas, Instrumentos y Procedimientos.....	56
Instrumento: Entrevista.	57
Procedimiento:.....	58
Consideraciones éticas.....	58
Análisis de Datos e Interpretación de Resultados	59
Cuadro demostrativo de datos recogidos	60

Resultado	61
Conclusión	63
Referencias bibliográficas:	68
ANEXO: Entrevista	74

RESUMEN:

En la provincia de Santa Fe, al igual que en el ámbito nacional en materia de Salud mental se implementó hace un tiempo, un proceso de desinstitutionalización en esta área y dentro de este marco se instituyó el dispositivo de salud mental en cárceles para todas aquellas personas que se encuentren privadas de su libertad o con medida de seguridad. En el trabajo de investigación se analiza el tipo de conocimiento que las personas privadas de la libertad poseen acerca de la existencia de la ley de salud mental, de los dispositivos que se encuentran disponibles en contextos de encierro y el reconocimiento de sus derechos para quienes presentan situaciones problemáticas de consumo de sustancias permitiéndose el acceso a los dispositivos y sus respectivos tratamientos.

Se busca realizar un aporte al modo en que la atención de la salud mental se articula con las lógicas del orden carcelario a través de dos ejes: el conocimiento sobre la existencia de la ley y de los dispositivos de salud mental disponible en las unidades y, el otro eje sobre el padecimiento, dispositivo y acceso a tratamiento, que encuentran su operatividad a través del reconocimiento de los derechos a participar de los mismos y a contar con la debida atención.

Los datos derivan de un estudio cuali- cuantitativo basado en entrevistas realizadas a personas privadas de su libertad, contando con pocos precedentes en el país, por lo que resulta importante problematizar la práctica penitenciaria a la luz de la ley de salud mental 26657 y su operatividad en función de las leyes, normativas y documentos institucionales vigentes. El trabajo concluye que el tipo de conocimiento que poseen las personas prisionizadas es incompleto y escaso, tanto en lo que refiere a la existencia de una ley que reconoce la salud mental como un derecho fundamental como así también de los dispositivos interdisciplinarios de salud que funcionan en las unidades penitenciarias, al tiempo que deja planteados desafíos que se presentan en este nuevo escenario, revelando la falta de reconocimiento de tales derechos plasmados en el texto legal pero sin correlato en la práctica institucional penitenciaria.

TEMA

Ley de Salud Mental en Contextos Carcelarios. Problemas y desafíos.

PROBLEMA

¿Cuál es el tipo de conocimiento sobre la existencia de la Ley de Salud Mental y vigencia en materia de adicciones por parte de los internos?, ¿Existen espacios terapéuticos en las Unidades Penitenciarias de Rosario para el abordaje de la problemática de consumo de sustancias?

FORMULACION DEL PROBLEMA

La salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos, aquellas personas que carecen de ella no podrán estudiar o trabajar adecuadamente y tampoco disfrutar completamente de sus vidas. Por ello, se ha entendido, que la salud, constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos, por lo que quedan abarcados todas las personas sin importar si las mismas se encuentran en condiciones de libertad o privados de ella.

La problemática del consumo de sustancias que se plantea a nivel mundial, también se ve reflejada en ámbitos como las cárceles de la Argentina, y, es por ello que la indagación empírica que se presenta a continuación se origina a partir de interrogantes planteados en la práctica profesional con personas privadas de la libertad en una de las unidades penitenciarias de la ciudad de Rosario, lugar en el que se encuentran alojados aproximadamente 317 internos.

A partir de la puesta en vigencia de la ley 26657 de Salud Mental se iniciaron cambios en el ámbito penitenciario al igual que en el resto del territorio del país con relación al aseguramiento del derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental, los que habían sido reconocidos tanto por el ordenamiento normativo nacional como internacional.

Del relevamiento de información realizado no solo de la legislación existente en la materia sino también de trabajos de investigación sobre el tema abordado, es que, se ha observado que a pesar de los avances logrados y de la vigencia de la ley, subsiste en el ámbito penitenciario la misma lógica del paradigma manicomial en cuanto a la concepción de la salud y las posibilidades prácticas de su reconocimiento para aquellos que se encuentran privados de su libertad. De tal manera, han surgido las siguientes

preguntas: ¿cuál es el tipo de conocimiento sobre la existencia de la Ley de Salud Mental y vigencia en materia de adicciones por parte de los internos?, ¿Existen espacios terapéuticos en las Unidades Penitenciarias de Rosario para el abordaje de la problemática de consumo de sustancias?, ¿Tienen los internos acceso a los espacios de salud y recibir su tratamiento?

Lo novedoso del abordaje integral en materia de políticas sanitarias para quienes se encuentran en ámbitos carcelarios y que permitiría la equiparación de la atención médica comunitaria en un contexto carcelario, lamentablemente, en estos días sigue desdibujado por la falta de implementación en la práctica. El anterior paradigma tenía como principales pilares la concepción del individuo como sujeto pasivo en orden al ejercicio de sus derechos, la ausencia de información y participación en el tratamiento, entre otros postulados como las ideas el encierro, la segregación, la figura preponderante del médico sobre el paciente, la exclusión del sujeto de todos sus vínculos afectivos, emocionales y sociales. Es por ello que interesa indagar en la experiencia penitenciaria de la ciudad de Rosario como se conocen y transforman en efectivos los derechos y garantías reconocidos en lo referido al derecho a la salud mental, en especial a quienes presentan problemática de adicciones y requieren de tratamientos por consumo de sustancias, por parte de las personas que se encuentran en contextos de encierro penitenciario, dependientes del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe. La temática sobre adicciones ha sido elegida porque fue una de las que ha provocado mi mayor interés y el abordaje será realizado desde el paradigma Psicoanalítico, aunque con mención de otros posicionamientos teóricos.

Así, se abordará el tema de investigación respecto a estudio piloto previo realizado los días 27 y 28 de noviembre 2018, con un grupo formado por 12 internos de entre 20 y 45 años de la Unidad Penitenciaria masculina Nro. XVI de Rosario, sobre quienes se

observará si conocen la existencia de la ley de salud mental y el reconocimiento del derecho a quienes presentan problemáticas por el uso de sustancias, y si en el lugar en el que se encuentran privados de la libertad existe o no un espacio para el abordaje de las adicciones. Todo ello en virtud de lo establecido en el artículo 4, 7 de la ley 26657. El rango etario elegido obedece a que según información a la que se ha tenido acceso es el rango de edades donde es más frecuente el consumo de sustancias legales e ilegales. No obstante, el interés sobre el tema, en la ciudad no se ha realizado una investigación que determine el tipo de conocimiento que los internos tienen sobre la existencia de la ley de salud mental, sus derechos y el acceso a justicia para el reconocimiento de los mismos.

Se espera entonces que con esta investigación se pueda indagar sobre el conocimiento de la misma y hacer un aporte para llenar ese vacío de conocimiento generando una propuesta que sea factible, pudiendo consistir la misma en el dictado de charlas, talleres informativos y preventivos sobre la problemática de las adicciones.

INTRODUCCION

En el año 2010 se sanciona en la República Argentina la Ley 26657, Ley de Salud Mental, que fuera reglamentada en 2013 y a partir de allí comienza su vigencia en todo el territorio de la República Argentina. Luego las leyes provinciales se adaptan a la misma siguiendo sus lineamientos como ocurre en Santa Fe con la ley 10772 sancionada el 26 de diciembre de 1991 la que consta de 28 artículos.

A nivel mundial se ha definido a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad («Constitución de la Organización Mundial de la Salud», aprobada en 1946). Desde esta perspectiva, el derecho a la salud está estrechamente ligado a otros derechos humanos fundamentales y su materialización depende de la realización de otros derechos, por lo que surge la obligación del Estado de proporcionar un sistema de protección sanitaria otorgando a las personas el acceso a los servicios de cuidado médico.

El derecho a la salud es, entonces, un derecho universal que no puede verse limitado por la privación de la libertad razón por la que la salud de los internos ha sido una preocupación constante para quienes son operadores del sistema penal ya sea desde su función como defensores, jueces, fiscales y miembros del Servicio Penitenciario.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

* Indagar el tipo de conocimiento sobre la existencia de la ley de salud mental, así como el reconocimiento del derecho tienen quienes presentan problemáticas por el uso de sustancias de las personas privadas de su libertad alojadas en la Unidad 16 de Rosario.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

*Identificar el tipo de conocimiento de los internos sobre la existencia de una Ley de Salud Mental que reconoce y garantiza sus derechos.

* Identificar el tipo de conocimiento sobre los dispositivos que funcionan en la unidad penitenciaria y los tratamientos que se utilizan para el abordaje de la temática de adicciones en el marco de la Ley de Salud Mental.

*Indagar sobre el reconocimiento de sus derechos a quienes presentan problemática de consumo de sustancias.

MARCO TEORICO

CAPITULO I: Normativa vigente en materia de Salud Mental

Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657

En Argentina la ley de Salud Mental en su artículo 3 establece: “La Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, 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. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”.

Asimismo, el Artículo 4 de la Ley refiere: “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales o ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”. Agrega el Artículo 7º: “El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que, en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- l) 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;

- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados”.

En concordancia con la normativa internacional, se consideran parte integrante de la presente ley e instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas en la República Argentina, los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17/12/91, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la OMS para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, 14/11/90 y los Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención de la salud mental en las Américas, 9/11/90.

Desde la década de los años 40 del siglo pasado, comienza a vislumbrarse el nacimiento y desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos, observándose que, si bien las condiciones de las internaciones han mejorado lenta y paulatinamente, aún dista mucho para que la misma sea operativa. La Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud, constituida por la OMS (Declaración de Caracas, Noviembre 1990), que fue suscripta por la Argentina, marcó un hito jurídico y político en cuanto a

visibilizar el rol del hospital psiquiátrico. Quince años después, los Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención de la Salud Mental en las Américas, se redactaron con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990 (Principios de Brasilia: noviembre 2005). Allí los representantes de países asistentes, establecieron que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los Informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales, comprometiéndose a continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios étnicos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

En la contextualización del campo de la salud mental y producción de la enfermedad mental, se puede observar cómo las lógicas de poder, las concepciones e imaginarios en relación a la locura y la enfermedad mental, los aspectos jurídicos y las modalidades de tratamiento, emergen y se inscriben en el contexto socio-histórico y político del cual forman parte. En tal sentido, Europa (1970) y Estados Unidos (1960) fueron pioneros en las re-estructuras a la atención y en el abandono del manicomio y del hospital psiquiátrico como la centralidad para la atención. Italia, Inglaterra, Francia, fueron referentes en tal sentido, autores como Castel (1980), Foucault (1967), Basaglia (2008) y, Evaristo (2011), entre otros, han participado, investigado y sistematizado estas prácticas instituyentes. De igual modo Martín, J. P., & Bernal, A. O. (2009), citan a Laing (1993) como parte de estos movimientos de los que resultaron procesos de institucionalización, con diversa expresión en la construcción de políticas públicas y transformaciones institucionales en las estructuras de atención en Europa.

En Argentina, el proceso de reforma psiquiátrica tuvo su impulso en la provincia de Río Negro a fines de la década del 80, iniciándose un movimiento de desmanicomialización, que incluyó programas de inclusión laboral para personas con

sufrimiento mental, cierre de neuropsiquiátricos, promoción del tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas. Este movimiento, tuvo repercusiones y desarrollos en otras provincias, a partir del dictado de leyes provinciales se adaptan a la misma siguiendo sus lineamientos como ocurre en Santa Fe con la ley 10772 sancionada el 26 de diciembre de 1991 la que consta de 28 artículos, San Luis, donde desde 1993 se comenzó la reformulación de la atención en salud mental en el sistema pública. En julio del 2000 la legislatura autónoma de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto que en junio del 2011 se votó la Ley Nacional de Salud Mental 26657.

Ley Provincial Nro. 10772 de Salud Mental:

En el ámbito de la Provincia de Santa Fe rige la mencionada ley, antecesora de la ley Nacional de Salud Mental que indica en su ARTÍCULO 1: El derecho al tratamiento y sus condiciones, por lo que “toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación. Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Las personas tienen derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo los casos en que así lo disponga la autoridad judicial en la forma prevista en la Ley”. Y en su ARTÍCULO 23: refiere a los Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, indicando que “El Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto creará, en un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, a partir de la promulgación de la presente Ley, Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, para la asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas

o detenidas bajo proceso penal. Para permitir una integración conceptual asistencial, el personal profesional y no profesional, tendrá dependencia programática y administrativa del Ministerio de salud y Medio Ambiente.

Ley Nacional 24660 Ejecución Penal:

Ha de señalarse que el ámbito carcelario, en tanto institución total (Goffman, 1998), constituye intrínsecamente un mundo que se caracteriza por ser binario y asimétrico y que se produce como resultado de la interacción que estas instituciones imponen y también como consecuencia de otras series de prácticas divisorias (Foucault, 1991) que generan diferencias y posibilitan la gestión de esa multiplicidad singular que es la población penitenciaria. En el espacio carcelario, el mantenimiento del orden es precisamente el conjunto de las acciones orientadas a la producción y reproducción de esas diferencias, divisiones y relevos, y su utilización para producir efectos en términos de conducción y encauzamiento de las conductas de los internos (sujetos que habitan la institución). A esta forma de acciones se las llama gobierno de la prisión, que no refiere sólo al gobierno de los presos, pero que encuentra allí uno de sus puntos principales. Lo hasta aquí mencionado quedado claramente delimitado en la obra de Bentham, (1979) a partir de la publicación en 1791, de El Panóptico de Bentham, donde se trata de gestionar una multiplicidad de hombres en un espacio cerrado y la psiquiatría, como tecnología de intervención sobre los individuos, es una de las herramientas privilegiadas.

A partir del momento en que la psiquiatría irrumpe en la escena penal a fines del siglo XVIII hay un acoplamiento del discurso psiquiátrico y el derecho penal que se da a partir de una producción discursiva novedosa como es la pericia. Definiendo a la misma podría decirse que se trata de un discurso con propiedades específicas que indica de

manera científica la “peligrosidad” de un sujeto. A raíz de ello, es un discurso de saber, poder y verdad, un discurso que decide sobre la libertad y, en el límite, sobre la vida y la muerte de un sujeto. Esto último ha sido mencionado por Foucault, (2003). Más allá de la escena del juicio, dentro del ámbito carcelario y en el marco de la ejecución de la pena privativa de la libertad, la psiquiatría también se despliega según el cumplimiento de una función asistencial: la atención de la salud mental. Esta función forma parte del dispositivo de “tratamiento penitenciario”, y este es un aspecto que ha sido menos estudiado que la función pericial en nuestro país, pero que ha despertado gran interés en otros países como por ejemplo en España, dónde ha llegado a constituirse todo un campo en torno a lo que se denomina “psiquiatría penitenciaria” o “sanidad penitenciaria” como refiere Barrios Flores (2000), luego de un relevamiento histórico menciona que actualmente la asistencia psiquiátrica penitenciaria de carácter hospitalario se lleva a cabo en los Establecimientos Hospitalarios de Alicante, creado en 1983 (Orden 25.11.1983, B.O.E., 9 diciembre) y que recibe sus primeros pacientes el 12.1.1984, y Sevilla, creado en 1990 y Pérez Martínez,(2004) que indica que La psiquiatría penitenciaria es un ejercicio peligroso, puesto que se le exigen diversas misiones imposibles (predicción de peligrosidad, prevención de recaídas y puesta en práctica del control social), con una gran escasez de medios, sin un reconocimiento social ni profesional (status marginal) y con una gran dificultad para formarse en este campo.

En Argentina, el tratamiento penitenciario se enmarca normativamente en la Ley de Ejecución Penal 24.660 sancionada en el año 1996, y modificada por la Ley N°27.375 en 28/07/2017, la que reza:

ARTICULO 1º —La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, tiene por finalidad lograr que el condenado adquiera la capacidad de

respetar y comprender la ley, así como también la gravedad de sus actos y de la sanción impuesta, procurando su adecuada reinserción social, promoviendo la comprensión y el apoyo de la sociedad, que será parte de la rehabilitación mediante el control directo e indirecto.

En virtud de ello, el régimen penitenciario a través del sistema penitenciario, deberá utilizar, de acuerdo con las circunstancias de cada caso, todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados para la finalidad enunciada.

ARTICULO 3° — La ejecución de la pena privativa de libertad, en todas sus modalidades, estará sometida al permanente control judicial. El juez de ejecución o juez competente garantizará el cumplimiento de las normas constitucionales, los tratados internacionales ratificados por la República Argentina y los derechos de los condenados no afectados por la condena o por la ley.

ARTICULO 5° — El tratamiento del condenado deberá ser programado, individualizado y obligatorio respecto de las normas que regulan la convivencia, la disciplina y el trabajo. Toda otra actividad que lo integre tendrá carácter voluntario. Deberá atenderse a las condiciones personales del condenado, y a sus intereses y necesidades durante la internación y al momento del egreso.

Para cumplir con lo establecido, el desempeño del condenado, que pueda resultar relevante respecto de la ejecución de la pena, deberá ser registrado e informado para su evaluación por parte del juez de ejecución, para lo cual “el régimen penitenciario deberá utilizar todos los medios de tratamiento interdisciplinario que resulten apropiados para la finalidad enunciada. La atención médico psiquiátrica se encuentra en esta batería de medios de tratamiento, junto a otras instancias de atención de la salud, talleres educativos, talleres de trabajo, etc. Según la mencionada normativa, el tratamiento del condenado debe ser programado de manera individualizada, según las características de

cada preso y se funda en el criterio de “progresividad”: un sistema de registro, clasificación y calificación de las conductas, orientado a evaluar la adaptabilidad o pronóstico de reinserción social de una persona en el medio libre y su posible acceso o no a ciertos beneficios como egresos transitorios y libertad anticipadas a libertad condicional o asistida. Sin embargo, quedan por fuera de este régimen de progresividad los declarados inimputables, los que según el art. 34 del Código Penal no pueden comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones, a quienes se les aplicaba una medida de seguridad.

Creación del dispositivo de Salud Mental: DIS

En función a lo ordenado por la normativa provincial aludida, se ordenó la creación del Dispositivo Interdisciplinario de Salud (en adelante DIS), dependiente del Ministerio de Salud y con la Primera Fase de su puesta en marcha e implementación, que abarca como población destinataria, las personas detenidas en la Unidad Penitenciaria Nro. 1 de Coronda, las Unidades Penitenciarias 3 y 5 de Rosario, las Unidades Penitenciarias 2 y 4 de Santa Fe y Sala de Internación para personas detenidas del Hospital “Cullen” de la ciudad de Santa Fe, contemplando además la posibilidad de incluir la Unidad Penitenciaria Nro. 11 de Piñero.

El objetivo fundamental de los DIS es la producción de salud en la particularmente adversa situación de privación de la libertad. Para ello y en cumplimiento de la integralidad que es uno de los lineamientos básicos de ese Proyecto, las acciones a desarrollar comprenden necesariamente las de promoción y prevención y no sólo la asistencia de los padecimientos ya instalados y notorios.

El mencionado Proyecto es gestado, originalmente, en el marco del Convenio de Cooperación Interministerial suscripto entre los Ministerio de Salud, de Gobierno, Justicia y Culto y la Secretaría de Estado de Derechos Humanos: Programa Salud

Mental para Ciudadanos Detenidos o Bajo Medidas de Seguridad, registrado bajo el N° 2083 de fecha 06-08-04 –folio 243- tomo IV- en el Registro de Tratados, Convenios y Contratos Interjurisdiccionales Decreto N° 1767/84; y ratificado mediante el decreto gubernamental Nro. 703/05, otorgándosele el carácter de política de estado en este campo.

El referido Programa se encuentra conformado por los siguientes Proyectos: a) Creación de Departamentos de Salud Mental (en adelante DSM) en el ámbito penitenciario; b) Sustitución y cierre del pabellón psiquiátrico de la Unidad Penitenciaria Nro.1 de Coronda; c). Asistencia en Salud Mental para ciudadanos detenidos en alcaidías, Seccionales, Comisarías y otros lugares de detención dependientes de la policía provincial; y d) Reglamentación, Re funcionalización y Creación de Juntas Especiales en Salud Mental.

En el año 2005 fue ampliado el Convenio Interministerial original, incorporándose el Anexo V, Cláusula Cuarta a los fines de implementar el Proyecto de Asistencia Integral de la Salud de los ciudadanos privados de su libertad en el ámbito penitenciario provincial, que comprendía el traspaso paulatino de los Servicios de salud penitenciarios al Ministerio de Salud. Este último anexo nunca comenzó a implementarse.

Fundamentación y Encuadre jurídico del Proyecto

Cabe destacar que los antecedentes mencionados, constituyen un hito importante, para la prosecución del objetivo fundamental de este Proyecto Clínico-jurídico y político, que sostiene que todas las prestaciones de salud en el ámbito de las unidades penitenciarias provinciales, deben estas sostenidas por dispositivos que dependan técnica, administrativa y financieramente, de la órbita del Ministerio de Salud.

Solo de esta manera se dará cumplimiento a la legislación vigente que establece claramente que el único derecho del que debe ser privado, aquel ciudadano que se halle cumpliendo una condena, es la libertad. En este contexto, la independencia del ámbito del Servicio Penitenciario, resulta una condición ineludible, para asegurar que las prestaciones de salud no queden sutil y progresivamente subsumidas en las lógicas de premios y castigos propias de las dinámicas instaladas en las Unidades Penitenciarias.

La implementación de los Dispositivos Interdisciplinarios de Salud, permitirán avanzar en el proceso ya iniciado con la creación de los Departamentos de Salud Mental, hacia la construcción de prácticas sostenidas en una concepción de los procesos de salud/enfermedad, que incluye complejos componentes entre sus condiciones de producción: el biológico; el mismo sistema de salud; el ambiente y los estilos de vida, entendidos estos últimos como diferentes modos de relaciones con las instituciones de la cultura (trabajo, educación, salud, etc.), hábitos alimentarios y de usos y abusos de sustancias tóxicas, relaciones con los marcos que regulan de los vínculos sociales, etc., comportamientos éstos, que dependen no sólo de condiciones subjetivas y biológicas propias de cada sujeto, sino también de una serie de variables tales como las representaciones sociales, los sistemas valorativos, los sistemas de significación de la realidad circundante, etc.

El contar con equipos interdisciplinarios de salud, capaces de diseñar estrategias que integren estos aspectos en los abordajes propuestos, continuará favoreciendo la orientación de las acciones hacia la protección y promoción de la salud, desde un enfoque superador de las prácticas clínicas tradicionales, que ponen el acento en el proceso de atención y resolución de problemáticas ya existentes.

El Derecho a la Salud y su protección jurídica

Dentro del catálogo de derechos fundamentales reconocidos a los ciudadanos en nuestro ordenamiento jurídico, encontramos el derecho a la salud, el cual se encuentra amparado en cuerpos legales como la Constitución Nacional (arts. 33, 41, 42); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12, inc.1, 2 .a, .b, .c, .d); Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación de la Mujer (art. 11, inc.1 .f, art. 12, art. 14, inc.2 .b); Convención Internacional para la Eliminación de toda Forma de Discriminación Racial (art. 5 .e, .iv); Pacto adicional a la Declaración Americana de Derechos Humanos (art. 10, inc.1, inc.2 .a, .b, .c, .d, .e, .f); Constitución de la Prov. de Santa Fe (art. 19); Ley de Lucha contra el S.I.D.A. 23.798 (art. 4, inc., art. 6 y art. 8); Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración (art.19, inc.1, inc.2); Ley de Ejercicio de Enfermería (art.10, inc.b, inc.c); Código Penal (arts. 106 y 108); Política Normativa en relación a la infección de H.I.V. en los Servicios Carcelarios Federales (art.3, .1, art.6); Ley de Cobertura en las Obras Sociales a enfermos de S.I.D.A. y droga dependientes (art.1, inc. a, inc. c); Reglamento de Detenidos de la Prov. de Sta. Fe Dec. 1408/73 (cap.4, arts. 14 al 16); Reglamento del Servicio Interno del Servicio Penitenciario Provincial (Cap. VII, sección 1,2,3,4,5). Ley de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad 24.660 (cap.9, arts. 143 al 152.

Por último mencionar la Recomendación para la República Argentina del Comité contra la Tortura, Convención Internacional contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes de Naciones Unidas, Constitución Nacional, artículo 75 inciso 22 – CAT/C/CR/33/I-24 de noviembre de 2004, Letra q), organismo que recomienda en el punto 7 inciso m) que se “adopte las medidas necesarias para garantizar la presencia del personal médico independiente y calificado para llevar a cabo exámenes periódicos de personas detenidas”

Como puede advertirse, tanto la fundamentación, como las normativas legales vigentes que definen y dan marco al programa de trabajo, coinciden en un todo con lo planteado en el Proyecto: Dispositivo Interdisciplinario de Salud para los ciudadanos privados de su libertad en el ámbito penitenciario provincial, mencionado anteriormente.

En este sentido, la primera fase del proceso de implementación del Proyecto, sigue consolidando las líneas de acción propuestas como aportes significativos, en función de disminuir el efecto de devaluación de los derechos fundamentales de los ciudadanos privados de la libertad en el ámbito de la Provincia de Santa Fe, a partir del hiato producido entre la “cárcel legal” y la “cárcel real”, ya que tal como se ha explicitado, si bien el único bien jurídico del que debería privarse a los internos, como el plexo normativo lo estipula, es el derecho a la libertad, en los hechos, se ha dado lugar a un proceso, que como refiere Beiras (1994), los derechos fundamentales de los reclusos han sido concebidos como derechos de segunda categoría y se ha ido construyendo jurídicamente al recluso como un ciudadano de segunda categoría.

Modelo de atención propuesto.

El modelo de atención se ha propuesto brindar cuidados integrales, por medio de equipos de salud interdisciplinarios, conformados por profesionales de las disciplinas que se consideren pertinentes, de acuerdo con las distintas situaciones que habrán de abordarse durante el desarrollo de las prácticas. Los lineamientos básicos que determinarán la direccionalidad estratégica del dispositivo son:

1 accesibilidad universal: garantizando la accesibilidad de toda la población al servicio. Teniendo en cuenta que, en el ámbito de las Unidades Penitenciarias, aquellos internos en condiciones de mayor vulnerabilidad, son quienes generalmente cuentan con

menos posibilidades de acceder a los diferentes espacios, sean estos culturales, educativos, etc., se pondrá especial énfasis en generar los medios necesarios para garantizar el acceso al dispositivo de salud.

2 adscripción de población: cada equipo funcionará como referencia para un determinado número de personas. Esto posibilita el conocimiento recíproco entre ambos, siendo la base para un vínculo estable. Además, permite realizar un diagnóstico de las condiciones de salud según las demandas y las necesidades de cada persona.

3 vínculo estable: la relación entre usuarios del servicio y los equipos se basa en un vínculo sostenido y fortalecido en el tiempo, garantizando la longitudinalidad en el proceso de atención.

4 integralidad: el vínculo estable entre equipos y usuarios es la base para una atención integral, donde además de los aspectos relativos a la atención de la enfermedad y padecimientos conocidos o agudos, se incluyen aspectos de promoción y prevención, diseñando proyectos terapéuticos de acuerdo a la singularidad de cada persona.

5 coordinación: cada equipo desempeñará un rol central en la coordinación del proceso de atención de cada uno de sus adscriptos. Para ello poseerá la autonomía necesaria y la responsabilidad para articular con los distintos recursos que integran la red sanitaria local (internación, consultas con especialistas y guardias, exámenes complementarios, etc.).

CAPITULO II: Bases teóricas y definiciones de salud mental.

La salud mental es, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Comúnmente se utiliza el término Salud Mental de manera análoga al de salud o estado físico, definiendo a la salud mental de la siguiente manera: “la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS “Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, lo mental alcanza dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo. Ha sido definida en múltiples formas, sin embargo, no existe una definición oficial de lo que es salud mental y cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, entre otras cuestiones.

Con el objeto de acercar un concepto actual se comenzó con el rastreo bibliográfico de distintos autores, la mayoría de ellos de extracción psicoanalítica que pertenecían a distintas escuelas con diferentes implicancias teórico clínicas. Uno de ellos es Canguilhem (1966) quien aporta conceptos desde la filosofía médica y sostiene que salud y enfermedad son valores biológicos cualitativamente polares, la enfermedad es un comportamiento de valor negativo para un ser individual, concreto en relación de actividad polarizada con su ambiente. Esa valoración cualitativa se opone al planteamiento de Freud (1912), en su obra “Sobre las causas ocasionales de la neurosis” entiende que la diferencia entre salud y enfermedad es una cuestión de grados, de intensidades distintas. Esta diferencia no es de orden cualitativo sino cuantitativo.

En este sentido, para Galende (2008) el panorama de la Salud Mental es conflictivo, contradictorio y en el que coexisten teorías y prácticas antagónicas de modo tal que la Salud Mental no ha logrado constituir un campo teórico sistematizado por lo que esta falta de coherencia epistemológica y metodológica lleva a sus agentes a una dispersión y heterogeneidad de las prácticas. Se dirá que desde Foucault la Psiquiatría nace como especialidad médica a comienzos del siglo XIX ocupándose de una población encerrada en establecimientos del Hospital General, el loco se encontraba encerrado en condiciones similares a las prisiones y compartiendo lugares con vagos, prostitutas, pobres, enfermos de patologías venéreas etc. El mandato entonces era diferenciar entre esa población a los locos separarlos creando los lugares del nuevo alojamiento bajo la tutela de los médicos. La propuesta de salud mental devenida en la segunda mitad del siglo XX según el autor no surge como la creación de un campo social nuevo: el espacio de los trastornos psíquicos, su definición, su interpretación, que profesionales debían ocuparse de ellos, cómo debían ser tratados y el dispositivo jurídico que respaldaba y legitimaba ese modelo de atención estaba desde siempre ocupado por la psiquiatría. La psiquiatría había definido esos trastornos como enfermedades y contaba ya con los dispositivos de atención como consultorios externos donde quienes se atendían era porque demandaban su atención o eran conducidos por sus familias, jueces o policía.

El momento de la salud mental arranca en los años 50 del siglo pasado en Europa y luego culmina en una sistematización de esas experiencias y propuestas y recomendaciones de los organismos internacionales de la salud basadas en ellas. Hacia 1957 la Organización Mundial de la Salud sanciona la propuesta de dirigir los servicios psiquiátricos hacia la Salud mental, ya no se habla en términos médicos de enfermedad, se habla en términos sociológicos o en categorías políticas de “comunidad”, de “democratización”, de “participación social” de “gestión social”. Con este movimiento

se afirma un reconocimiento acerca de que el problema del manicomio es social y político de derechos y de ciudadanía, no es un problema intra psiquiátrico, por lo cual se debe resolver “desde afuera” de la psiquiatría, es así como comienza la entrada de otras disciplinas y de otros profesionales a las prácticas y a los hospitales psiquiátricos.

A nivel nacional la Ley 26657 en Argentina ofrece un marco legal que impulsa la implementación de prácticas de salud mental con base en la comunidad, desde este marco se promueve la integración de acciones dentro de los criterios de Atención Primaria de la salud integral y se acentúa la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de la salud mental comunitaria, reconociendo múltiples entrecruzamientos en el campo de problemática. Desde esa óptica Stolkiner (1988) entiende que resulta necesario considerar a las prácticas en salud mental como un conjunto heterogéneo dentro del campo más amplios en contextos de alta complejidad, su abordaje incluye necesariamente un enfoque integral, basado en la intersectorialidad y el trabajo interdisciplinario. Para la autora, si alguna concepción de “salud” puede encontrarse en el psicoanálisis, ésta sería la capacidad de romper el circuito de repetición en el cual se desenvuelve el destino personal, resignificándolo. Piensa la autora que se trata de una hipótesis que proviene de la relectura de los textos a partir de la experiencia clínica con pacientes sometidos a situaciones traumáticas. Agrega que no cree que pueda deducirse del psicoanálisis una concepción de “estructura sana” del sujeto, radicalmente distinta de la psicótica, neurótica o perversa, indicando que quien fija el objetivo vital es el Principio del Placer.

Continúa la autora refiriendo que, volviendo al criterio de salud, el psicoanálisis aportará este sujeto de bienestar inestable dinámico, en búsqueda permanente, amenazado por la repetición. Es indudable su repercusión en las prácticas de salud mental, en la medida en que se rompe con la concepción causalista y biologicista de la psicopatología e introduce una nueva concepción de la cura. Cree que su aporte al

campo de la salud mental es, entre otros, una teoría de la constitución subjetiva que reconoce su especificidad sin negar su carácter material. Prefiere dar una definición de Salud como el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad. Se torna así en una definición abierta que debe cubrirse en cada circunstancia (funcionalmente), sujeta a tomas de posición ideológicas y políticas entendiendo que la conceptualización de Salud y la definición de sus indicadores constituye una tarea a desarrollar junto con su práctica.

CAPITULO III: Introducción a la temática de adicciones.

La adicción es definida por Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad física y psico-emocional, que se produce cuando el sujeto tiene un vínculo de dependencia, con drogas, objetos, relaciones, etc., y en tal sentido, se ha tomado conocimiento que la problemática actual de las adicciones refiere su alcance no limitándose al uso de sustancias tóxicas. La noción de adicción debe ser entendida como la adherencia compulsiva de un goce a un objeto que asume formas y modalidades diversas y que muchos sujetos emplean para hacer de un síntoma sin significación un modo de estabilización.

Históricamente la sociedad relacionaba el término adicción exclusivamente a las drogas, pero en la actualidad hay mayor difusión y conciencia de dicha problemática, cambiando esa percepción, en tanto, esta patología puede ser al juego, a las drogas, a las compras, etc. En esta oportunidad se ajusta a la adicción a las drogas, ya que actualmente es una problemática que afecta a todos los sectores socio-económicos y culturales de nuestro país y del mundo, incluyendo el ámbito de encierro carcelario, ocasionando importantes secuelas en el adicto y su entorno, por lo que la experiencia de dependencia se sitúa siempre del lado de los excesos.

La problemática de las adicciones es poli causal, ya que en la misma intervienen factores culturales, sociales, económicos, médicos y familiares, incluyendo la subjetividad de cada persona, por lo que se advierte que no provienen de un único origen, sino que obedecen a diferentes etiologías.

Conceptualizaciones: Desde Freud a sus seguidores:

Sobre esta temática, y a raíz de lo investigado, podrá decirse que la adicción es un mecanismo por el cual una persona puede hacer algo por un malestar que lo aqueja.

El lugar de la sustancia es lo que va a ser lo más importante en el abordaje y abuso. No la sustancia en sí, ya que no importa la sustancia que se consuma sino la relación que se tiene con ella, la que puede llegar a ser patológica.

Refiere Martínez González (2016), que los primeros escritos en los que aborda el tema de las drogas no pertenecen al corpus teórico del psicoanálisis. Fue entre 1884 y 1886 que Freud se aboca al estudio de los efectos y usos de una droga en particular: la cocaína. Estos textos han sido agrupados bajo la rúbrica de “Escritos sobre la cocaína”. En ellos aparece un Freud que se interroga, en tanto médico e investigador y con una mentalidad propia de su época por los alcances del uso de la medicina de moda. Sabido es, que la cocaína ingresa a Europa a mediados del siglo XIX como un estimulante y remedio contra la fatiga, por ello cuando Freud escribe estos artículos, hacia 1884, su interés está centrado en descubrir sus valores anestésicos, habiendo sido probadas ya sus capacidades analgésicas. Pero también distingue otros usos posibles de la droga: para combatir trastornos digestivos, como afrodisíaco, para el tratamiento de la caquexia, etc. Si bien estos no son textos dedicados a las adicciones, Freud hace algunas observaciones que serán de interés para el tema. Por un lado, menciona el valor de la cocaína en el tratamiento de depresiones y melancolías, confesando que ese es uno de los motivos por el que él mismo la utiliza y, por otro lado, la propone como efectiva en el tratamiento del morfinismo.

En los textos pre psicoanalíticos incluidos en las Obras Completas encontramos un segundo grupo de escritos en los que Freud hace referencia específicamente a las adicciones. Una de las más importantes está presente en *La sexualidad en la etiología de las neurosis*, donde afirma “(...) esos narcóticos están destinados a sustituir - de manera directa o por medio de rodeos – el goce sexual faltante y, cuando ya no se pueda restablecer una vida sexual normal, cabrá esperar con certeza la recaída del

deshabitado” (Freud, 1898, p. 268)

Autores como López (2019) se preguntan: ¿Qué queremos decir con la palabra “droga”? Una sustancia que químicamente interactúa con el cuerpo biológico y que condiciona modificaciones (beneficiosas o perjudiciales), lo que no implica una correlación directa entre el cuerpo y el alma. Según la define la OMS, “droga” es el término más adecuado para referirse a sustancias que se usan sin fines terapéuticos y que alteran aspectos afectivos, cognitivos, conductuales. Este organismo puntualiza que las drogas más usadas son el alcohol, la cafeína y la nicotina. En nuestro medio las designaciones siguen aún poco claras: adicciones, consumos, toxicomanías. Prevalece el término “adicción” sobre el de “toxicomanía” Tanto las adicciones como los consumos se definen en la relación del sujeto y el objeto de satisfacción; la cuestión es cómo se interpreta tal relación. Para la autora, el uso de la palabra “adicción” se refiere a la relación del sujeto con el objeto de satisfacción, en tanto que cuando hablamos de “consumos” nos referimos a lo que sella un modo de goce. Hablar de lo tóxico y la intoxicación supone a la vez la posibilidad de la pureza, la abstinencia, lo saludable y allí la referencia necesaria en la que se entrecruzan varios discursos sobre problemática de las toxicomanías en el organismo. En este sentido se piensan o pensaron los tratamientos ofrecidos. Para el psicoanálisis, ese organismo sostiene más de un cuerpo.

Resulta interesante tomar la información aportada por Blanco (2015) quien realiza una tabla que contiene las definiciones o concepciones de la adicción según algunos teóricos psicoanalistas del siglo XX.

Autor	Concepción de la adicción
Winnicott (1965/ 1979)	La conducta adictiva permite al sujeto evitar dolores psíquicos y al mismo tiempo, crea una adaptación a la realidad que reconoce como un

falso self.

La constitución psicopatológica de una adicción se relaciona profundamente a una etapa en donde los fenómenos transicionales son irrecusables, lo cual, a su vez, perjudica el desarrollo normal en la transición a relaciones de objeto maduras.

Meltzer (1974)

La adicción se sitúa en un lugar similar al de la perversión. “dependiendo de una estructuración narcisista específica en su base, reconoce que existe una evolución en la adicción que (...) podría terminar en un desastre mental como la psicosis” (López, 2011; p. 45)

Kernberg (1975)

El consumo adictivo de sustancias tiene sus funciones: 1.) Reemplazar un imago parental en la depresión 2.) Alimentar un sentimiento grandioso en el self en el narcisismo.

Rosenfeld (1976)

La adicción es explicada desde la existencia de estructuras subyacentes que se asocian a los modos y mecanismos de relacionarse con los objetos.

Tal como refieren Lutereau y Belucci (2017), en la neurosis, la droga es con frecuencia un medio para suprimir la angustia, aliviar el dolor, resolver inhibiciones, es decir, obturar la división, aunque es preciso atender –como en cualquier otra condición de estructura– a sus usos singulares. Hasta hace poco tiempo se discutía si existía una “personalidad adictiva” o habría que pensar las adicciones en el contexto de las

modalidades patológicas ya deslindadas por el psicoanálisis. Aunque esa discusión no podría ser planteada hoy en esos términos, importa pensar las adicciones como una posición particular, e investigar su relación con la estructura.

Estudios actuales, coinciden en que el término deriva del latín *addictus*, que designaba a aquellos hombres que por sus deudas habían sido adjudicados legalmente como esclavos a sus acreedores, de manera temporaria o permanente. De modo que está presente, en el origen del término, la significación de estar “entregado a otro”, en función de cierta deuda que es menester saldar. Si pensamos el “estar entregado a” en relación al objeto-droga, es interesante pensar que ese “entregarse a” apunta a saldar una deuda, a suturar una falta.

El otro término que mencionan los autores y que es corriente en este campo, “toxicomanías”, subraya por un lado el lugar central del tóxico, dejando de lado, entonces, aquellas “adicciones” en las que este elemento no está presente. Por otro lado, establece alguna relación con la manía, como posición subjetiva que se desliga de todo lazo con la castración, y que involucra una infatuación yoica en la que viene a coincidir con el toxicómano. La droga funciona también, para el adicto, como la promesa de salir de un estado de vacío, marcado por la abulia y el desinterés, o por diversos estados de tonalidad depresiva. Éste es, de hecho, uno de los aspectos que ligán con más claridad las adicciones a la “clínica de bordes”.

El adicto pretende colocarse al margen de la castración y, correlativamente, opera un rechazo de la palabra como aquello que podría representarlo y detentar una eficacia en el lazo del sujeto al Otro. Los adictos denuncian la palabra como mentirosa, mientras la droga es, contrariamente, “lo que no miente”. Según Luteran y Belucci (2017), buscan respuestas perentorias, aun antes de saber cuáles son las preguntas, y esas respuestas las buscan no en el terreno del pensamiento, sino por la vía de la acción.

Se ubican en el punto que Lacan, en su relectura del cogito cartesiano, situó como “no pienso”, evitando el tiempo para comprender en pos de alcanzar cuanto antes el momento de concluir.

Indican que, en la misma medida en que resulta eludida la castración, se elude también la vía del deseo y del amor, que sin embargo pueden ser modos para que eventualmente se opere algún giro, como la experiencia clínica lleva a pensar.

Tal como lo destaca Chavez (2007), a pesar de que Freud no haya escrito un texto sobre la toxicomanía, en su obra pueden hallarse indicaciones que aportan luz a la problemática. En una de ellas Freud sugiere concebir la toxicomanía como un sustituto o producto de reemplazo de la masturbación; hipótesis que, al ser desarrollada por Vera Ocampo, conduce a pensar la relación entre la práctica de la toxicomanía y el autoerotismo. Para Freud, el autoerotismo se define por la ausencia de objeto, es decir, es el momento estructural de la sexualidad, pues es cuando el objeto se constituye como perdido, sobre este fondo de ausencia se plasmará toda búsqueda de satisfacción pulsional, donde el objeto es precisamente el componente más variable. Sin embargo, en el sujeto toxicómano se opera un desplazamiento en el interior de la actividad autoerótica, porque la condición del objeto como perdido se desvanece, dando la impresión del encuentro, el flash, que materializa lo mítico de ese primer objeto.

Es como si la droga, el “objeto sustancial”, pudiera reintroducir la sustancia gozante que la inmersión en la lengua desaloja y establece como su frontera. Pero como contrapartida a la negación de la carencia, no tarda en aparecer la dimensión de lo insostenible, ya que el carácter inamovible de la droga detiene el movimiento metonímico del deseo y dificulta cualquier proceso de duelo por la pérdida del objeto, además de que el reencuentro, el flash, acaba convirtiéndose en una trampa que condena al sujeto a la repetición, que por estructura resulta fallida, lo cual hace que ni siquiera la

transgresión sea determinante bajo esta lógica. Aunque su búsqueda inicial estuviera dirigida hacia la consecución de placer, termina por manifestar la faz mortífera del vínculo, la manera en que la pulsión de muerte signa el acto de drogarse. De igual forma puede pensarse el dilema independencia-dependencia que afrontan estos sujetos, ya que, en su esfuerzo por limitar la presencia asfixiante del Otro a través de la droga, el efecto se revierte y ellos quedan reducidos, en el peor de los casos, a ser el objeto de goce del Otro. Esto constituye una de las tantas aporías de la toxicomanía.

El objeto-droga:

El objeto-droga constituye un recurso que en nuestra época se encuentra al alcance de cualquiera. Como objeto, podríamos diferenciarlo tanto del objeto del deseo, que en sentido estricto es un vacío, como de los objetos parciales que se recortan a partir de la operatoria de la castración, y que se coordinan con la función fálica. Al menos en el modo en que este objeto se inscribe en el discurso capitalista, funciona como un elemento que materializa la forclusión de la castración; es decir, no se trata ni de un objeto-vacío ni de un objeto coordinado con la falta, sino que presentifica la ilusión de un goce pleno, aunque efímero, acorde a la economía de goce del capitalismo actual. Aun así, la droga puede tener distintos usos subjetivos, según las diferentes condiciones de estructura y la singularidad del sujeto. Es preciso, entonces, interrogar esos usos diferenciales la droga puede también devolverle al sujeto cierto registro de vitalidad o de potencia, en ausencia del operador fálico. Así se constata con las drogas euforizantes, como la marihuana y algunas drogas sintéticas, e incluso con la cocaína, que induce una ilusión de fortaleza y oica conocida como el “síndrome de Popeye”. El problema es muchas veces el “bajón”, es decir, lo que sobreviene al finalizar el efecto químico, que, si bien puede ser contrarrestado por la renovación del ciclo de consumo, deja al sujeto en una condición de fragilidad no desdeñable. Asimismo, se ha observado, que drogas como la ma-

rihuana, que además de tener regularmente un efecto euforizante y des inhibitorio, son utilizadas en contextos grupales, facilitan a no pocos psicóticos sostener lazos con pares, máxime cuando funcionan como claves de pertenencia grupal.

Siguiendo a Stolkiner (2015), en su conferencia, podríamos decir que el término, (consumo problemático de sustancias) es suficientemente ambiguo como para que podamos pensar que ahí entran desde sustancias ilegales y penalizadas, sustancias legales como el alcohol, cigarrillos, psicofármacos y algunas que ni imaginamos como drogas como pueden ser hidratos de carbono. Es un marco complejo, con distintas formas eventuales de consumo, dentro del cual la adicción es un recorte. Para la autora aquello que configura el cuadro de una adicción es un vínculo particular con el consumo, de tal manera que la persona no puede cortar ese vínculo con el objeto y se va introduciendo como parte de su vida cotidiana. Utiliza el término vínculo con el objeto, como una característica de las adicciones. Dentro de las adicciones hay un punto común, que es tratar de buscar algún alivio a una situación insoportable, siendo esto así dado que una adicción se construye psicológica, biológica y socialmente de manera conjunta.

Freud en la teoría de las series complementarias incluyó factores estructurales, históricos y libidinales y propuso una subjetividad donde la determinación inconsciente se liga a la contingencia del factor desencadenante y a la fijación pulsional primaria. El sujeto freudiano entonces es una estructura que se basa en la metáfora paterna, es decir reposa sobre el mecanismo esencial del complejo de Edipo como la vía de normatividad del deseo y de la creación de síntomas. En su teoría, Freud menciona diferentes elementos que sirven para aliviar el “dolor de existir” o la insatisfacción del deseo. El elemento más poderoso y quizás también el más perjudicial para aliviar la pena es el objeto o sustancia química. Este dolor de existir también puede ser llamado como “la pasión por evitar el dolor” y es una caracterización que Freud hace sobre el consumo de drogas -

como un rechazo al sufrimiento antes que un logro a la satisfacción. Siguiendo esta línea de pensamiento, se puede entender que el mismo consumo de tóxicos para aliviar el dolor, produce finalmente, la dependencia a la sustancia lo que inevitablemente, produce más dolor.

Tal como lo mencionan Otero Rossi y Najt (2014), en 1928, Freud corrobora una idea que ya había avanzado casi treinta años antes, según la cual las adicciones encontrarían su raíz en la compulsión a la masturbación; por lo que según las autoras se puede suponer entonces que para Freud la «adicción» en sí no constituye una categoría de la nosografía (por otro lado, en la carta citada, deja entrever que la adicción podría encontrarse tanto en la histeria como en la obsesión). Freud en 1897 muestra su interés por las conductas adictivas en el marco de sus primeros escritos pre psicoanalíticos, en la carta 79 dirigida a Fliess, en la que refiere que la masturbación es el único gran hábito que designa como “adicción primordial” y las otras adicciones como el alcoholismo, morfismo y tabaquismo cobran vida como sustitutos y relevos de la anterior.

Para Freud, el autoerotismo implica la presencia de un objeto —aunque sea una representación mental- incluso si es el mismo cuerpo el que brinda la satisfacción. Entonces, autoerotismo siempre implica un objeto. La masturbación es un acto autoerótico siendo así, una forma de autoerotismo. Al respecto, Vera Ocampo (1988), comenta que Freud sugiere concebir la toxicomanía como un sustituto o producto de reemplazo de la masturbación; hipótesis que conduce a pensar la relación entre la práctica de la toxicomanía y el autoerotismo. Para Freud, el autoerotismo se define por la ausencia de objeto, es decir es el momento estructural de la sexualidad, pues es cuando el objeto se constituye como perdido, sobre este fondo de ausencia se plasmará toda la búsqueda de satisfacción pulsión al, donde el objeto es precisamente el componente más variable. Sin embargo, en el sujeto toxicómano se opera un desplazamiento en el interior de la activi-

dad autoerótica, porque la condición del objeto como perdido se desvanece, dando la impresión del encuentro, el flash, que materializa lo mítico de ese primer objeto. En ese orden, los efectos nocivos del objeto al que se fija una adicción dependen de un factor subjetivo o del contexto simbólico más que de su propiedad química u otras características dependiendo de cual fuere ese objeto. Por último, resulta importante mencionar que se necesita del desplazamiento del significante para que un objeto adquiera la posición de adicción. En este sentido, “no se define a un individuo por la adicción sino por la estructura inconsciente en donde la droga es un efecto y no una causa”.

Según se ha visto en las definiciones teóricas, el objeto droga va a ser una elección circunstancial y va a tener que ver con algún tipo de elección primaria. En cuanto a la adherencia va a ser mayor o menor acorde a los recursos simbólicos que posea la persona que consume, mencionando en este punto y, a modo metafórico, el decir de Lacan respecto de la falta de un libro en la biblioteca. En la misma, había colección de libros de Freud en donde estaban todos los tomos menos el cinco. Contaba todas las unidades, y faltaba ese tomo, el número cinco. en realidad, nos dice el autor, no faltaba, no se había comprado, o no estaba, pero no falta. Tenía los que había comprado, pero lo simbólico marca que allí "falta algo". Esta metáfora nos evidencia el agujero que hace lo simbólico en lo real.

Siguiendo en la misma línea de pensamiento que los autores antes mencionados, Bleichmar (2008) hace referencia en el capítulo referido a Ética y Subjetividad en el ámbito carcelario dice que cuando alguien comete un acto con el que intenta liberarse de una situación de tensión a través de darse un goce inmediato tiende a repetirlo cada vez con más frecuencia, se torna compulsión porque en realidad es profundamente insatisfactorio, de tal modo que, alguien que se ve sometido a un goce repite con más frecuencia esa búsqueda de resolución inmediata de la tensión que es el motor del

hecho.

Otros autores como Carmona (1995), refiere que con relación al tema de las adicciones son pocos los pasajes en que Freud se refiere al tema de las adicciones, en el texto *El Malestar en la Cultura* plantea que el ser humano solamente puede acceder al placer como fenómeno episódico, mientras que el displacer suele presentarse con un carácter más duradero, propone que las tres fuentes del sufrimiento humano son la naturaleza, el propio cuerpo y los vínculos con los otros seres humanos. Luego se pregunta por los métodos que emplean los seres humanos para alcanzar la dicha y evitar el sufrimiento y dice: “Los métodos más interesantes de prever el sufrimiento son los que procuran influir sobre el propio organismo. Es que al fin todo sufrimiento es sólo sensación, no subsiste sino mientras lo sentimos, y sólo sentimos a consecuencia de ciertos dispositivos de nuestro organismo. El método más tosco, pero también más eficaz, para obtener ese influjo es el químico: la intoxicación...No solo se les debe (a “las sustancias embriagadoras”) la ganancia inmediata de placer, sino una cuota de independencia, ardientemente anhelada, respecto del mundo exterior. Bien se sabe que con los “quitapenas” es posible sustraerse en cualquier momento de la presión de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones para la sensación. Es notorio que esta propiedad de los medios embriagadores determina justamente su carácter peligroso y dañino...”

Retomando a Carmona (1995) menciona que Lacan hace solamente una alusión directa al tema de las adicciones en abril de 1975, en la clausura de las jornadas de estudio de los carteles de la Escuela. Dice de manera lacónica y concluyente: “No hay otra definición de la droga que ésta: es lo que permite romper el casamiento con el pipí”. Esta sentencia de Lacan puede ser leída de dos maneras dice Carmona, una de ellas sería entender este planteamiento en el mismo sentido de la posición freudiana, es

decir, la droga como un sucedáneo de la masturbación, como aquello que la sustituye y a la vez permite al sujeto divorciarse de ella. La otra lectura posible, indica, que propone Néstor Braunstein en Goce, sería entender ese “romper el casamiento con el pipí” como la sustracción del orden fálico que intenta desesperadamente el adicto: liberarse de las presiones de la realidad a las que Freud hace referencia, eludir las demandas, las regulaciones y las coacciones que el gran Otro de la cultura impone al sujeto en su búsqueda de alcanzar la dicha y escapar a la desgracia. Este intento por refugiarse en el mundo propio, este recurso a los “quitapenas”, no solamente pretende una exclusión violenta del campo del Otro (con mayúscula), sino también, y en el mismo movimiento, sustituir al otro (con minúscula) por un objeto sin caprichos, con el que no hay que conciliar deseos, ni hay lugar al malentendido, que no exige ni desengaña. En resumen, la consumación de la ilusión de una relación perfecta.

Para Barriguete Castellón (2019), la adicción es una enfermedad no un vicio, tiene un comienzo, una evolución y un desenlace. Posee una etiología y va acompañada de signos y síntomas que, cuando esta enfermedad, es abordada terapéuticamente en forma correcta, desaparecen en su mayoría. Solamente dice, existe dinámicamente hablando, una enfermedad adictiva. El hecho de que encontremos personas adictas al tabaco, al alcohol, a otras drogas, a la comida, al juego, al robo, al sexo no significa que se trate de diversas enfermedades, si acaso, podríamos decir que unas son más graves que otras, pero en cuanto a su estructura dinámica son la misma enfermedad adictiva. Todas deterioran en forma importante las áreas de relación de la persona afectada, aunque en algunas no exista el ingreso al organismo de alguna sustancia química como es el caso de la anorexia, la bulimia, etc. Esta observación nos da pie para proponer que la enfermedad adictiva, es básicamente, de etiología psicológica. El trabajo que realiza este autor constituye un intento de profundizar y hacer más psicoanalíticamente comprensiva esta compleja enfermedad porque la fase de actividad y la fase de

abstinencia, puede considerarse como dos enfermedades que no permiten en general su abordaje simultáneo. Se requiere controlar el acto compulsivo desapareciendo con él casi toda la sintomatología que lo acompaña, y no es sino en el período de abstinencia que la personalidad adictiva, que es la responsable etiológica de la enfermedad, resultaría accesible al tratamiento psicoanalítico propiamente dicho.

Agrega el mencionado autor, que en el libro *Psicoanálisis de la Conducta* (2) escrito por Sándor Rado se encuentra un artículo escrito en el año 1932 llamado *El Psicoanálisis de la Farmacotimia (Afición a las drogas)*. En este artículo el autor lleva a cabo una serie de reflexiones mencionando que la psiquiatría clínica considera que los trastornos conocidos como lo son el alcoholismo, morfinomanía, cocaínomanía, etc. como intoxicaciones somáticas y los ubica en el grupo clasificatorio de trastornos mentales de origen exógeno. Desde este punto de vista, el proceso de deterioración mental expuesto en el cuadro clínico de la afición parecería ser la manifestación mental de la lesión producida en el cerebro por los tóxicos. Esta idea fue concebida porque se utilizó como paradigma a las enfermedades infecciosas. Los microorganismos patógenos atacan a una persona sin tener en cuenta en lo absoluto sus deseos o propósitos al respecto, pero las drogas en cuestión la atacan solamente si ella las introduce deliberadamente en su cuerpo. Se considera entonces que las toxicomanías son enfermedades psíquicamente determinadas, artificialmente inducidas, pueden existir porque las drogas existen, y deben su existencia a motivos psíquicos. Menciona también este autor, que la psiquiatría tradicional a más de considerar a las toxicomanías como enfermedades exógenas, consideraba que eran trastornos o síntomas de algún conflicto mental, es decir, no les reconocía personalidad propia de enfermedades, de manera tal que, para poder detener su uso, era necesario liquidar el conflicto que daba lugar a ellas. Continuando con Sándor Rado: Después de revisar autores como Freud, Abraham, Tausk, Schilder, Hartmann en Europa y a Brill, Jelliffe, Oberndorf en Estados Unidos,

concluye que estos autores dejan dos conceptos claros al respecto de las toxicomanías: la indudable importancia etiológica de la zona oral y la estrecha relación de la homosexualidad en este padecimiento.

Otras postulaciones:

Más allá de la mención de autores que siguen la postura psicoanalítica existen otros, como Castellanos López (2017), quien en un estudio de caso para tratar la adicción en prisión hace referencia a que las adicciones son un problema social por vincularse al delito y de salud pública debido al reducir de la calidad de vida del individuo. Considerando las condiciones de las cárceles en el distrito federal los tratamientos para combatir las adicciones son indispensables para disminuir el impacto de todos estos factores sobre la vida del individuo y a su vez en la dinámica de las instituciones. Menciona en su trabajo que, desde la perspectiva teórica del condicionamiento clásico, la adicción es el resultado de una historia de aprendizaje, de una intención con ambiente motivacionalmente empobrecido y con pensamientos probablemente derrotistas sobre su capacidad para abandonar el consumo. En el tratamiento cognitivo conductual se le ayuda al individuo a desarrollar habilidades para llegar a ser más autorreflexivo, monitorear su conducta e identificar riesgos ambientales o personales como antecedentes del consumo. En el contexto de estos tratamientos se adquieren habilidades autorregulatorias y de demora de gratificación, que le permiten a la persona una mejor toma de decisiones con respecto al uso de la sustancia, incluyendo la abstinencia.

ESTADO DEL ARTE

El tema de Salud Mental en las cárceles fue abordado en Argentina a partir del año 2006 cuando a raíz de una evaluación de las políticas en materia penitenciaria fueron acercándose hasta lograr condiciones de detención dignas respetando no solo lo establecido en el art. 18 de la Constitución Nacional sino también en el artículo 75 inciso 22 del mismo digesto legal que incorpora los documentos internacionales en materia de Derechos Humanos y el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

De León (2013) menciona que debemos comprender que en la proporción de problemas de salud mental que existan en la comunidad, se refleja la salud comunitaria, que muchas veces no se tiene en cuenta a la hora de valorar la problemática social que nos rodea. La salud mental es responsabilidad comunitaria. Así debemos entenderlo cada integrante de la sociedad que conformamos; con mayor razón los prestadores de salud.

Refiere Arcuri (2010) que, del mismo modo, la Ley 24.660 de Ejecución Penal en su artículo 143 refiere que el interno tiene derecho a la salud. Deberá brindársele oportuna asistencia médica integral, no pudiendo ser interferida su accesibilidad a la consulta y a los tratamientos prescritos, los estudios diagnósticos, tratamientos y medicamentos indicados le serán suministrados sin cargo.

Amaya (2016) plantea que desde 2011 la puesta en funcionamiento de un programa del Ministerio de Justicia y del Ministerio de Salud, permitió el cierre de la Unidad 20 del Hospital Borda y la Unidad 27 del Moyano. Dicho programa se denomina “Prisma” (Programa Interministerial de Salud Mental Argentina), cuenta con Psicólogos, Psiquiatras y Trabajadores Sociales dedicados a atender a pacientes marcados por un

doble estigma, el conflicto con la justicia y el padecimiento de una enfermedad mental. Cada interno es atendido por un equipo interdisciplinario. Para su ingreso se requiere de una orden judicial o derivación de otra institución carcelaria. Se llevan a cabo capacitaciones a personal penitenciario para el trabajo con internos con problemas de salud mental. Dentro del programa se medica cuando es estrictamente necesario, no se trata de curarlos o normalizarlos sino de buscar el origen del problema que los pone en esa situación. Los internos pueden recibir el alta al salir en libertad o al ser trasladados a otro pabellón para seguir cumpliendo la condena, en ese caso, el personal del programa continúa realizando evaluaciones periódicas.

Menciona Lombraña, (2013) que luego de un informe exhaustivo y de gran divulgación pública confeccionado en el año 2007 por el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y el MDRI (Mental Disability Rights International) acerca de la situación de las personas detenidas en las Instituciones Psiquiátricas Argentinas que incluyó el relevamiento y la documentación de una notable cantidad y variedad de violaciones a los derechos humanos, así como de prácticas médicas abusivas y cruentas, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender una importante reforma en la Unidad Número 20 a través de la implementación del Programa Nacional de Atención al Interno con enfermedad mental grave. Entre las medidas más destacables pueden nombrarse las modificaciones edilicias, la incorporación del cuerpo de profesionales civiles, y la confección de un programa de formación de los profesionales médicos, no médicos y penitenciarios.

Según Faraone (2015) en la provincia de Santa Fe la Dirección de Salud Mental implementó un proceso de desinstitucionalización al que los propios actores denominaron de sustitución de las lógicas manicomiales. Así en el marco de este programa se instituyó una estrategia de atención a personas privadas de su libertad en

las diferentes unidades penitenciarias de la provincia. Esto implicó la implementación del programa de salud mental para ciudadanos detenidos o bajo medidas de seguridad, conformándose equipos interdisciplinarios dependientes de la Dirección Provincial de Salud Mental del Ministerio de Salud. La creación de un instrumento externo al sistema penitenciario, pero que se introducía en él, constituyó un acontecimiento en el sentido de un desplazamiento hacia lo establecido por la Ley Provincial de Salud Mental, poniendo en juego la consolidación de un proyecto con cuatro líneas estratégicas de trabajo: los departamentos de salud mental en cárceles, la asistencia en comisarías, la sustitución y cierre del pabellón psiquiátrico de la cárcel de Coronda y la conformación de juntas especiales.

Autores como Casas Colque (2018) opinan que la dependencia y abuso de drogas entre la población penitenciaria es una dura realidad que complica enormemente la labor de rehabilitación de las personas privadas de libertad; a esta realidad se suma la grave crisis que vive el sistema penitenciario peruano, donde el hacinamiento es una constante, debido al aumento exacerbado de la población reclusa y al deterioro que vienen sufriendo las instalaciones.

Para Serrano Tárraga (2010) el derecho a la salud es un derecho universal que no puede verse limitado por la privación de la libertad razón por la que la salud de los internos ha sido una preocupación constante de Instituciones Penitenciarias, por ello la ley Orgánica General Penitenciaria creó un modelo de asistencia sanitaria penitenciaria de carácter integral, diseñado para cubrir todas las necesidades sanitarias de los internos, autónomo, al margen del sistema sanitario, integrado dentro de la Administración Penitenciaria y dependiente del Ministerio del Interior. Los cambios acaecidos, tanto a nivel legislativo, como los sufridos en la población penitenciaria, hicieron inviable el modelo integral, que fue sustituido por un modelo mixto prestado por Instituciones

Penitenciarias y el Sistema Público de salud, y está pendiente la integración de la asistencia sanitaria en prisiones en el sistema público de salud.

Bravo (2016) dice que el aumento vertiginoso del número de personas privadas de la libertad que se registró en los últimos años en Colombia y la situación consiguiente de hacinamiento, sumada a la escasa disponibilidad de recursos humanos y materiales, torna ilusoria cualquier política de seguimiento personal e individualizado de cada recluso, limitándose la administración penitenciaria a mantener encerrada y mal alimentada a esta población. Aun así, si estas políticas pudiesen ser aplicadas cabe considerar que el principio reduccionista del que parten (el sujeto aislado en su contexto social) y la burda noción comportamental de intervención en la que se basan, impiden suponer cualquier resultado alentador de su aplicación. Esto contiene como supuesto la idea de que si el sujeto no se resocializa es por su falta de disposición para seguir este modelo de transformación o su esencial asocialidad inmune a cualquier intervención transformadora. Las denominadas psicología forense, así como la jurídica y la penitenciaria suelen estar dominadas por estos imaginarios, que las llevan a acotar sus formas de acción a responder a demandas institucionales y/o legales, dejando en segundo plano o ignorando los deseos y demandas de las personas presas.

Almeda, Di Nella y Navarro (2012) mencionan que la dependencia a las drogas debería tenerse en cuenta a la hora de trabajar el objetivo de la reintegración social. En todo caso se necesita comprender las causas individuales, sociales, políticas, culturales o económicas que inciden o fuerzan el acto infractor, así como los requerimientos para poder cumplir con el fin primordial de la sanción penal, que según la normativa es la reintegración social.

Según Mouzo y Rios, (2019) en relación a los programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario del Servicio Penitenciario Federal Argentino y en

2011, se producen cambios importantes en el funcionamiento del Servicio Psiquiátrico del Servicio Penitenciario Federal, con la creación de un programa interministerial y la necesidad política de enunciar un ajuste del tratamiento de la salud mental según los lineamientos básicos de la nueva ley de salud mental y provocaron un reordenamiento que quedó pautado en el Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV), que fuera dispuesto por la Resolución 1374/2011 de la Dirección Nacional del SPF, de 2012. A partir de allí se pueden observar dos lógicas de atención bien diferenciadas. Por una parte, el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) y por otro, el Programa de Tratamiento Interdisciplinario Individualizado e Integral (PROTIN), además de los programas de atención de problemáticas específicas (el Programa de Prevención de Suicidios –PPS-; los Centros de Rehabilitación de Droga dependientes –CRD-, entre otros), no obstante, PRISMA y PROTIN son los programas importantes vinculados a la atención de la salud mental en el Servicio Penitenciario Federal.

El 27 de julio de 2011, se implementa el PRISMA, como iniciativa conjunta del Ministerio de Salud de la Nación y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (Ministerio del que depende el SPF), el que se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, y “se propone profundizar y avanzar en la producción de condiciones que garanticen la promoción, protección, preservación y mejoramiento de la salud mental de las personas privadas de la libertad” en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal. Aquella iniciativa conjunta que caracterizaba al programa no perduró en el tiempo, dado que, a poco de comenzar a funcionar, el Ministerio de Justicia se hizo cargo de las etapas de evaluación y tratamiento (que se desarrollan dentro del complejo penitenciario), delegando en el Ministerio de Salud la puesta en funcionamiento de la tercera etapa de intervención, llamada de egreso, la que debería realizarse en establecimientos de puertas abiertas y supondría el acompañamiento de los pacientes en su inte-

gración al medio libre, pero según los entrevistados nunca llegó a entrar efectivamente en funcionamiento. En razón de ello, las autoras realizan el análisis en referencia a la ejecución del programa intramuros.

Destacan que, los internos alojados en el programa, pueden ingresar por dos vías: por orden judicial (en general a partir de un informe del Cuerpo Médico Forense) o derivados desde otra institución carcelaria; y que los criterios de admisión y de no admisión se ciñen al nomenclador CIE 10, “Clasificación internacional de enfermedades”. Se trata de un sistema de clasificación y codificación de enfermedades y causas de muerte publicada inicialmente por la OMS en 1992, y que se utiliza principalmente para fines estadísticos. Se divide en diferentes categorías de enfermedades relacionadas entre sí y cada una de ellas tiene asociado un código que la identifica de manera unívoca, de modo tal que con el código de identificación de la letra “F” se refiere a los trastornos mentales y del comportamiento.

Según refiere el estudio mencionado, en abril de 2015, momento en que se realizaron las observaciones el programa, se encontraban alojados 64 hombres, capacidad máxima para esta población, y 6 mujeres, quedando en este caso 10 plazas libres. En el caso de los varones, los funcionarios del programa admitieron que, aun existiendo criterio de admisión se han rechazado ingresos por falta de cupo. PRISMA goza de instalaciones que no se encuentran sobrepobladas y que permiten condiciones de vida mejores que las de la mayoría de los pabellones del resto de los Complejos Penitenciarios I y IV de Ezeiza. Concluyen las autoras que, desde el 2011 hasta el momento en que se realizaron las observaciones si bien transcurrieron 5, no fue solamente el paso del tiempo el que explica el deterioro, sino que es signo de un declive más profundo que remite a la desvalorización de este programa por parte del Ministerio de Justicia y de la gestión penitenciaria.

El otro programa, el PROTIN, funciona en el Módulo VI del Complejo Penitenciario I de Ezeiza y también fue implementado en el marco de la nueva Ley de Salud Mental, pero a diferencia del anterior en el que sus profesionales son trabajadores de los Ministerios de Salud y de Justicia, los profesionales del PROTIN dependen enteramente del Servicio Penitenciario Federal, sus profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.) y cuerpo de seguridad son todos oficiales del escalafón profesional de esta Fuerza. Dentro del equipo hay dos psiquiatras, más el jefe del programa (que es a su vez el jefe del cuerpo de profesionales). Esto marca diferencias no sólo en relación con el ámbito de dependencia de cada grupo sino también diferencias salariales y de normativas respecto de las reglas que rigen su desempeño laboral, sino que ambos grupos de profesionales, han sido modelados por distintas prácticas, o bien las de la cárcel y del tratamiento penitenciario o bien las del hospital y del tratamiento de la salud. Y aunque en muchos casos los profesionales de la salud del SPF también tienen inserciones laborales extra-muros, aprenden a escindirse y a trabajar con modalidades distintas en cada espacio. Vale indicar también en este punto que los profesionales del SPF históricamente se han subordinado al personal de seguridad de dicha institución.

La creación de PROTIN es concebido como un programa complementario al PRISMA ya que alcanza a la población que queda excluida del PRISMA. Esto se advierte en el Protocolo de Procedimiento y Organización del Servicio Psiquiátrico para Varones (SPPV), el que establece, que, de presentarse alguna problemática de salud mental, se seguirán una serie de pasos. Primero, se realizará la contención multidisciplinaria en el servicio de asistencia médica de la unidad en que se encuentre alojada la persona. Segundo, se solicitará la intervención del Equipo de Admisión del PRISMA. Luego, en la misma unidad de origen, se realizará la evaluación para ingreso al PRISMA. A partir de esta evaluación se abren distintas vías: Si el paciente presenta los criterios de admisión en el PRISMA sería ingresado en este dispositivo (ala norte del Hospital Cen-

tral Penitenciario I, CPF I), y si se determina que presenta patología psiquiátrica – sin criterio de admisión en el PRISMA- y se encontrase en situación de descompensación será derivado al Sector de Urgencias Psiquiátricas (Hospital Central Penitenciario I, CPF I). En caso de compensación, y con un diagnóstico que amerite la continuidad del tratamiento en su unidad de origen, regresará al mismo con las correspondientes indicaciones. También puede ocurrir que se considere necesaria su admisión a un dispositivo de tratamiento especial, por lo que se solicitará evaluación por el programa pertinente (PROTIN, PPS, CRD y otros). Queda claro que PROTIN es un programa centralizado que funciona en el CPF I y recibe internos de otros establecimientos penales del Servicio Penitenciario Federal, incluyendo a los del interior del país, una vez que se ha descartado la pertinencia de la intervención del PRISMA.

La normativa establece que también en el PROTIN los criterios de ingreso son establecidos según la nomenclatura del CIE 10: trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto; retraso mental leve; trastornos psicoorgánicos. Sin embargo, la utilización de estos criterios es más bien laxa y la admisión suele responder a criterios no médicos, toda vez que al poner en relación el funcionamiento de estos dos programas se ponen de manifiesto las tensiones que surgen entre modelos diferentes de atención de la salud mental en los espacios de encierro penitenciario, pudiendo observarse en relación a la cuestión de las admisiones, a la definición de la seguridad y los enunciados de peligrosidad.

MARCO METODOLOGICO:

Área de Estudio:

La investigación se desempeñó en la Unidad Penitenciaria Número XIV del Servicio Penitenciario de Santa Fe, ubicada en Rosario, en la intersección de la calle 1721 y el camino límite con la localidad de Pérez, Departamento Rosario. El instituto penitenciario está conformado por el edificio de sede de gobierno de la unidad y sector del penal con cinco pabellones en los que se encuentran alojados exclusivamente sujetos masculinos. (Ver fotografía anexo).

Tipo de Estudio:

Se trata de un estudio no-experimental, de campo, en tanto los sujetos fueron abordados en su contexto natural (unidad penitenciaria), sin ningún tipo de modificación de la situación de los participantes.

En cuanto a los objetivos, el estudio presenta un carácter descriptivo ya que apunta a descubrir el grado de conocimiento de los internos de la Unidad 16 de Rosario sobre la existencia de la ley de salud mental, así como el reconocimiento del derecho tienen quienes presentan problemáticas por el uso de sustancias, y transversal, en tanto se utilizó un único momento para la recolección de datos.

Por su estrategia el estudio desarrolló un abordaje integral, cualitativo y cuantitativo tanto en la recolección de datos, como en el análisis de los mismos y se buscará medir con la mayor precisión posible el tipo de conocimiento y aplicación del artículo 4 de la Ley 26657 (abordaje de adicciones) en personas que se encuentran privadas de su libertad. El enfoque, según afirma Sampieri (1998) es cuantitativo cuando utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar

hipótesis establecidas previamente y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población, mientras que el enfoque cualitativo, se utiliza comúnmente primero para descubrir y refinar preguntas de investigación, a veces, pero no necesariamente como es en el presente estudio, se prueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones.

La escala de valoración utilizada consta de dos niveles (correcto /incorrecto) y (suficiente/insuficiente), categorías ante cada una de las cuales se emitirá una conclusión, indicando el tipo de conocimiento de los reclusos. La escala exige una evaluación cualitativa del tipo de conocimiento a cerca de la existencia de la Ley de Salud Mental, de los dispositivos que funcionan en la unidad y del reconocimiento del derecho de acceso a la salud, vistos en el grupo de reclusos de la Unidad penitenciaria nro 16 que participaron en la entrevista, quienes consignaron junto a cada pregunta una respuesta (SI o NO) frente a las preguntas orientadas a recoger información sobre del tipo de conocimiento acerca de la existencia de la Ley de Salud Mental, de los dispositivos que funcionan en la unidad y del reconocimiento del derecho de acceso a la salud.

Identificación y Definición de Variables.

Para la realización del presente trabajo se consideraron algunas variables sociodemográficas que permitieron la caracterización de los sujetos bajo estudio, como la edad, sexo, el lugar de alojamiento.

Se tomaron dos variables de investigación para la concreción de los objetivos planteados.

Variable 1: La primera variable a tener en cuenta en la investigación es el tipo de conocimiento sobre la existencia de la ley de salud mental. Según la Real Academia Españo-

la lo ha definido al conocimiento como la acción y efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural, y, por último, noción, saber o noticia elemental de algo. Vargas-Mendoza, (2006), afirma que en el fenómeno del conocimiento se encuentran frente a frente la conciencia y el objeto: el sujeto y el objeto. Por ende, el conocimiento puede definirse como una determinación del sujeto por el objeto. Un conocimiento es verdadero si su contenido concuerda con el objeto mencionado. Dicha variable, fue medida a partir de la respuesta obtenida de la entrevista administrada a los sujetos.

Variable 2: La segunda variable corresponde al reconocimiento del derecho de quienes presentan problemáticas de adicciones por el uso de sustancias de las personas privadas de su libertad alojadas en la Unidad 16 de Rosario en función del conocimiento sobre los dispositivos que funcionan en la unidad penitenciaria y los tratamientos que se utilizan para el abordaje de la temática de adicciones en el marco de la Ley de Salud Mental. Cabe destacar que la noción de derechos humanos se corresponde con la afirmación de la dignidad de la persona frente al Estado, y por ende el poder público debe ejercerse al servicio del ser humano, de manera que no puede ser empleado lícitamente para desconocer atributos inherentes a la persona y debe permitir que la misma pueda vivir en condiciones acorde a la dignidad que le es reconocida legalmente. La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que este, o bien tiene el deber de respetar y garantizar o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy conocemos como derechos humanos. La participación o no en un tratamiento se comprueba a través de las respuestas dadas por los sujetos.

Unidad de Análisis.

Universo: Está compuesto por internos masculinos alojados en Unidades Penitenciarias.

Población: Sampieri (1998), menciona que, según Lepkowski, es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones. En la presente investigación está conformada por los Internos de la Unidad penitenciaria número XVI de la ciudad de Rosario y que ascienden a 317 (pabellón I: 78, II: 80, III: 79 y IV: 80)

Muestra: es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. Se utiliza por economía de tiempo y recursos, implica definir la unidad de muestreo y de análisis y requiere delimitar la población para generalizar resultados y establecer parámetros. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación, los datos no pueden generalizarse a ésta. En las muestras de este tipo, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos.

La ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. Para el enfoque cualitativo, al no interesar tanto la posibilidad de generalizar los resultados, las muestras no probabilísticas o dirigidas son de gran valor, pues logran obtener los casos (personas, objetos, contextos, situaciones) que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos.

En la presente investigación la muestra está conformada con participantes voluntarios, que accedieron a participar en el estudio y que resultan frecuentes en las ciencias sociales y médicas. A esta clase de muestra también se la puede llamar autoseleccionada dado que las personas se proponen como participantes en el estudio o responden activamente a una invitación. El criterio utilizado para seleccionar la muestra ha seguido el mismo usado en los trabajos que sirvieron de antecedentes, los que daban pautas sobre las edades en base a las cuales se realizó la selección (entre 20 y 45 años, edades donde se presenta mayor consumo de sustancias en ambientes carcelarios) y donde la participación se caracteriza por ser voluntaria, ya que se les propuso participar a todos los internos de la unidad y voluntariamente decidieron participar los que se inscribieron. Siguiendo estos lineamientos, la muestra se ha formado por la participación de 12 internos masculinos de la unidad penitenciaria Número XVI de Rosario de los pabellones I, II, III y IV (total de pabellones de la unidad)

Método.

El método del presente estudio se fundamentó en un proceso inductivo (exploran y describen, y luego generan perspectivas teóricas), van de lo particular a lo general, por lo que, a partir del resultado de los datos recolectados, se indagará el tipo el conocimiento sobre la existencia de la ley de salud mental y el reconocimiento del derecho de quienes presentan problemáticas de adicciones.

Técnicas, Instrumentos y Procedimientos.

Técnicas para la recolección de datos

Para la recolección de datos se empleó la entrevista semiestructurada realizada a los internos de distintos pabellones de la Unidad XVI, a los fines de valorar los conoci-

miento y aplicación de la Ley de Salud Mental en esos ámbitos, La entrevista tendrá 5 preguntas. (ver anexo 1)

La investigación será transversal con la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos y otros documentos entregados en mano a los integrantes de la población. La presente es una investigación de campo, donde se recolectan datos directamente de los internos sin manipular ni controlar la variable.

Instrumento: Entrevista.

La entrevista en la investigación cualitativa para Denzin y Lincoln (2005), tomado de Vargas (2012) es “una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas”. Como técnica de recogida de datos, está fuertemente influenciada por las características personales del entrevistador. La misma no se basará en cuestionarios cerrados y altamente estructurados, aunque se pueden utilizar, sino en entrevistas más abiertas cuya máxima expresión es la entrevista cualitativa en profundidad, donde no sólo se mantiene una conversación con un informante, sino que los encuentros se repiten hasta que el investigador, revisada cada entrevista, ha aclarado todos los temas emergentes o cuestiones relevantes para su estudio.

En el presente trabajo se ha utilizado una entrevista semiestructurada con la entrega de un guion temático sobre lo que se hablará con el interno. Las preguntas que se realizan son semi abiertas, estando permitido que el informante pueda expresar sus opiniones, matizar sus respuestas e incluso desviarse del guion inicial pensado cuando aparecen temas importantes que es preciso explorar. Se ha puesto la atención suficiente para que los temas que son de interés para el estudio se puedan relacionar naturalmente en la entrevista.

La misma se realizó en el horario de las 14 horas por ser momento de descanso sin ningún tipo de actividades en la Unidad, el tiempo estipulado ha sido de una hora, en

un espacio como la Biblioteca, el que ha sido reservado para tales efectos alejado del resto de los pabellones donde se encuentran alojados los internos, por lo que el ambiente resultó ser cómodo, sin ruidos y sereno.

Procedimiento:

La recolección de la información se realizó con la debida autorización de la Universidad Abierta Interamericana que fue presentada ante la Dirección General del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, quien otorgó la debida autorización para la realización de la misma, y en coordinación con el director de la Unidad Penitenciaria Número XVI. Atento a lo autorizado, los empleados del servicio penitenciario que tienen a su cargo el cuidado de los internos, fueron quienes se encargaron de acercarse a los pabellones haciendo conocer el tema del trabajo de investigación y anotando a quienes tenían intenciones de participar. Aquellos inscriptos fueron trasladados al sector de Biblioteca donde se realizaron las entrevistas. Las mismas fueron efectuadas en dos jornadas por la tarde, en una primera visita a la Unidad se entrevistaron internos de los pabellones I y II y el segundo día internos del pabellón III y IV. En total fueron entrevistados 12 internos, si bien la convocatoria fue efectuada con anticipación solo los 12 (3 representantes de cada pabellón), se presentaron a realizarla y permitieron desarrollar la presente investigación.

Consideraciones éticas

Se han respetado las consideraciones éticas siguiendo el procedimiento establecido en la Ley Provincial 9.538 (Ejercicio profesional de los Psicólogos y creación del Colegio) en concordancia con el Código de Ética Nacional de la Federación de Psicólogos de la República Argentina del año 2013. Todos los sujetos que participaron en el estudio, fueron debidamente informados de los alcances y

objetivos del mismo, se solicitó su participación voluntaria y se garantizó anonimato y confidencialidad de los datos. En ningún momento fueron expuestos a situaciones que impliquen riesgo físico ni psicológico. Dado que la participación de los internos fue voluntaria, posterior a la explicación de los objetivos de la presente investigación, la mayoría manifestó su deseo de participar, mientras que unos pocos no desearon hacerlo, y se retiraron respetando su voluntad en todo momento.

Se les solicitó la firma de un consentimiento informado que se les entregó y luego comenzó la entrevista. En primer lugar, se relevaron datos personales, los cuales fueron completos en su mayoría, salvo algunos pocos internos que prefirieron el anonimato o colocaron un apodo, ya que esa había sido la explicación previa para quienes no querían consignar su nombre y apellido.

En razón de lo expuesto, se han respetado las consideraciones éticas en la realización del trabajo por lo cual se les informó detalladamente a los participantes que no se darían a conocer los datos personales de los mismos como así tampoco los resultados de sus respuestas.

Análisis de Datos e Interpretación de Resultados

La muestra estuvo conformada por un total de 12 internos de entre 20 y 45 años. En cuanto a las respuestas obtenidas las mismas resultaron ser similares y uniformes por lo que si bien cada uno respondió en una hoja y como no todos se encuentran debidamente escolarizados, se comunican los resultados agrupando las respuestas en forma genérica con relación a cada pregunta. A los fines de la investigación, la población se dividió en dos grupos de 6 internos que fueron entrevistados en dos días consecutivos. El primero está constituido por internos del pabellón I y II y el segundo por internos del pabellón III y IV.

Cuadro demostrativo de datos recogidos

Pregunta	Respuesta		% de SI	% de NO
	SI	NO		
Eje De Conocimiento				
¿Conoce acerca de la existencia de la ley de salud mental y si la misma contempla el caso de adicciones (consumo de sustancias no permitidas) ?	2	10	16.66	83.34
¿Tiene conocimiento acerca de si funciona algún servicio de Salud Mental dentro de la Unidad Penitenciaria?	11	1	91.66	8.34
¿El dispositivo aborda la temática de adicciones?	2	10	16.66	83.34
Eje de padecimiento/acceso a tratamiento				
¿Usted ha padecido o conoce algún caso de personas que padecieron problemas con algún tipo de sustancia prohibida estando privado/a de su libertad?	8	4	66.66	33.34
¿Tuvieron acceso al equipo interdisciplinario de la unidad?	5	7	41.66	58.34
¿Ha recibido tratamiento en el Dispositivo de Salud?	1	11	8.34	91.66
¿Están conformes con los tratamientos existentes relativos a las adicciones?	0	12	0	100

Figura 1: cuadro demostrativo de preguntas según cada eje seleccionado, respuestas obtenidas y porcentaje de las mismas en relación al total.

La figura 1 representa lo que se viene diciendo, en relación al primer eje, el de conocimiento, la pregunta 1 y 2 tienden a determinar si los internos conocen la existencia de la ley de Salud Mental que incluye el consumo de sustancias no permitidas y también sobre la existencia y funcionamiento de algún dispositivo de salud intra muros para abordar esta temática específica tanto sea por experiencia personal directa o bien de otro compañero de pabellón. Es por ello que frente a la pregunta 1) ¿Conoce acerca de la existencia de la ley de Salud Mental y si la misma contempla el caso de adicciones (consumo de sustancias no permitidas)? Respuesta: 2 contestaron SI, representando el (16,66%) y 10 de los entrevistados contestaron NO, lo que representa el (83,34%)

A la pregunta 2) ¿Tiene conocimiento acerca de si funciona algún servicio de Salud Mental dentro de la Unidad Penitenciaria? Respuesta: 11 Si (91,65%) y 1 NO (8,34%) , y, ¿el dispositivo aborda la temática de adicciones?, la respuesta a la pregunta fue: 2dijeron SI conocer el servicio de salud de la Unidad (16,65%) y 10 NO conocer que se aborda la temática de adicciones (83,34%)

Siguiendo con la figura 1 y preguntados sobre el eje de padecimiento y acceso a tratamiento: refiere la pregunta 3) ¿Usted ha padecido o conoce algún caso de personas

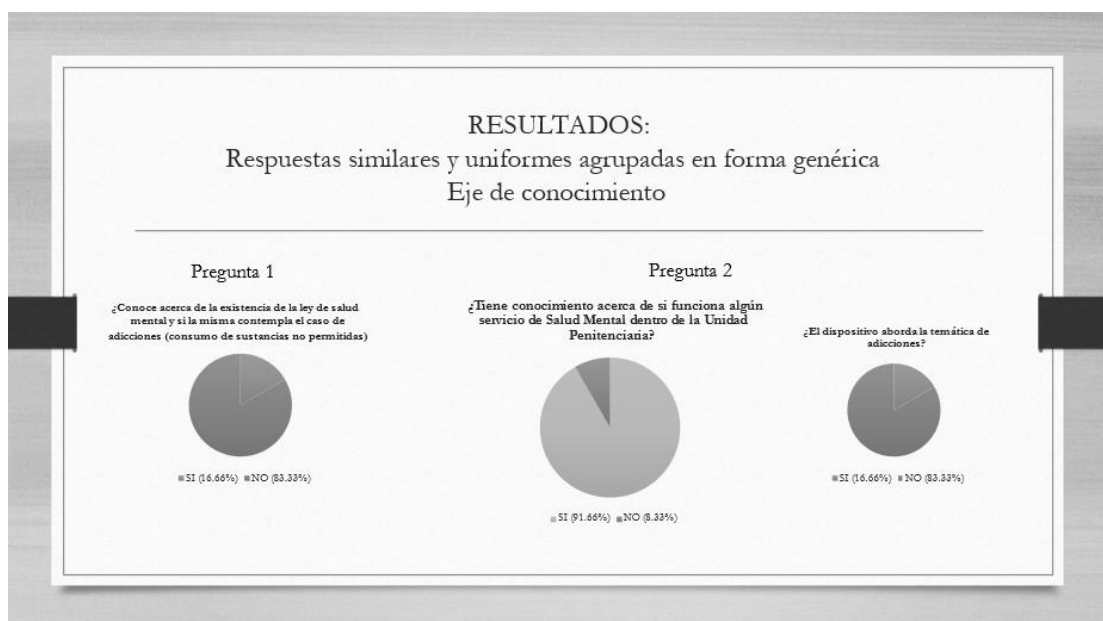
que padecieron problemas con algún tipo de sustancia prohibida estando privado/a de su libertad? Las respuestas fueron: SI contestaron 8 internos (66,66%) y NO respondieron 4 internos (33,34%), en cuanto a la pregunta 4) ¿Tuvo acceso al equipo interdisciplinario de la unidad? respondieron que SI 5 de los entrevistados (41,66%) y respondieron NO 7 (58,34%). ¿Ha recibido tratamiento en el Dispositivo de Salud? Respondio SI 1 interno (8,34%) y NO 11 internos (91,66%). La última pregunta 5) ¿Está conforme con los tratamientos existentes relativos a las adicciones?, la respuesta SI 0 (0%) y la respuesta NO de 12 entrevistados (100%).

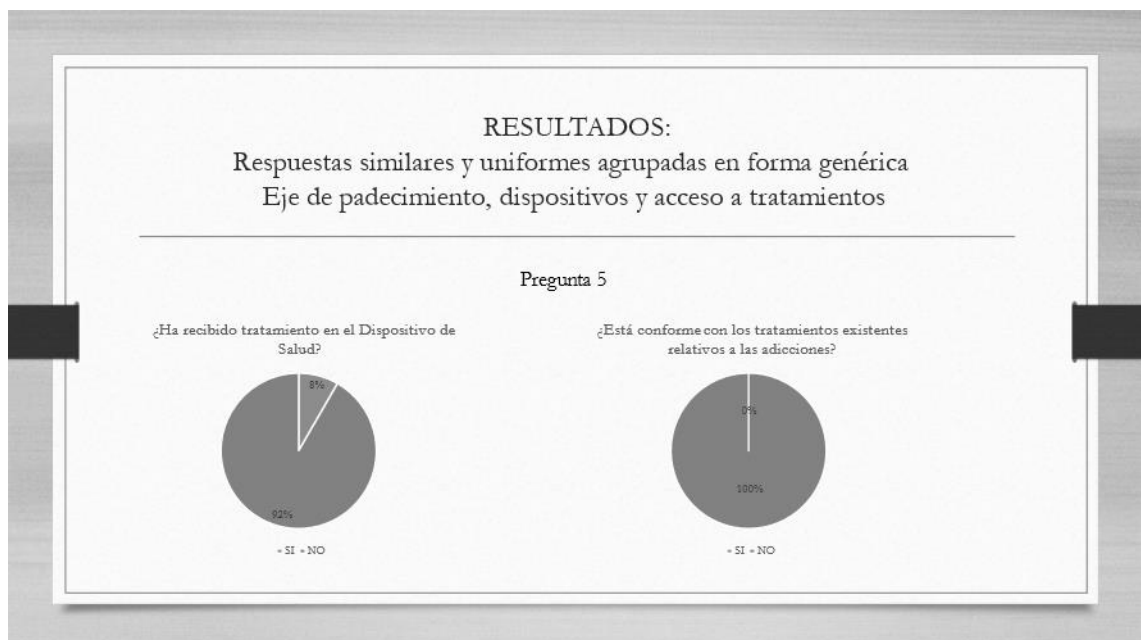
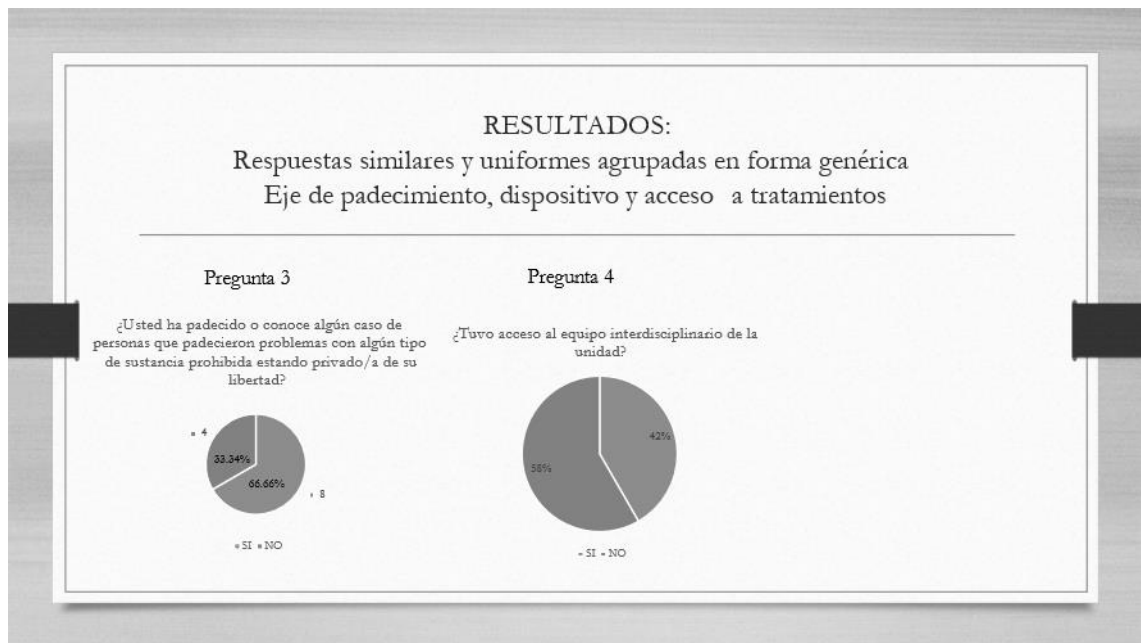
Para explicar lo complicado que les resulta, relataron lo difícil que es el acceso al equipo interdisciplinario que tienen que pedir mediante firma la solicitud de atención, que tienen que solicitar entrevista con los dos grupos (el EARS y el DIS) y que la mayoría de los pedidos que hicieron no tuvieron respuesta y nunca los llamaron. Incluso propusieron la existencia de un cuaderno en cada pabellón y que sean anotados los que necesitan salir a ser atendidos y tengan debido acceso a la asistencia psicológica.

Resultado

Siendo el objetivo del presente trabajo indagar sobre el tipo de conocimientos que poseen los internos de la Unidad 16 de Rosario sobre la existencia de la ley de salud mental, de los dispositivos de salud que funcionan intra muros, así como el reconocimiento del derecho tienen quienes presentan problemáticas por el uso de sustancias, y del análisis que se ha realizado se puede afirmar que el resultado de esta investigación a la luz de la ley de Salud Mental, y de los resultados encontrados, ha sido que el tipo de conocimiento que poseían las personas privadas de la libertad en la Unidad XVI de Rosario que fueron entrevistadas, era incorrecto y escaso. Esto se explica dado que los pocos que conocían la existencia de la ley no sabían sobre el abordaje del consumo de sustancias, y que, la misma ley garantizaba el reconocimiento

del derecho a quienes presentan problemáticas por el uso de sustancias. Por otra parte, si bien muchos internos tenían conocimiento sobre la existencia del dispositivo de Salud Mental (DIS) que funciona en la unidad, que es un espacio de abordaje terapéutico, desconocían que este espacio daba respuesta al abordaje de consumo de sustancias, lo cual demuestra que el tipo de conocimiento era escaso. Mas aún, el escaso número que pudo acceder a tratamiento con el DIS se queja de que el acceso era sumamente difícil y reclamaron la necesidad de fácil acceso a las consultas con el equipo interdisciplinario, reprochando la falta de atención. También ha quedado demostrado que no son reconocidos los derechos de los internos en los términos de la ley de Salud Mental y su abordaje en materia de adicciones, de hecho, la falta de acceso a entrevistas con profesionales que se encargan del tema les impide a posteriori tener el tratamiento adecuado a esa problemática. Se ha considerado que el abordaje de la problemática de adicciones forma parte de la política de salud, que, si bien es tenida en cuenta por la ley de Salud Mental, su abordaje parecería ser una mera expresión de deseo, el que se estrella en la práctica ante la imposibilidad del acceso a los tratamientos respectivos.





Conclusión

Con lo evaluado ha de afirmarse que el tipo de conocimiento que poseen los internos de la unidad 16 que fueron evaluados es incorrecto y además escaso tanto sea de la normativa vigente en materia de Salud Mental como del dispositivo que funciona intramuros. Es por ello, que ha de considerarse que el resultado de la práctica relevada no resulta acorde al nuevo paradigma que propicia la nueva Ley de Salud Mental,

respecto de que la Salud es un Derecho Humano reconocido a nivel internacional por múltiples Pactos, Convenciones, Declaraciones y Principios, y también a nacional y provincial, y que corresponde al Estado garantizar el cumplimiento de los derechos que la misma ley reconoce. Que todas las personas, incluso las privadas de su libertad, tienen el derecho a solicitar y recibir un tratamiento, el que deberá ser prescripto y conducido por profesionales de salud mental legalmente habilitados y que tendrá como horizonte la curación, la recuperación y la rehabilitación del recluso. Para ello, los estados deben crear implementar dispositivos Interdisciplinarios de Salud que permitan avanzar en el proceso ya iniciado con la creación del Departamento de Salud Mental hacia la construcción de prácticas sostenidas en una concepción de los procesos de salud / enfermedad que incluya componentes biológicos, ambientales, estilos de vida, hábitos alimentarios y de usos y abusos de sustancias tóxicas, que permitan diseñar estrategias que integren todos esos aspectos favoreciendo acciones hacia la protección y promoción de la salud, superando las prácticas tradicionales que se enfocan en el proceso de atención y resolución de problemáticas ya existentes y permitan avanzar hacia el desarrollo de estrategias para la promoción y prevención de la Salud Mental en el ámbito penitenciario y cuyos profesionales dependan administrativamente del Ministerio de Salud y Medio ambiente.

Por ser incorrecto el conocimiento, los internos conocen la existencia de un dispositivo, pero no conocen cuáles son sus competencias y aquellas problemáticas que pueden ayudar a tratar como por ejemplo el tratamiento de los padecimientos que tienen los internos por consumo de sustancias psicoactivas. El modelo de atención que ha propuesto el estado provincial con la creación del DIS es de accesibilidad universal por lo que resulta central garantizar la accesibilidad de toda la población penitenciaria al mismo, cuestión que en la práctica no se produce, son muy pocos los que consiguen acceso al mismo, aumentando la vulnerabilidad de este sector de la población

penitenciaria. La falta de conocimiento recíproco entre el equipo de profesionales y los internos no permite realizar un diagnóstico de las condiciones de salud en función de las demandas y necesidades de cada persona, no existe un vínculo estable entre ambos, el que no logra ser sostenido y fortalecido en el tiempo de modo que no puede garantizarse la longitudinalidad en el proceso de atención.

Por último, mencionar que la atención del Dis está muy lejos de ser integral, ya que no se incluyen además de aspectos relativos a la atención de la enfermedad y padecimientos los aspectos de promoción y prevención a través del diseño de proyectos terapéuticos en función de la singularidad de cada persona, no pudiendo tampoco articular con los distintos recursos que integran la red sanitaria local la coordinación del proceso de atención de cada uno de sus adscritos.

El estudio, demuestra a las claras que la definición del artículo 3 de la Ley 26657 resulta inaplicable al contexto de encierro carcelario, toda vez que la salud mental como proceso se encuentra limitado por todos los componentes que lo determinan (social, cultural, contextual) que no es ni preservado ni mejorado. Tampoco son abordadas las adicciones como lo refiere el artículo 4, de modo que los internos que tienen uso problemático de drogas no tienen garantizados sus derechos, mismos derechos que la ley reconoce, y en relación al servicio de salud. Es por ello que considero que, por parte de los internos privados de su libertad, existe un palmario desconocimiento sobre la existencia de la ley de Salud Mental y el abordaje de las adicciones, como la imposibilidad de acceder a los tratamientos por no reconocerse el derecho a los mismos. Se considera necesario que los reclusos cuenten con la debida información en forma correcta y completa, la que puede ser acercada a través de charlas, talleres, encuentros, que puedan tener como objetivo no solo brindar la adecuada información sino también promover la concientización y prevención sobre la referida temática, y, que las mismas puedan ser realizadas por estudiantes avanzados

de la carrera de Licenciatura en Psicología como parte integrante de su Prácticas profesionales supervisadas.

Comparto con Galende que el panorama de la Salud Mental es conflictivo y contradictorio, que coexisten teorías y prácticas que resultan ser antagónicas por lo que la Salud mental en el ámbito penitenciario no ha logrado replicar el reconocimiento del Derecho Humano a la Salud tal como ha sido instituido a través de la normativa vigente en todos sus ámbitos (internacional, nacional, provincial).

Asimismo considero que será necesario que la temática de adicciones tal como fuera definida por la OMS como una enfermedad física y psico-emocional que se produce cuando un sujeto tiene un vínculo de dependencia con drogas ,objetos, relaciones , etc; sea incorporada como parte integrante de la política de salud que deberá llevar a cabo el gobierno de la Provincia de Santa Fe, dado que la noción de adicción debe ser entendida como la adherencia compulsiva de un goce a un objeto que asume formas y modalidades diversas y que muchos sujetos emplean para hacer de un síntoma sin significación un modo de estabilización. Es obligación del Estado, en cumplimiento de Pactos Internacionales, que a través de sus respectivos Ministerios y en coordinación con los dispositivos con los que cuenta en el territorio de la provincia pueda hacerse efectivo el reconocimiento de los derechos que se encuentran plasmados en la ley de Salud Mental 26657 a lo largo de sus artículos 3, 4 , 7 siguientes y concordantes, no quedando los mismos como meras definiciones que en la práctica no han de ser tenidas en consideración, y, como psicólogos se ha de fomentar el conocimiento sobre la temática abordada en el presente trabajo de investigación.

Entiendo que, en consonancia con la definición que la problemática de las adicciones es poli causal y que en la misma intervienen factores culturales, sociales, económicos, médicos y familiares, junto con la subjetividad de cada persona, nadie mejor que un profesional del área de Psicología para que intervenga, formando parte de

los dispositivos intra muros o extramuros dedicados a la atención, prevención y promoción de la Salud Mental. Ya lo decía Stolkiner, que dentro de las adicciones hay un punto en común, que es tratar de buscar algún alivio a una situación insoportable, siendo esto así, dado que una adicción se construye psicológica, biológica y socialmente de manera conjunta.

Para finalizar, resulta oportuno citar un extracto de la obra que Freud escribiera en 1918 en “Nuevos caminos de la Terapia analítica” donde menciona entre otras cosas (...)se crearán entonces sanatorios o lugares de consulta a los que se asignará médicos de formación psicoanalítica, quienes aplicando el análisis volverán más capaces de resistencia y más productivos a hombres que de otro modo se entregarían a la bebida, a mujeres que corren peligro de caer quebrantadas bajo la carga de las privaciones, a niños a quienes sólo les aguarda la opción entre el embrutecimiento o la neurosis. Estos tratamientos serán gratuitos. Puede pasar mucho tiempo antes de que el Estado sienta como obligatorios estos deberes... De todos modos, alguna vez ocurrirá”. ...

Referencias bibliográficas:

Almeda Samaranch E, D. N. (2012). Mujeres, cárceles y drogas datos y reflexiones.

Serie Socio Legal Oñati, 2(6), 122-145.

Amaya, S. (2016). Como funciona el pabellon psiquiatrico de Ezeiza. *La Nación*, 1-10.

Arcuri, D. (2010). Plan Estrategico de salud en cárceles federales de Argentina. *Revista*

Española de Sanidad Penitenciaria, 12(2), 21-26.

Barriguete Castellón, A. (2004). Clínica Psicoanalítica sobre las adicciones. Eje II

Metapsicológico (Monografía en Español). *FEPAL*, 1-20. En:

http://www.fepal.org/images/2004teorico/clinica_psic%20barriguete.pdf

Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Buenos

Aires: Topia.

Beiras, I. R. (1994). La "devaluación" de los derechos fundamentales de los reclusos.

Tratamiento Penitenciario y derechos fundamentales, (págs. 47-76).

Bentham, J., & Foucault, M. (1979). *El ojo del poder. El panoptico*. Madrid: La Piqueta.

Bentham, J. (1979). *Genealogia del poder. El panoptico*. Madrid: La Piqueta.

Bleichmar, S. (2012). *Violencia escolar, violencia social. De la puesta de límites a la*

construcción de legalidades. Buenos Aires: Noveduc.

Bravo, O. A. (2016). Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de

Villahermosa. *1*(2), 156-170.

Camoia, G. (20 de Octubre de 2014). Otro "prisma" en salud mental. *Página 12*.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Talleres Gráficos

ZLOTOPIORO S.A.C.LP.

- Carmona, J. A. (1995). Adicciones: la droga no es la sustancia. De Freud a Lacan. *Revista Colombiana de Psicología*(4), 72-76.
- Casas, J. L. (2018). Patrones de consumo de drogas en las cárceles en las cárceles de Perú. *Educa UMCH*(11), 129-146.
- Castel, R. (1980). El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo. Madrid: La Piqueta.
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad* (Vol. 1). Barcelona: Tusquets.
- Castro, M., & García, M. (2013). Cárcel y Salud 2003-2008. *VII Jornadas de jóvenes investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani*. Buenos Aires.
- Chaves, D. (2007). Droga, psicoanálisis y toxicomanías. Las huellas de un encuentro, de Eduardo Vera Ocampo. *Desde el jardín de Freud*, 7, 317-318.
- Daroqui, A. (2008). Neoliberalismo y encarcelamiento masivo en el siglo XXI : De la resocialización a la neutralización e incapacitación. *Encrucijadas*(43), 1-5.
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351.
- Faraone, S. (2015). Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad*, 24(40), 63-79.
- Flores, L. F. (2012). Un siglo de psiquiatría penitenciaria. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2(1), 34-43.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica* (Vol. 1). Mexico: Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1978). *El nacimiento de la clínica : una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Freud, S. (1911-1913). *Sobre las causas ocasionales de la neurosis* (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En S. Freud, *Tomo XVII* (págs. 162-163). Buenos Aires: Amorrortu.
- Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser. *Intercambios, papeles de psicoanálisis*, 20, 25-34.
- Goffman, E. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gonzalez, L. A. (2015). *Las adicciones a la luz del psicoanálisis, una revisión de literatura (Tesis de Grado)*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. (1998). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-hill.
- Lepkowski, J., Tucker, C., Brick, J. M., de Leeuw, E., Japac, L., Lavrakas, P., Sangster, R. (2010). Avances en la metodología de encuestas telefónicas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 129(7), 172-172.
- Lombrana, A., & Pepe, B. (2013). Salud Mental y carcel: dispositivos de "cuidado" en contextos penitenciarios a partir de la Nueva Ley de Salud Mental., (págs. 1-20).
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psyche*, 15(1), 67-77.

- López, G. (2017). Programa de satisfactores cotidianos: un estudio de caso para tratar la adicción en prisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(4), 1597-1621.
- López, S. (2019). Adicción y toxicomanía ¿una cuestión de términos? *Anuario Temas en Psicología*, 5(1), 255-260.
- Lutereau, L., & Belucci, G. (2017). El objeto-droga y sus destinos. *Revista Científica de UCES*, 22(2), 9-21.
- Martín, J. P., & Bernal, A. O. (2009). "Historia de la locura en la época clásica" y movimiento antipsiquiátrico. *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2), 293-300.
- Martínez, M. (2016). Hacia una delimitación de la noción de toxicomanías desde el psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, 23, 59-66.
- Montes, C. (2015). Entrevista a Alicia Stolkiner. *Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es)*, 4(4), 237-256.
- Moreno, B. d. (2007). Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo, de Sylvie Le Poulichet. *Desde el Jardín de Freud*, 313-316.
- Mouzo, K. G., & Rios, A. L. (2019). Programas de atención psiquiátrica y gobierno del espacio carcelario en el Servicio Penitenciario Federal Argentino. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 53, 13-39.
- Naparstek, F. (2006). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama.
- Naparstek, F. (2008). Pequeño debate psiquiátrico sobre la toxicomanía. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*,

Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Otero Rossi, M. R., & Najt, N. E. (2014). Una propuesta conceptual para definir el lugar de la toxicomanía en la clínica. *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Pérez Martínez, E. (2012). ¿Psiquiatría penitenciaria? *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 6(3).

Serrano Tárraga, M. D. (2010). Derecho a la salud de los internos en centros penitenciarios y sanidad penitenciaria (I). *Revista de Derecho de la UNED*, 6, 413-446.

Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). “Consumo de drogas”: la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, 14, 239-249.

Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Investigación y Educación en Enfermería*, 6(1), 31-61.

Strifezzo, F. (09 de Marzo de 2013). La tortura persiste en la Argentina. *Perfil*.

Techera, A., de León, N., Apud, I., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, J., . . . Sánchez, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las Políticas en Salud Mental. *Salud Mental en Debate*, 15-35.

Vargas-Jiménez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Electrónica Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-139.

Vargas-Mendoza, J. E. (2006). *Teoría del conocimiento*. México D.F: Asociación

Vera Ocampo, E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Paidós.

Documentos:

Argentina, C., & CUARTA, S. (1999). Constitución Nacional.

Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 (2010) Publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre de 2010. Decreto Reglamentario 603/2013. Argentina.

Ley Provincial de Salud Mental N°10.772 publicada el 26 de diciembre de 1991. Santa Fe.

Ley 24660 de Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad (1996). Publicada en el Boletín oficial el 16 de julio de 1996. Argentina.

de Derechos Humanos, D. U. (1948). Naciones Unidas. *Concluding Observations of the Human Rights Committee: Canada*” (7 de Abril de 1999) CCPR/C/79/Add, 105.

dentro de los Sistemas, A. P., & de Salud, L. DECLARACION DE CARACAS.

Fundamentos del Dispositivo Interdisciplinario de Salud (en adelante DIS), dependiente del Ministerio de Salud de Santa Fe.

Humanos, C. A. D. D. (1969). Pacto de San José de Costa Rica. OEA, *San José De Costa Rica*, 22.

Iberoamericana, X. C. J. (2013). 100 reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. *Revista Jurídica*, 1(1), 111-132.

Políticas Públicas en materia sanitaria en contextos de encierro de sustancias adictivas. Estudio Preliminar Investigación UDH Pacheco 2016”.

ANEXO: Entrevista realizada en

Unidad penitenciaria n° 16.



Fecha:

Nombre del Entrevistado

(optativo).....

Lugar de alojamiento:

Edad:

Estado civil: Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia de su familia :.....

Apoyo familiar con que cuenta:

Recibe visitas?:..... De quiénes?:.....

Ha tenido detenciones previas, o es la primera vez?:.....

Tiempo que lleva privado de libertad?:.....

Preguntas:

1- Eje de conocimiento:

- 1) ¿Conoce acerca de la existencia de la ley de salud mental y si la misma contempla el caso de adicciones (consumo de sustancias no permitidas)?
- 2) ¿Tiene conocimiento acerca de si funciona algún servicio de Salud Mental dentro de la Unidad Penitenciaria? ¿El dispositivo aborda la temática de adicciones?

2- Eje de padecimiento, dispositivos y acceso a tratamiento:

- 3) ¿Usted ha padecido o conoce algún caso de personas que padecieron problemas con algún tipo de sustancia prohibida estando privado/a de su libertad?
- 4) ¿Tuvo acceso al equipo interdisciplinario de la unidad?
- 5) ¿Ha recibido tratamiento en el Dispositivo de Salud? ¿Está conforme con los tratamientos existentes relativos a las adicciones?