

PPN, 2015. *Informe Anual 2014. La situación de los Derechos Humanos en las cárceles federales de la Argentina*, pp. 133-137. Buenos Aires: PPN.

El dispositivo psiquiátrico como tecnología de gobierno de la población encarcelada. El proceso de psiquiatrización

El dispositivo psiquiátrico en cuanto a la “gestión de las poblaciones” despliega, lo que hemos denominado, procesos de psiquiatrización¹ de la población reclusa. En el marco de este proceso encontramos dos tecnologías psiquiátricas-penitenciarias: la segregación diferenciada en espacios específicos y la medicalización generalizada; en otras palabras: un núcleo duro y un núcleo blando por los que circulan las personas detenidas. En el núcleo blando se despliega una “práctica de medicalización” de la población alojada en los pabellones que, de acuerdo a las entrevistas realizadas a los Jefes de Médica y Psiquiatría de los Complejos I y IV respectivamente, en el año 2013 alcanzaba para el primero: al 40% de la población de varones y para el segundo, al 50% de la población de mujeres, que recibían medicación psiquiátrica diariamente.

De acuerdo a las entrevistas realizadas a detenidas, detenidos, personal médico y de seguridad, al relevamiento de Informes realizados por otras áreas de la PPN (Salud mental, Área de Género, etc.), el suministro de psicofármacos es, frecuentemente, producto de la *demand*a por parte de la población alojada en los pabellones comunes, es decir, las personas detenidas manifiestan angustia, ansiedad y expresan que a su vez en su vida extramuros tomaban medicación psiquiátrica de modo irregular,² y ello es suficiente para que se les prescriba 3 tomas diarias³ de psicofármacos.

Las mujeres entrevistadas en el Anexo Unidad 27, particularmente, dijeron haber comenzado a consumir regularmente psicofármacos en la cárcel, dentro de los pabellones comunes de alojamiento, tanto en espacios de población como en Resguardo de Integridad Física (RIF). Sobre esto refirieron que “*si les pedís, te dan*”. Explicaron que bastaba con sacar una audiencia al psiquiatra y solicitar medicación psicofarmacológica para que se las

¹ Seguimos los desarrollos de Carpintero, E. (2011) “La medicalización de la subjetividad. El poder en el campo de la salud mental”. En: Carpintero, E. (comp.), (2011), *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*. Buenos Aires: Topía Editorial, pp. 7-31. Este autor consigna que la *psiquiatrización* refiere al proceso de medicalización en el campo de la salud mental.

² Con esta expresión aludimos a que el consumo extramuros no siempre se encuentra sujeto a un plan de medicación prescripto por un psiquiatra. Hallamos casos de automedicación y otros en los que la medicación se les entregaba en hospitales públicos (monovalentes y generales) sin requerir controles y chequeos de rutina.

³ Información suministrada en 2013 por la Jefa del Centro Médico del CPF IV.

prescribieran y entregaran diariamente. En general, los motivos de la demanda son dificultad para dormir o problemas familiares angustiantes.

PROTIN, Urgencias Psiquiátricas - ex Unidad 20, ex Unidad 27

El suministro de medicación en los pabellones comunes, se complementa a su vez, con medidas violentas de mayor control y sujeción, vinculadas a traslados compulsivos a sectores de internación específicos (Anexos U.20, U.27).⁴

Así lo explicaron en entrevista los profesionales del Anexo Unidad 20, manifestando que los alojados en este sector son detenidos que pasaron por “*circunstancias desadaptativas de convivencia* [en los sectores de alojamiento común] [...] *es esto: quiero tal cosa, me corto, amenaza* [...] *es la imposibilidad de resolver a través del habla el conflicto* [...] *cuando una situación familiar o afectiva los desborda*”. Aquellas circunstancias que para la seguridad interna se constituyen en “situaciones problemáticas y conflictivas”, en tanto alteran el orden interno, devienen “problemas desadaptativos de convivencia”.

De este modo es posible comprender que tanto la medicación suministrada regularmente en pabellón común⁵ como la separación del régimen a espacios de “atención especializada” *no* responden a evaluaciones de tipo psiquiátrico, sino a una política de regulación de poblaciones ante: peleas entre detenidos/as, intentos de suicidio o protestas y reclamos frente al SPF. Es decir, aluden por un lado a la medicalización del conflicto, y por el otro, al *castigo* –mayor encierro y aislamiento– *medicalizado* sobre determinados individuos, en espacios diferenciados.

El traslado a los espacios psiquiátricos incluye los riesgos habituales de todo traslado, como perder las pertenencias, pasar varias horas o días sin comer, someterse a peores condiciones de alojamiento (respecto de las que se vivía) y padecer el aislamiento en celda individual al menos durante 48 horas en período de “observación”. En estas circunstancias predominan los malos tratos físicos antes o durante el traslado, al ingresar a los espacios de atención o durante el alojamiento en dichos sectores. Asimismo, resulta regular la aplicación de tranquilizantes inyectables en los sectores de salud comunes, y particularmente en la circunstancia previa al traslado a los espacios psiquiátricos, no necesariamente autorizada por

⁴ También al Programa PRISMA.

⁵ Con respecto al tipo de medicación, la Jefa de Psiquiatría del CPF IV mencionó hacia fines de 2013 que en los pabellones comunes se les prescribía prioritariamente clonazepam. En tanto, el psiquiatra del Anexo U.20 entrevistado en el año 2014 manifestó que el clonazepam tiene efectos secundarios serios y por este motivo, ellos suministran diazepam.

médicos psiquiatras.⁶ Estas aplicaciones compulsivas de medicación producen en los detenidos y detenidas un estado de adormecimiento que dura entre 24 a 48 horas, dejándolos en una situación agravada de vulneración e indefensión.⁷

Durante los primeros dos años realizamos el relevamiento de casos y entrevistas a personas detenidas y personal penitenciario, en los 4 espacios mencionados: Anexo U.20, Anexo U.27 y PRISMA varones y mujeres. En 2014 focalizamos nuestro trabajo de campo en los Anexos U.20 y U.27 (en sus respectivos pabellones: PROTIN y Urgencias Psiquiátricas),⁸ es decir, como ya lo hemos mencionado, el campo de indagación se realizó en aquellos espacios carcelarios dirigidos y atendidos por profesionales de la *salud mental* pertenecientes al Servicio Penitenciario Federal.

El Anexo Unidad 27 (PROTIN - Urgencias Psiquiátricas) se encuentra en el Complejo IV de máxima seguridad de mujeres de Ezeiza. Su capacidad de alojamiento es de 24 celdas. Al momento del relevamiento⁹ se encontraban alojadas 10 mujeres.

Se entrevistaron a 7 de las 10 detenidas alojadas en el pabellón A de “Urgencias Psiquiátricas” y el pabellón B “Incorporadas al PROTIN”, también se realizaron entrevistas con profesionales y personal de seguridad. La información recolectada determinó: la persistencia de las golpizas, la aplicación de inyecciones compulsivas y el traslado a los “buzones”/celdas de aislamiento antes de ingresar al pabellón A (Urgencias Psiquiátricas) y algunos casos, después de su egreso. En el pabellón A el aislamiento se prolonga los primeros días durante 23 horas diarias, a celda pelada –sin pertenencias ni objeto alguno– en el marco de la denominada “etapa de observación”, y en algunos casos, de acuerdo a las entrevistas realizadas a las detenidas, los primeros 2 o 3 días duermen las 24 horas producto de una medicación inyectable, desconociendo el tipo de droga que les suministran. Durante este

⁶ Por ejemplo, según relató la Jefa de Psiquiatría del CPF IV, en el Anexo U.27, de 20 a 8 horas, no cuentan con guardia psiquiátrica, ni tampoco los sábados y domingos; sólo el médico general que está de guardia. La Dra. afirmó que ante cualquier problema se manejan con el personal de seguridad (*sic*) ya que como varios de ellos trabajaron en la Unidad 20 “están entrenados, se dan cuenta cuando una detenida está *por tener una crisis*” (*sic*) y en esos casos apelan al médico de guardia que puede ser un traumatólogo, ginecólogo o clínico. Explicó que tuvo que *luchar mucho* dentro del servicio médico para que estos médicos (traumatólogos, odontólogos, etc.) aceptaran prescribir medicación psiquiátrica. Ella pedía más profesionales psiquiatras y ante la negativa exigió que estos médicos cumplieran funciones de guardia psiquiátrica de 20 a 8 horas, y los fines de semana y logró este objetivo. “Las pacientes al menos tienen la escucha de un médico traumatólogo y las medican con inyectables en el Centro Médico” (*sic*). Lo que sí aumentaron fue la cantidad de enfermeros.

⁷ Por todos estos motivos, el traslado a los sectores psiquiátricos es utilizado regularmente por el SPF a modo de amenaza para producir obediencia en las personas alojadas en los pabellones comunes.

⁸ El Anexo Unidad 20 no cuenta con sector de “Urgencias psiquiátricas” porque el SPF lo destinó al detenido apodado “Mi Sangre”, alojado en este sector en condición de “resguardado”. Esta persona ocupa las 4 celdas que componen el sector de urgencias y, según mencionaron los entrevistados, cuenta con teléfono, televisor y otros privilegios que no presentan los pabellones de alojamiento común. Por ello, los profesionales del Anexo suelen utilizar la “habitación 104” del Hospital Penitenciario Central para alojar detenidos en “situaciones críticas”.

⁹ Trabajo de campo: 29 de septiembre de 2014.

proceso, además, se les restringe el acceso a mantas, ropa, baño y ducha, teléfono y sectores de uso común. La alimentación que reciben es deficiente en calidad y cantidad, situación que es agravada dado no les permiten tener utensilios ni mercadería para cocinar, dependiendo exclusivamente de la deficitaria comida del penal.

El alojamiento, particularmente en el Pabellón A, se presenta como una “respuesta institucional” ante situaciones de conflicto en los pabellones, que registran una primera intervención violenta del cuerpo de requisa y una posterior “disposición” de las mujeres detenidas en el mismo, lo cual incluye a su vez, la alternativa de ser alojada en los “buzones”-celdas de castigo. Es decir, el Pabellón A y los buzones son utilizados como espacios segregativos de castigo, indistintamente.

Este procedimiento fue relatado tanto por las detenidas como por la Directora del Módulo VI, quien manifestó que al pabellón de “Urgencias Psiquiátricas” llegan quienes presentan “*excitación psicomotriz*” ante intentos de suicidio o “*problemas de convivencia*” en los pabellones de alojamiento común. Asimismo, expresó que se las traslada porque “*en el servicio psiquiátrico hay más control [en el suministro] de la medicación que en los pabellones del penal*”. Según pudimos constatar a través de los relatos de las detenidas, este sector se constituye en un espacio de abordaje intensivo diferencial en el que la medicación diaria se encuentra garantizada por el uso penitenciario de la fuerza. El Pabellón B registra un menor nivel de sujeción en cuanto al encierro en celda y se les permite contar con sus pertenencias, la “terapia” es exclusivamente farmacológica y de las 4 mujeres alojadas, dos estaban claramente en situación de “refugiadas”, es decir, aludieron que no podían regresar a la población porque “*corrían peligro sus vidas*” (*sic*).

Respecto del **Anexo Unidad 20 de varones**, se mantuvo entrevistas con 5 profesionales de PROTIN y con 3 detenidos. La capacidad de alojamiento del Anexo U.20 es de 40 celdas, y al momento del relevamiento¹⁰ se encontraban alojados 32 detenidos.

Se destaca como emergente la funcionalidad del PROTIN como un espacio que aloja personas con altos niveles de conflictividad con agentes de seguridad del SPF y también con problemas de convivencia con otros detenidos. Asimismo, el abordaje sobre “los pacientes” es claramente farmacológico.

En cuanto a las categorías de malos tratos y torturas, las prácticas de agresiones físicas son altamente frecuentes de acuerdo a la información procesada, tanto de las fichas de relevamiento del Registro como de los expedientes de Procedimiento para Investigación y

¹⁰ Trabajo de campo: 21 de octubre de 2014.

Documentación Eficaz de Casos de Tortura. Asimismo, relevamos malas condiciones materiales de detención: cucarachas y ratas en medio de deficitarias condiciones sanitarias, dada la acumulación de basura, la ausencia de elementos de limpieza y de higiene personal que no son suministrados por el SPF. La provisión de alimentación también presenta características altamente deficientes: el almuerzo y la cena se proveen juntos, alrededor de las 4 o 5 de la tarde, las porciones son escasas y vienen frías. Un factor que agrava esta situación es el acceso restringido a calentadores, lo que dificulta la posibilidad de calentar o reelaborar la comida.

En ambos Anexos –de varones y mujeres– se producen hechos de malos tratos físicos por parte de agentes penitenciarios, se aplican sanciones informales y se producen hechos de agresiones físicas y verbales a los detenidos/as. Estas y las características enunciadas en los párrafos precedentes fundamentan la necesidad de incluir el *dispositivo psiquiátrico* en los relevamientos del Registro de Casos de Tortura.¹¹ Del mismo modo, se debe resaltar que en estos sectores se dispone de espacios para el abordaje intensivo de la conflictividad a través de la separación de régimen, los golpes, las vejaciones,¹² el aislamiento y la fuerte medicación en el ingreso. Así también poseen espacios de alojamiento prolongado¹³ destinados al *refugio* de detenidos/as denominados “vulnerables”, o al *confinamiento* de los/as etiquetados como “conflictivos/as”. En ambos casos asistimos a prácticas de *segregación* de estos grupos que, sin poseer necesariamente un diagnóstico que fundamente afección a la salud mental, permanecen en los sectores psiquiátricos por “problemas de convivencia”.

Esta caracterización es la que pone en tensión toda posibilidad de generar espacios legítimos de atención a la salud mental dentro de la cárcel, y particularmente luego de la reglamentación de la Ley 26.657, cuyo primer artículo insta a “la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional”.

Por ello, expresamos que en el contexto carcelario, la *psiquiatrización* de la población en pabellones comunes y el abordaje diferencial-segregativo en sectores psiquiátricos constituyen un entramado de técnicas y tecnologías integradas a las dinámicas de regulación

¹¹ Además, en el marco de la planificación bianual 2015-2016 del Departamento de Investigaciones, se ha constituido en un estudio temático de investigación cuyo proyecto se titula “El dispositivo psiquiátrico: los ‘espacios psiquiátrico-penitenciarios’ y la psiquiatrización farmacológica en pabellones comunes como técnicas de gobierno de las poblaciones encarceladas”.

¹² Las mujeres relatan que al ingresar los agentes de requisita les arrancan la ropa (*sic*), particularmente el corpiño, calzado y ropa de abrigo. Suelen quedar descalzas, en short y remera en distintas épocas del año.

¹³ En el Anexo U.27 encontramos mujeres que llevaban 5 meses, 9 meses y 1 año alojadas en ese sector.

del conflicto en el marco del gobierno penitenciario de las poblaciones y los individuos encarcelados.