

**XIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.**  
**“Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes”.**

**Mesa 11: Bio/medicalización de la vida y salud mental en América Latina. Procesos históricos y panoramas actuales en perspectiva.**

**Título: Políticas de salud mental en el ámbito penal. Reflexiones desde la salud mental comunitaria.**

Autor: Mariano Andrés Poblet Machado - [marianopoblet@gmail.com](mailto:marianopoblet@gmail.com)

Pertenencia Institucional: Doctorado en Salud Mental Comunitaria – Universidad Nacional de Lanús.

En el presente trabajo, me propongo como objetivo analizar sí la creación del programa PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino), el cuál es un programa de abordaje y tratamiento de problemáticas de salud mental para personas privadas de la libertad alojadas en cárceles federales, respondió a alguna intención desmanicomializadora, bajo la óptica de salud mental comunitaria.

Se analizará al PRISMA, teniendo en cuenta tanto la resolución de su creación, como también su estado en la actualidad. Dada las características de la política pública a analizar, es necesario señalar el doble encierro institucional que presentan las personas alojadas en dicho dispositivo. Por un lado, el encierro propio de la cárcel, y por otro, las lógicas de un dispositivo de internación en salud mental. Considero importante señalar, que aún dentro de este contexto, y no sin dificultades, se pueden llevar a cabo prácticas y lógicas desmanicomiales.

Las lógicas desmanicomiales presentan como características no solo un modelo de atención de salud mental basada en la comunidad, en donde las internaciones, en caso de ser necesarias, deben ser breves y sin sufrir el desarraigo de su lugar habitual. También, se basan en el reconocimiento de los derechos de las personas con padecimiento mental y en la crítica en las relaciones de poder que se producen en las instituciones asilares (Chiarvetti, 2008). Al mismo tiempo, otros elementos que deberían poseer es: la integración en un sistema general de servicios sanitarios; la territorialidad, accesibilidad y continuidad asistencial; la interdisciplina; una organización comunitaria, basada en una red asistencial; la

defensa de los derechos de las personas con padecimiento mental; y la desinstitucionalización, como elemento central de la reforma (Chiarvetti, 2008).

Específicamente dentro del ámbito penitenciario, se pueden señalar como elementos en línea con estas prácticas desmanicomiales, aquellos espacios asistenciales como trabajos grupales, proyectos productivos, abordajes individuales, que se vinculen con abordajes con grupos sociales vinculados con las personas que están privadas de la libertad (referentes sociales y afectivos significativos para las personas). Esto implica que el objetivo del trabajo en cárcel, “trascienda la asistencia en el marco de la institución penal, para ubicar el problema en la dimensión intra-extramuros (...) Esta articulación entre el adentro y el afuera es una marca distintiva de las estrategias de salud mental a desarrollar en la cárceles” (Faraone, 2013: 150).

### **La cárcel como un subsistema dentro del sistema penal**

La cárcel cobra el sentido de ser la institución integrada a la estrategia de producción y reproducción del orden social (Daroqui, 2000), que alberga a aquellos que el sistema penal selectivamente ha determinado encarcelar y encerrar, y se procede a construir una “tecnología penitenciaria que ha tenido por misión la vigilancia y el castigo, hacer funcionar dispositivos disciplinarios con el propósito de construir sujetos dóciles o, aún más, transformar al ‘sujeto delincuente’ en ‘objeto de intervención penitenciaria” (Daroqui, 2000: 105).

El tratamiento, como intervención penitenciaria, está basado en el trabajo y la educación como instrumentos idóneos que permitirán la “resocialización” de los detenidos. Al tratamiento se le otorga una propiedad “curativa” de la persona catalogada como delincuente, ya que actuará sobre sus supuestas deficiencias morales y sociales. Sin embargo, “la ‘resocialización’ es una expresión que, fuera del marco sistémico carece de contenido semántico y su uso equívoco pretende dar cuenta que la prisión puede mejorar algo” (Zaffaroni, 1991: 61).

Actualmente se dejó de lado la supuesta capacidad “rehabilitadora” de la cárcel y se orienta en una función de segregadora e incapacitadora. Este cambio en sus concepciones “evidencia que el sistema penal ha reorientado sus prácticas: ha abandonado la idea de la inclusión social de los infractores por medio de su reeducación para estructurar su accionar en términos de defensa social a través de la separación de los 'delincuentes' del ámbito social” (Daroqui, 2005).

A pesar de ello, el paradigma de la rehabilitación social sigue vigente en el discurso penitenciario. Para ello deberá considerarse este tratamiento penitenciario como científico y así "invitará" a otros saberes a participar en esta tarea rehabilitadora y resocializadora. La medicina, la psiquiatría, la psicología y el trabajo social se sumarán con un objetivo claramente terapéutico. A pesar de ello, “una institución de ‘captura’ puede convertirse en

'refugio' o lugar novedoso de intervención, donde se pueden expresar otros factores por encima o paralelamente al disciplinamiento" (Carballeda, 2002: 153).

### **Lo que la cárcel hace del hombre**

En el nivel de lo individual, el encierro propio de las instituciones totales produce ciertos efectos en la persona detenida, que son las formas en las que se cristaliza el atravesamiento institucional en los sujetos. Goffman entiende a la cárcel, como también al manicomio, como un tipo de institución total, definiendo por tal a aquellas instituciones "como un lugar de residencia, trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, asilados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (1984: 13). En este tipo de instituciones, "el manejo de muchas necesidades humanas se instrumenta mediante la organización burocrática de conglomerados humanos" (Goffman, 1984: 20)<sup>1</sup>.

Todo el sistema de "vida cotidiana" se realiza en torno a un "órgano de vigilancia generalizado y constante. Todo debe ser observado, visto, transmitido" (Foucault, 1996: 31). La vigilancia se extiende a las visitas, lo que conlleva a mayores limitaciones en el contacto con el exterior, y a las distintas actividades que se llevan a cabo dentro de dicha institución. Esta asignación y refuerzo de roles estigmatizantes es posible por la legitimidad/poder del que goza la violencia institucional penitenciaria, que suele representar una continuidad — esta vez mucho más violenta— de las acciones destinadas a sujetos determinados por sus condiciones objetivas de sobrevivencia tanto psíquica como física. Este poder que encierra y desubjetiviza provoca en los cuerpos y discursos una serie de efectos que perduran en los detenidos más allá del "secuestro" físico. Estos efectos que sufren las personas privadas de su libertad, continúan presentes al recuperar la libertad, transformándose en "estigmas" que llevan en sus cuerpos y personalidades (Goffman, 1984).

La institución carcelaria, posee un componente específico y propio, que es la violencia institucional. Esta consiste en "una forma de violencia que es permanente, porque se manifiesta a través de rutinas y costumbres, pero que no se ve, en tanto dichas rutinas forman parte constitutiva de las pautas culturales del mundo institucional. Son las relaciones sociales involucradas las que en última instancia resultan no visibles por estar naturalizadas" (Valero y Faraone, 2011: 115). En el ámbito penitenciario, la violencia institucional es un

---

<sup>1</sup> Las instituciones totales presentan las siguientes características principales:

- En ellas, todos los aspectos de la vida —dormir, jugar y trabajar entre otros— se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. A su vez, estas actividades están sometidas a una vigilancia casi constante.
- Cada etapa de la actividad diaria se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan las mismas cosas juntos.
- Todas las etapas de las actividades cotidianas están programadas. Se imponen desde la autoridad y mediante un sistema de normas formales explícitas, que integran un solo plan racional concebido para el logro de los objetivos de la Institución.

Existe una escisión entre un grupo manejado ("internos") y un grupo supervisor ("personal"). Estos grupos constituyen dos mundos social y culturalmente distintos (aunque suelen compartir el mismo nivel socio-cultural).

componente de las prácticas que se llevan a cabo cotidianamente. Esta violencia institucional, atraviesa todo el sistema penal, y hasta cierto punto, todos los implicados parecen no verlo o están dispuestos a convivir con ella.

### **PRISMA - Programa Interministerial de Salud Mental Argentino**

El PRISMA es un dispositivo de abordaje y tratamiento de problemáticas de salud mental grave en la órbita del Servicio Penitenciario Federal (SPF). Este programa posee como antecedentes la antigua Unidad N° 20 (U20) del SPF, y el Proyecto de Reforma de la U20, que se encontraba dentro del Hospital Borda.

El proceso de creación del PRISMA, se debió a la multiplicidad de factores, siendo uno de los más relevantes la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) en el año 2010. Esta última tuvo un impacto en el campo de la salud mental que excedió lo normativo, ya que “en el diseño y promulgación de una ley de salud mental no instauran únicamente una discusión y una reforma técnicas, sino también una transformación política e ideológica” (Rosendo, 2013: 49). En dicho instrumento jurídico, además de reconocer derechos y otorgar garantías a las personas con padecimiento de salud mental, genera un soporte jurídico para que se lleven a cabo procesos desinstitucionalizadores, principalmente “en las instituciones de control social duro o hard control. Ubicamos en esta categoría aquellas instituciones que implementan acciones de máxima coerción, en las cuales ‘las instancias de control duro de tipo custodial se justifica por la emergencia de seguridad diferenciada –entre un mínimo y un máximo- en la políticas de control social’ (Pavarini, 1994: 9)” (Valero, 2011: 2).

En este contexto, en el 2011 se produce un incendio en la U20, en donde mueren dos personas detenidas que se encontraban allí alojadas (Página/12, 2011). Los motivos del incendio aún se encuentran en discusión y trámite judicial, pero se evidenció así la crisis estructural que poseía la U20, entre ellas, la falta de condiciones dignas de alojamiento y de tratamiento, el incumplimiento de protocolos acordes a la población que se alojaba, y sobre todo, “la ausencia de prácticas afines al paradigma del derecho internacional de los derechos humanos, en particular a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la LNSM. Además, estos casos dejaron en evidencia la escasa articulación entre las políticas judiciales, penitenciarias y de salud mental, dirigidas a este colectivo vulnerable” (CELS, 2012: 239).

De esta manera, el 11/06/2011 se trasladaron las personas alojadas de la U20, al Ala Norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal N° 1 (CPF I). Desde el punto de vista formal, en ese momento se crea el PRISMA, mediante la Resolución Conjunta del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación y el Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo del PRISMA, es abordar “la problemática de aquellas mujeres y hombres alojados tanto en las instalaciones de los establecimientos penitenciarios

especializados en materia psiquiátrica del SPF como en otras Unidades del SPF, que cumplan con los criterios de admisión establecidos para este programa” (PRISMA, 2011). Para ello, el programa contempla la creación de tres dispositivos: Evaluación, Tratamiento y Egreso.

De esta forma, el Dispositivo de Evaluación quedo establecido con un equipo de profesionales de la salud mental, que reciben las solicitudes de evaluación de funcionarios judiciales, así como también solicitudes de profesionales de la salud mental de otros establecimientos penitenciarios. El Dispositivo de Evaluación realiza las evaluaciones interdisciplinarias de las personas privadas de la libertad y determina la incorporación de dichas personas al dispositivo de tratamiento de PRISMA, o solicita la derivación de la persona evaluada a otro dispositivo de salud existente en el SPF. El mismo texto del Programa, determina cuales son los criterios para ser incorporado al dispositivo de tratamiento PRISMA, y también, expresa cuales no deben ser incorporados<sup>2</sup>. En la actualidad, pese a que en un primer momento se buscaba que tenga un carácter móvil, el dispositivo de evaluación se encuentra en el HPC de Ezeiza, donde son derivadas las personas a evaluar.

Se contempla la creación de tres dispositivos de tratamiento: de Atención a personas con Episodios Agudos; de Atención a personas con Trastornos Mentales Severos; y Residencial para personas con Declaración de Inimputabilidad (Art. 34 del Código Penal), siendo este último el único que se llevaría en el ámbito civil. En la actualidad, solo existe un único dispositivo de tratamiento, dentro del HPC del CPF I.

Por último, se crea el dispositivo de Egreso, “destinado a aquellas personas que provengan de los Dispositivos de Tratamiento del Programa PRISMA y que obtengan su libertad por cualquier medio” (PRISMA, 2011). Este dispositivo tiene como objetivo “garantizar la inclusión social exitosa de la persona que egresa (y) contará con una Casa de Medio Camino que se construirá o adquirirá para este efecto y equipos de seguimiento comunitario,

---

<sup>2</sup> De esta forma, deben ser ingresados:

- Los pacientes con Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios.
- Los pacientes con elevado riesgo de suicidio, incluyendo Episodios Depresivos Graves.
- Pacientes con Cuadros de Excitación Psicomotriz. En todos los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión, y el tratamiento suministrado en la Unidad de origen.
- Pacientes con Esquizofrenia y/o Trastorno de Ideas Delirantes Persistentes.
- Pacientes con Retraso Mental Moderado, Grave y/o Profundo.
- Pacientes con Trastornos Mentales Severos.

Al contrario, no se admitirán al dispositivo de tratamiento de PRISMA:

- Las personas con el solo diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte, siempre que no presenten planes o tentativas de suicidio.
- Personas con Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas, para las cuales el SPF tiene previstos otros dispositivos.
- Personas con Trastornos de la Personalidad y del comportamiento del adulto.
- Personas con Retraso Mental Leve.
- Todas aquellas personas en situaciones en los cuales los diagnósticos no sean los contemplados en los criterios de admisión.

sea para personas alojadas en sus hogares o en efectores sanitarios” (PRISMA, 2011). En un primer momento, este dispositivo funcionó como una casa de medio camino (Casa PRISMA y luego Casa SIS), que estaba ubicada en el barrio de San Telmo, principalmente a cargo del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente, el dispositivo de egreso no existe.

### **PRISMA y desmanicomialización**

Para empezar cualquier análisis, es importante reconocer el rol histórico de la medicina, y su estrecha relación existente entre la criminología y la psiquiatría. De esta manera, es importante reconocer a la medicina “como discurso del poder, y operando en dispositivos de índole diversa, ha formado parte del núcleo duro de las estrategias tendientes a la normalización de los cuerpos individuales y sociales” (Bianchi, 2010: 1). Las personas en situación de pobreza, niños, mujeres, presos, entre ellos, fueron diferentes grupos sociales que han sido, y continúan siendo, objetos de intervención de las disciplinas médicas.

Precisamente, las “disciplinas se conducen de acuerdo con el código de la normalización”, y junto con la soberanía, se constituyen en “elementos constitutivos del poder en nuestras sociedades”. Disciplina y soberanía “tienen principios distintos (una la ley, otra la norma), y merced al accionar capilar de sus técnicas y procedimientos, las disciplinas tienen a colonizar a los de la ley y el derecho. Esto produce una tensión entre los dos sistemas. Es por ello que se requiere un discurso árbitro entre las dos. En el esquema teórico planteado por Foucault, el arbitraje es cumplido por el discurso medico” (Bianchi, 2010: 55). De esta forma, al tomar al desviado (en este caso, el “delincuente”), como una incumbencia de la medicina, se produce una medicalización de estas conductas, con una tendencia a psicopatologizar los motivos de su comportamiento ilegal. De esta forma, la medicina, el discurso médico y las prácticas médicas han hecho un aporte sustancial a los procesos de normalización, mediante el entrecruzamiento de soberanía, disciplina y seguridad. Por ello, la existencia de un dispositivo de salud mental dentro del ámbito penal, puede tanto reforzar y aumentar el control social de las personas alojadas en el mismo, o construir un espacio diferente, a partir de una intervención orientada desde una perspectiva de salud mental comunitaria y de derechos humanos.

### **Salud mental e institución total**

Como señale con anterioridad, es importante reconocer el doble encierro institucional que posee el PRISMA. Pero también considero relevante pensar como este encierro puede haber cambiado por la clausura y traslado de la U20 y la creación de dicho programa.

Es relevante reconocer que trasladar del interior de una institución de salud mental a una unidad penitenciaria tiene un impacto positivo para la primera. Colabora a romper con la idea de que las personas con problemas de salud mental son “peligrosas”, en especial para los diferentes operadores judiciales que intervienen en este campo, que no suelen tener conocimientos de salud mental. A su vez, PRISMA fue emplazado dentro del HPC del CPF I

de Ezeiza, respetando lo estipulado por la LNSM en su Art. 28, en donde establece que las internaciones deben llevarse a cabo, como último recurso y en un hospital general.

Desde una visión opuesta, se puede argumentar que el traslado al CPF I puede aumentar el nivel de encierro y generar también una invisibilización del colectivo de personas con padecimiento mental que se encuentran en conflicto con la ley penal. Se puede afirmar que las condiciones de detención, pese a las mejoras edilicias obtenidas, se han vuelto aún más rígidas, ya que se encuentra en el interior de una cárcel de máxima seguridad. Se refuerza de esta forma el doble encierro institucional.

Fortalece también este último planteo el hecho que las visitas de las personas alojadas a PRISMA, como los operadores judiciales, funcionarios de organismos de control, etc., deben ingresar por los mismos mecanismos institucionales que el resto de la población alojada en el CPF I. Este mecanismo está caracterizado por varias dificultades administrativas y burocráticas, y en el caso particular de los familiares de las personas alojadas, es una situación cargada de violencia.

### **Salud mental vs. seguridad**

Una de las cuestiones más relevantes que tiene PRISMA, es la separación de las funciones de abordaje de la salud mental de las funciones de seguridad. Esta decisión se fundamenta en el Juramento de Atenas, en donde se realizó “la promesa del profesional médico de no permitir el castigo corporal, no participar en torturas, no llevar a cabo experimentaciones, respetar el secreto de las informaciones que surja de la relación médico-paciente y basar los diagnósticos sobre las necesidades de los pacientes únicamente” (Ohman, 2013: 286). Este juramento busca enfrentar la lógica de violencia institucional típica de una institución total, mediante la incorporación de agentes externos a la misma. En PRISMA estos son los profesionales que integran el equipo de salud mental, los diferentes talleristas, artistas, recreólogos, etc.

Se busca romper con los estrictos ordenamientos jerárquicos de la fuerza de seguridad. Además, las intervenciones de los profesionales, se deben dar por una lógica de salud mental, desde una perspectiva integral de derechos humanos, y no de seguridad interna.

Por otro lado, considero que tener una óptica de salud mental, a partir de una perspectiva de derechos humanos en un dispositivo dentro del ámbito penal, puede colaborar a intentar enfrentar tendencias que buscan medicalizar el delito. Poder tener una visión ampliada de la realidad de las personas privadas de la libertad, sus condiciones materiales y subjetivas, las situaciones que dificultan el acceso a la efectivización de sus derechos, puede generar estrategias y líneas de intervención que superen la medicalización como única respuesta posible.

Otro de los beneficios de la separación de estas funciones fue que la posibilidad de admisión, tratamiento y continuidad en PRISMA de las personas, sean por motivos clínicos y

no por cuestiones de seguridad interna. Esto produce una ruptura con lógicas de premios y castigos que tiene el sistema penal, disminuyendo los niveles de violencia existentes. A su vez, el equipo de salud mental realiza intervenciones en situaciones de problemas de convivencia, intentando romper con la lógica “tumbera”, buscando nuevas formas de resolución de conflictos, donde pueda circular la palabra, buscando acuerdos entre las personas alojadas.

Sin embargo, estas situaciones siempre conllevan avances y retrocesos, ya que existe una disputa de poder entre el SPF y los profesionales de salud mental, que se va modificando a partir de diferentes variables (cambios de conducción política, autoridades, etc.).

### **Criterios de admisión**

Es llamativo que el programa indica que se reconoce a la LNSM como un antecedente, teniendo una definición del concepto de salud mental que incorpora 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. Esta definición, rompe con la hegemonía médico-psiquiátrica y permite un enfoque integral, integrado y más democrático de la salud mental, permitiendo diferentes ópticas, estrategias e intervenciones para favorecer la evolución y mejoramiento de las problemáticas. Al mismo tiempo, en el Art. 20, se establece que una internación solo puede llevarse a cabo cuando exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Por estos motivos, considero que explicitar un listado de diagnósticos, para señalar quienes son admitidos al programa, contradice el espíritu de la ley.

Además, la utilización de los diagnósticos, puede traer como problema secundario una tendencia a la patologización de las conductas humanas. La necesidad de indicar un diagnóstico en función de los manuales de clasificación, puede dar a una

“medicalización de las poblaciones, que ofrece frente a ello dos soluciones; terapias conductuales focalizadas en base al criterio de ‘adaptación al medio’ y/o aplicación de fármacos. Este reparo es fundamental, dado que se vincula a otro: tal medicalización tiende a la introducción de categorizaciones que pueden conducir al tratamiento médico de conductas que son propias de poblaciones vulnerables, lo cual implica claramente una medicalización de la pobreza, de la infancia y de la vejez” (Murillo, 2013: 48).

En este caso específico, proceder a diagnósticos a las personas privadas de la libertad, tanto hombres como mujeres, refuerza este proceso de patologizar a los sectores alcanzados por el sistema penal.



Estos diagnósticos psiquiátricos, a su vez, conllevan una serie de cargas significativas y valorativas, teniendo impacto no solo en las personas que podría recibirlos, sino también en el resto de la institución carcelaria. Se reafirma un proceso desubjetivante, donde las personas no sólo se las pasa a identificar por un apodo despectivo o una caratula del delito imputado, sino también, por el diagnóstico que se le otorgan. Es relevante reconocer que “una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello, sus propios efectos” (Roshenan, 1982: 7). De esta manera, se procede a aumentar los estigmas que estas personas ya poseen, sin tener en cuenta que “los diagnósticos no son ni adecuados ni confiables. A pesar de todo, seguimos sirviéndonos de ellos. Sabemos ahora que no podemos distinguir la enfermedad mental de la salud” (Roshenan, 1982: 14).

Otro punto a tener en cuenta, es que dentro del ámbito penitenciario existen varias otras situaciones que afectan a la salud mental de las personas privadas de la libertad que podrían abordarse en un programa de las características de PRISMA. Entre ellas, se puede señalar aquellas relacionadas con situaciones relacionadas con personas que se encuentran detenidas por primera vez, que tienen algún tipo de conflicto con el resto de la población detenida, o principalmente, con personas que han afrontado alguna situación de violencia institucional significativa. Se puede afirmar así, que “la utilización de las clasificaciones internacionales promueve que el análisis del estado de salud mental en los grupos de población se focalice en la categoría de enfermedad mental”, pero algunas otra situaciones, “presentan bastante dificultades para identificarlas en expresiones de sufrimiento psíquico que no se encuadran como enfermedad objetivada” (Augsburger, 2004: 73).

El ámbito penitenciario, tiene una serie de características propias, prácticas culturales y sociales, dinámicas, luchas de poder, etc., que hace necesario una visión amplia, por lo cual, hace necesario una mirada crítica, ya que la “utilización de un concepto universal para la enfermedad mental opaca el alto grado de producción y designación cultural y social que presentan los llamados problemas psíquicos” (Augsburger, 2004: 73).

Considero que la enumeración de diagnósticos realizada, se debió a explicitar hacia el resto de los actores involucrados (operadores judiciales, personal del SPF, diferentes profesionales de salud mental), cual es el “perfil” o “características” de la población admitida al PRISMA. Aunque no fueron pensados los resultados negativos que puede conllevar la utilización de esta estrategia.

Sin embargo, en las prácticas de los trabajadores del programa, estos diagnósticos no se utilizan como criterios estrictamente excluyentes. Los profesionales que integran los equipos de evaluación, realizan una entrevista interdisciplinaria en donde se intenta definir el nivel de vulnerabilidad psico social, para determinar la conveniencia de su incorporación al PRISMA, que exceden una simple determinación diagnóstica. Por otro lado, es importante reconocer que en “el campo de la salud mental se presentan múltiples expresiones que indicando

sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad. Los umbrales de percepción y tolerancia subjetiva y social del dolor psíquico son difíciles de estandarizar a través de parámetros universales, siendo también imprescindible profundizar el debate en torno a los parámetros técnicos que diferencien el punto en que el sufrimiento subjetivo se transforma en enfermedad discernible por terceros” (Augsburger, 2004: 78). Por ello, considero relevante la implicancia de diferentes profesiones, para generar una discusión interdisciplinaria y teniendo en cuenta la multiplicidad de factores intervinientes en cada situación específica, para que pueda determinarse la conveniencia de la admisión al programa.

A su vez, la no admisión al programa también puede implicar algún tipo de intervención, que excede el campo de la salud mental, pudiendo realizar acciones articuladas con defensorías, juzgados, organismos de control, organismos de derechos humanos, etc. para ello, es fundamental el posicionamiento ético político de los profesionales que realizan esta función.

### **Dispositivo de Egreso**

Uno de los aportes más interesantes del PRISMA, fue la creación del dispositivo de Egreso, el cual tenía como misión realizar diferentes acciones para fomentar o acompañar a las personas que egresan del PRISMA a su ámbito comunitario, una vez que recuperaban la libertad.

Para realizar dicha actividades, se buscaba coordinar y articular con diferentes políticas públicas existentes, diferentes estrategias para garantizar los derechos a la salud, educación, trabajo, vivienda, etc. A su vez, se creó un centro de día, llamado “Casa PRISMA” (luego fue “Casa SIS”), donde diferentes operadores y profesionales de salud mental, realizaban diferentes actividades recreativas, laborales, sociales, etc. Este espacio coordinaba y centralizaba las diferentes actividades, y es donde se articulaba el trabajo con el resto de las políticas públicas existentes.

El dispositivo buscaba construir redes sociales, para realizar posibles intervenciones. Estas redes se entienden como:

“un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos” (Dabas, 1999: 5).

Pese a las complicaciones políticas y presupuestarias que enfrentó este dispositivo, se pueden señalar algunos logros. Uno de ellos es que fue un lugar de referencia para diferentes personas que recuperaban la libertad. Esto permitía que la Casa PRISMA, sea un lugar donde podían concurrir y junto a profesionales y operadores de salud mental, diseñaban e implementaban estrategias en función de las necesidades y recursos de las personas. También se trabajó para facilitar el acceso de estas personas a su documentación personal, pensiones por discapacidad, intervención en problemáticas habitacionales, subsidios, etc. Al mismo tiempo, se articulaba con diferentes efectores sanitarios, diferentes estrategias terapéuticas, en función del lugar de residencia de las personas.

Otro aspecto relevante, fue que se buscaban estrategias para que los vínculos familiares, sociales y afectivos de las personas, conozcan y puedan participar en la Casa PRISMA de diferentes actividades.

Una experiencia interesante que se llevó a cabo, fue la realización de talleres productivos, donde los diferentes artículos, eran vendidos en diferentes ferias que se realizaban en la comunidad donde funcionaba. Para ello, se creó una cooperativa de trabajo Manos Libres, que permitía el desarrollo de emprendimientos laborales de forma individual y colectiva. Esta experiencia permitía a las personas, participar en los procesos de fabricación, comercialización y venta, desde una perspectiva comunitaria y de inclusión social.

También se realizaron cursos de capacitación laboral en coordinación con el Ministerio de Trabajo, sindicatos y organizaciones de la sociedad civil.

Se puede señalar que la Casa PRISMA, fue un dispositivo intervención comunitario desde y hacia las instituciones de salud y salud mental, enmarcado dentro de un conjunto de “las prácticas comunitarias que abordan problemáticas de salud mental desde una perspectiva de prevención y promoción integral por fuera del sistema de salud” (Bang, 2014: 110)

### **A modo de conclusiones**

Como se puede observar, hay varios puntos que se han analizado para reflexionar sobre el posible carácter desmanicomial del PRISMA. Considero que fue un avance, por el marco normativo en el que se basa, ya que reconoce a la LNSM como un claro antecedente.

Una de las situaciones más controvertidas, es la explicitación de los diagnósticos admitidos o rechazados que debe poseer una persona para ser incorporado al programa. Como lo señale con anterioridad, pese a que puedo llegar a entender los motivos de dicha explicitación en la resolución de creación, considero que tiene efectos muy negativos en lo relacionado al estigma que pueden tener las personas diagnosticadas, como así también la construcción del delito como un problema de salud mental.

Otro punto que considero que no tiene una perspectiva desmanicomializadora, es el traslado del programa al interior de la unidad de máxima seguridad. Considero que esto generó un proceso donde las lógicas de la cárcel, superaron a las lógicas de un dispositivo de salud

mental, pese a que estas fuerzas están en constante tensión y variación, dependiente el momento y el respaldo político que tenga el programa. Con la mudanza, muchas cuestiones que le fueron propias del ámbito penitenciario, se endurecieron, haciendo dificultoso la aperturas institucionales con otros actores que puedan interesarse en esta problemática.

Considero relevante señalar como algo positivo, la intensión de trabajar con otros actores, referentes sociales, instituciones, soportes afectivos, etc., que tengan relación con las personas alojadas en PRISMA. Pese a las dificultades para superar la rigidez institucional, se llevan a cabo diferentes estrategias para ampliar la forma de abordar el padecimiento de los sujetos. Para ello, considero relevante señalar el rol de la interdisciplina como forma de abordar las problemáticas de salud mental.

Por último, es importante señalar que el mayor logro que se había logrado hacia un proceso de desmanicomialización fue el dispositivo de Egreso. Considero que fue lo más novedoso del programa, buscando construir estrategias para un abordaje integral de la salud mental, utilizando a la confección de redes como un elemento fundamental de la estrategia de intervención. Se buscaba de dicha manera, intervenir en múltiples aspectos de la vida de las personas que concurrían a los espacios, buscando disminuir los niveles de vulnerabilidad psico social de las personas que concurrían al mismo. Considero que era una práctica revolucionaria con respecto a las anteriores políticas públicas orientadas a las personas con problemas de salud mental en conflicto con la ley penal. Sin embargo, con los diferentes cambios políticos, este espacio se terminó cerrando, dejando a las personas que concurrían al mismo, en la intemperie, tanto material como simbólica.

En función de todo lo indicado, considero que pese a que ha habido varios avances en cuanto la construcción de un proceso desmanicomializador, creo que se encuentra lejos de lograr dicho objetivo. La resolución de creación del PRISMA, considero que tiene elementos contradictorios, pero es oportuno rescatar la importancia de generar equipos de abordaje interdisciplinarios, como así también la creación del Dispositivo de Egreso.

Sin embargo, en la actualidad, al no estar funcionando dicho dispositivo, y en un contexto de recorte de políticas públicas, achicamiento del Estado, y endurecimiento de las políticas de seguridad, se presentan tensiones sobre la posibilidad de realizar un proceso desmanicomializador. Estos procesos, tuvieron como impacto la disminución de los talleres, reducción del plantel de profesionales de salud mental, las dificultades para lograr que se realicen actividades recreativas, culturales o educativas por parte de otros actores externos al ámbito penal, entre otros efectos.

De esta forma, se terminó reforzando el doble encierro institucional que presenta, dificultando la interacción con el afuera. A su vez, los intentos para trabajar en red con otras políticas e instituciones, y con el ámbito extra penal, dependen del interés y esfuerzo de los profesionales que integran el equipo de salud mental. Por ello, puedo afirmar que como

política pública, el PRISMA no puede dar cuenta en la actualidad, de estar llevando a cabo acciones o líneas de trabajo concretas que tiendan a realizar un proceso desmanicomializador.

### **Bibliografía Utilizada**

- Augsburger, A. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicología & Sociedad*. Vol. 6 (2).
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas* N° 13. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl>.
- Basaglia, F. (1972). *La Institución Negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona. España: Editorial Borrall.
- Bianchi, E. (2010). La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al "ADHD". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Vol. 8, núm. 1.
- Bilbao, H. (3 de abril de 2008). "Zaffaroni: 'Nuestra Justicia no es rápida nunca'". *Clarín*. Recuperado de [https://www.clarin.com/ultimo-momento/zaffaroni-justicia-rapida\\_0\\_HyjPcaRTFg.html](https://www.clarin.com/ultimo-momento/zaffaroni-justicia-rapida_0_HyjPcaRTFg.html).
- Carballada, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Editorial Paidós,
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2012). *Derechos humanos en Argentina: Informe 2012*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XVII. Buenos Aires.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999) *Redes en Salud*. Disponible en [www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-DabasPerrone.pdf](http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-DabasPerrone.pdf).
- Daroqui, A. (2000). La cárcel en la universidad. El discurso penitenciario en la normativa y prácticas interinstitucionales. En Nari N., Fabre A. (Comps.) *Voces de mujeres encarceladas*. Buenos Aires: Editorial Catálogo, pp. 101-158.
- Daroqui, A. y Maggio N. (2005). La cárcel por dentro...estos te roban todo. En XXV *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Porto Alegre, Brasil.
- Faraone, S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad*. N°3. 29-40. UNLa.

Recuperado de <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>.

- Foucault, M. (1983). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Acmé.
- Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Guemureman, S., Daroqui, A. (2006). *Sistema Penal del Siglo XXI en Argentina: Cambios en los discursos y las prácticas carcelarias*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires.
- Lombrana, A. (2016). Territorios psiquiátricos de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde una perspectiva etnográfica. *Revista de Historia de las Prisiones* N° 3, 35-52. Recuperado de <http://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2016/12/4.pdf>.
- Lufrano, R. (12 de febrero de 2009). Entrevista a Eugenio Raúl Zaffaroni. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=nD8nUaHcHWg>.
- Mesyngier, L. (2016). *Radiografía del consumo en la prisión*. Cosecha Roja. Bs. As. Argentina. Disponible en <http://cosecharoja.org/radiografia-del-consumo-en-prision/>
- Murillo, S. (2013). La medicalización de la vida cotidiana. *Ciencias Sociales. Revista de la Facultad de Ciencias Sociales* N° 83, 44-49. Recuperado de <http://www.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/SOCIALES-83-interior.pdf>.
- Ohman, L. (2013). Hacia un proceso de transformación de la salud mental de las personas en situación de encierro penal y de su atención postinstitucional. *Revista Derecho Penal* N° 5 Año II, pp 285-323. Recuperado en <http://www.saij.gob.ar/lmnoprst-uvwd-octr-inac-f130215f1pdf%20name:CF130215F1.PDF>
- Página/12. (1 de junio de 2011). *Incendio y muerte en la U 20*. Página/12. Recuperado en <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-169259-2011-06-01.html>.
- PRISMA - Programa Interministerial de Salud Mental Argentino. (2011). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación - Ministerio de Salud de la Nación.
- Rosendo, E. (2013) Reformas y legislación en salud mental. Contexto sociopolítico y movimientos sociales y profesionales en torno a la aplicación de la Ley de Salud Mental de Santa Fe 10.772/1991. En Faraone, S. y Valero A. *Dilemas en Salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Roshenan, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En Watzlawiek P.

*La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.

- Valero, A., Faraone, S. (2011): Lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad* Vol. 20. N° 31, pp 93-111. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires-Universidad Nacional del Litoral.
- Valero, A., Faraone, S. (2013). Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de desinstitucionalización del Corralito. En Faraone, S. y Valero A. *Dilemas en Salud mental. Sustitución de lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Wacquant, L. (2000). *Las cárceles de la miseria*. Buenos Aires: Editorial Manantial.
- Zaffaroni, E. (1991). La Filosofía del sistema penitenciario contemporáneo. En Beloff, M., Bovino, A. y Curtis, C. (Comps.). *Cuadernos de la Cárcel. Edición Especial. No hay derecho*, pp 36-62. Buenos Aires: Editorial La Galera.