



Salud en contextos de encierro

Autorxs	Contacto	DNI
María Claudia Pinoni	mariacaudiapinoni@gmail.com	39.283.452

Eje: 1 Abordaje de la Salud Mental

Palabras clave: Salud Mental - Contextos de encierro

Resumen: El presente trabajo tiene como propósito dar cuenta de los efectos que trae consigo la privación de la libertad en la salud mental de las mujeres en contextos de encierro en nuestro país. Para esto es esencial llevar a cabo una lectura con perspectiva de género, contextualizada e interseccional que implique un entrecruzamiento de variables. Se parte de una concepción de la salud como salud integral que permite indagar los efectos y repercusiones de estos contextos sobre la salud de las mujeres en prisión, destacando la prisionalización, el consumo problemático de sustancias y las autolesiones o intentos de suicidio como los más representativos en esta población.



Trabajo completo:

En términos generales, las personas privadas de la libertad tienen peor salud, tanto física como mental, comparativamente al resto de la población. Es necesario, como punto de partida, pensar a la salud como un derecho humano fundamental e indispensable que está unido al disfrute y ejercicio de otros derechos. Esto implica pensar la salud como integral vinculada a los derechos de disponibilidad, accesibilidad

y calidad en la salud. Hacemos hincapié en una concepción plenamente integral de esta en contextos de encierro que se extienda desde lo físico a lo psíquico, lo vincular, lo contextual y lo social que se afectan y repercuten mutuamente.

Se vuelve esencial desde nuestro rol, entender el proceso salud-enfermedad como cuestión heterogénea y diversa que puede y debe ser abordada con perspectiva de género, es decir, indagando las diferencias sexo-genéricas, e ilustrando la desigualdad de género en el abordaje y tratamiento de la salud mental.

Hablar de género y salud implica dar cuenta de la forma en la que las asimetrías sociales, históricas, económicas y culturales determinan el proceso de salud-enfermedad-cuidados (S-E-C) (Michalewicz, Pierri, Ardila Gómez, 2015) entre ambos géneros de modo diferencial en el marco de un sistema patriarcal.

Estableciendo maneras diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos e, incluso, de morir (Tajer, 2012).

Desde esta perspectiva, en los contextos carcelarios, las mujeres cis, mujeres trans e identidades femininas han sufrido históricamente desigualdades respecto a los hombres y han atravesado mayores dificultades en la disponibilidad, acceso y atención a la salud.

Según establece un informe elaborado por la CPM (Comisión Provincial por la Memoria) en el año 2019, la falta o deficiente asistencia de la salud es la principal causa de muerte en el sistema carcelario provincial. Es necesario cuestionar allí las malas condiciones materiales como el hacinamiento, la falta de acceso a elementos de higiene, de limpieza, la humedad, la precariedad de las instalaciones eléctricas, la falta de elementos de seguridad y la mala alimentación. A esto se suman los

actos de violencia, torturas y malos tratos que implican la humillación y denigración de los cuerpos, sumados al aislamiento, la soledad y la desvinculación afectiva, familiar y social.

A todo esto, es necesario agregar como la falta o deficiente asistencia de la salud integral tiene su impacto en las capacidades físicas y mentales de las personas detenidas, y cómo estas pésimas condiciones se articulan para deteriorar lentamente la salud en contextos de encierro.

Las patologías crónicas más frecuentes (efectos también de las condiciones carcelarias) son artrosis, reuma, asma, hepatitis, angina de pecho o infarto, con una sobrerrepresentación de personas con enfermedades de transmisión sexual como el VIH, sífilis, hepatitis B y C y tuberculosis debido a que las personas reclusas en las cárceles del país están más expuestas dichas ETS. (OPS, OMS. 2017)

Respecto a la Salud Mental, se produce en la mayoría de esta población lo que se conoce como proceso de prisionalización que es el mayor efecto psicológico que padecen las internas.

Donald Clemmer fue quien acuñó, en 1940, el término “prisionalización” (más conocido en nuestro país como “carcelazo”) para designar “la adopción en mayor o menor grado de los usos, costumbres, tradición y cultura general de la Prisión”.

La prisionalización alude al “proceso por el que una persona, por consecuencia directa de su estancia en la cárcel, asume, sin ser consciente de ello, el código de conducta y de valores que dan contenido a la subcultura carcelaria” (Echeverri, 2010). A su vez, es causada por el largo período de permanencia en una institución penitenciaria. Es decir, que cuanto más tiempo pasen privadas de su libertad, mayor es el proceso de prisionalización que atraviesan.

Este se manifiesta en la adaptación a los códigos y las normas explícitas e implícitas, formales e informales que caracterizan las instituciones penales.

Generando cambios en sus costumbres, valores, discursos, modos de vincularse, de hablar, de vestirse, de comportarse, e incluso de comer y dormir.

Es decir, se ingresa a la cárcel, como un sistema cerrado y total en el que impera una dura reglamentación de la vida carcelaria, sustrayéndole al interno el dominio de sí, de su propia vida, operando una despersonalización y desubjetivación sobre el sujeto. Y construyendo, a su vez, nuevas subjetividades.



Así, la bibliografía, las estadísticas y los casos reflejan, una y otra vez, que estas identidades atravesadas por el encierro comienzan a manifestar toda una serie de efectos en sus subjetividades y en su salud mental.

Valeria Wittner (2015) , Dra en psicología y profesora de la UP ,quien se desempeñó como psicóloga clínica en el servicio penitenciario bonaerense, sostiene que los complejos sintomáticos que aparecen con mayor frecuencia son, en primer lugar, la depresión; en segundo lugar, lo que se conoce como somatizaciones; en tercer lugar, ideas ligadas a obsesiones y compulsiones, y en cuarto lugar, las ideas paranoides.

Otras de las manifestaciones más frecuentes son: constricción afectiva, aislamiento social, dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, ya sea insomnio o hipersomnia, hipervigilancia, irritabilidad, ansiedad generalizada, estado de ánimo depresivo, anhedonia, sensación de inutilidad o de culpa excesiva o inadecuada, alteraciones del apetito o pérdida de peso, disociación, síntomas somáticos como dolores o cefaleas crónicas, disfunciones o pérdida del deseo sexual, consumos problemáticos, pensamientos de muerte, ideas de suicidio o intentos de suicidio.

Respecto a estos últimos haremos hincapié en los consumos problemáticos y las autolesiones o intentos de suicidio ya que se presentan con mayor frecuencia en las cárceles de nuestro país.

Los consumos problemáticos de drogas y diferentes sustancias psicoactivas en contextos carcelarios, pueden ser entendidos desde una lectura freudiana como anestesia frente al “dolor de existir”, al modo de “quitapenas” para tolerar el peso de la realidad y refugiarse en un mundo propio que ofrece mejores condiciones. (Freud. El malestar en la cultura, 1930)

Es decir, como forma de acallar recuerdos o vivencias traumáticas y dolorosas, producto de las diversas violencias y malos tratos que atraviesan. Usadas con el fin de regular emociones desagradables y controlar la ansiedad, soledad, exclusión, culpabilidad, melancolía o angustia.

Por otro lado, es posible leer las autolesiones, intentos, e ideaciones suicidas, como formas de confrontar la crueldad y la dureza de la experiencia carcelaria, donde el

propio cuerpo es el único territorio sobre el que queda (un mínimo) de autonomía y representa el lugar donde expresar el sufrimiento psíquico.



Las autoras del libro “Nadie las visita. La invisibilidad de las mujeres privadas de su libertad”, Raquel Miño y Graciela Rojas, nombran estas autolesiones de las mujeres presas como “los gritos del alma”, es decir, como si las cicatrices fueran un mapa que traza las escenas de dolor en su vida, donde se representan los acontecimientos dolorosos, los abandonos, las ausencias, la pérdida de lazo social, la espera y la angustia que padecen.

Aunque la modalidad más frecuente y conocida es cortarse (cutting), también muchas mujeres acuden a quemarse (burning), marcarse la piel con fuego, introducirse objetos bajo la piel o las uñas (branding) o coserse la boca como señal de protesta y resistencia en estos contextos.

Ahora bien, consideramos que es necesario ponerle palabras a esas emociones, escuchar la función que tienen estos actos para ese sujeto en particular, identificar qué situaciones los desencadenan y ayudar a procesar psíquicamente ese exceso vía la palabra.

Sin embargo, se vislumbra la ausencia de políticas al respecto, protocolos de aplicación y principios regulatorios de las prácticas en Salud Mental, como también la falta de perspectiva de género en lo que respecta a la salud en contextos de encierro. Se evidencia además, la no aplicación y respeto a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental (2010) debido a la falta de profesionales del ámbito de la salud que se encuentren allí las veinticuatro horas, la falta de guardia psicológica/psiquiátrica y la observación a cargo de agentes penitenciarios quienes no están preparados para desempeñar esos roles.

Se refleja que el abordaje de la salud mental en estos contextos de encierro es esencialmente psico-farmacológico, observándose una gran desproporción respecto a la oferta de espacios que trabajen con otras herramientas, intervenciones y recursos. Allí, la prescripción de psicofármacos y la mirada psicopatológica cancela toda posibilidad de transformación y se impone como mecanismo de control y sumisión.

Frente a este contexto se vuelve necesario, tal como lo plantea Berger (2020), “agujerar los muros de estas prisiones”, es decir, ofrecer allí un espacio que posibilite al sujeto alojarse como tal, reconocerlo en su derecho a ser escuchado, entenderlo como sujeto de derechos, abrir un espacio y rescatar la subjetividad



“presa” por la estructura y el dispositivo mismo de control, castigo y vigilancia. Esto implica una escucha de lo singular en una institución que opera desde una lógica universalizante bajo los estándares de una supuesta rehabilitación, reinserción y reeducación del criminal.

Por último, corresponde al analista preguntarse por las causas subjetivas de la transgresión, es decir, importa saber quién era el criminal antes del crimen, quién es en el momento de cometerlo y en qué se ha convertido después. El fin es buscar en ese acto la implicancia subjetiva y algo del orden de la responsabilidad subjetiva, y no de la responsabilidad criminal.

Se manifiesta la necesidad de brindarles un adecuado acceso a la salud integral, tal como la hemos concebido, generar igualdad de oportunidades y condiciones en materia tratamental y pensar en una posible reinserción social, laboral y vincular, recuperando allí algún lazo con el otro.

Bibliografía:

- Berger, V. (2020) Las claves de la reinserción social. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/287078-las-claves-de-la-reinsercion-social>
- Comisión Provisional por la Memoria (CPM) (2019) El sistema de la crueldad XIII INFORME ANUAL 2019. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En Obras completas, Tomo XXI, Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Goffman, E. (1961/2001). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657 Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.
- Michalewicz, A., Pierri, C., Ardila Gómez, S. (2015). Del Proceso Salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología, XXI(1), 217.



- Miño, R; Rojas, G. (2013) Nadie las visita. La invisibilidad de las mujeres privadas de la libertad, UNR Editora, Rosario.
- Tajer D. (2012) “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”. En Tajer D (comp.) “Género y Salud. Las políticas en acción”. Lugar Editorial.
- Wittner, V. (2015) Síntomas psicopatológicos y redes sociales personales en mujeres privadas de su libertad. Tesis de Doctorado.
- Wittner V. (2017) “Salud Mental entre Rejas”, pág. 35. JVE ediciones.