



Licenciatura en Criminología y Ciencias Forenses

Condiciones de control y tratamiento de enfermos mentales declarados inimputables por delitos graves

*La necesidad de crear espacios de intervención para
enfermos mentales en la provincia de Río Negro*

Autor: González, Gabriela Yerimen

Tutor: Peláez, Víctor

Cipolletti 2018

*Las prisiones se están convirtiendo en los psiquiátricos del siglo XXI,
a pesar de que no son un lugar pensado para tratar enfermedades.*

Laura Terceño Salas

ÍNDICE

Introducción	3
Formulación del Problema	5
Objetivo General	6
Objetivos Específicos	6
Justificación e importancia de este estudio para la Criminología	6
Metodología	7
MARCO TEORICO	
Enfermedades y Trastornos relacionados con la Criminología	8
a) Trastornos de la Personalidad	8
Grupo A	8
Grupo B	9
b) Enfermedades Mentales	11
Síndrome Confusional	11
Psicosis	11
Esquizofrenia	12
Trastorno Delirante – Paranoia	13
Peligrosidad relacionada con las Enfermedades y Trastornos Mentales	14
ANTECEDENTES	
Contexto Histórico del Tratamiento de los Enfermos Mentales Peligrosos	
Historia y Experiencia en España y Resto del Mundo	20
Circunstancias que justifican la detención de Enfermos Mentales en	
Cárceles comunes	23
Ley de salud Mental N° 26657: Tratamiento de los enfermos mentales	
inimputables en Argentina	24
Historia y experiencia en Argentina: Provincia de Buenos Aires	24
Historia y experiencia en Argentina: Provincia de Santa Fe	29
Historia y Experiencia en Argentina: Provincia de Río Negro - Ley 2440	
Tratamiento de los enfermos mentales inimputables en Río Negro	31
Métodos de estudio de la inimputabilidad del autor del derecho Penal	33
Dificultades y desventajas que implica el alojamiento de enfermos	
mentales en unidades comunes de detención	34
Conclusión	39
Bibliografía	41
Anexos	43

INTRODUCCIÓN

Existen personas con enfermedades mentales que cometen delitos que, cuando las características son graves, obligan a identificar a estos enfermos como individuos peligrosos para la sociedad. Las personas responsables de los ilícitos pueden ser punibles o no punibles según el inciso 1º del artículo N°34 del Código Penal Argentino. Los no punibles, son declarados inimputables por no comprender la criminalidad del acto o por no haber podido dirigir sus acciones. Esto se determina a través de estudios realizados por un equipo interdisciplinario encargado de ilustrar al juez, quien en última instancia decide su destino.

Existen además otros casos donde los enfermos mentales son declarados imputables, por lo tanto, deben cumplir una condena. En ese caso se trata de enfermos mentales alojados en cárceles comunes que no disponen de los medios adecuados para su atención. Por otro lado, están aquellos que son declarados inimputables, pero que por su peligrosidad deben ser contenidos en instituciones específicas, y aquellos que padecen una enfermedad mental pero no entran en la categoría de inimputables y se encuentran alojados en cárceles comunes, pero a lo largo de la condena agravan su cuadro requiriendo tratamiento específico.

Las prisiones no son lugares pensados para el tratamiento de las enfermedades mentales, además la vida en prisión aumenta el riesgo de que su patología se agrave. Un informe realizado en España¹, aclara lo siguiente:

*“...El medio penitenciario no es un espacio adecuado para el tratamiento de personas con psicopatologías mentales, pues activa determinados síntomas, agrava trastornos mentales previos (en cuanto hecho estresante, convivencia forzada, aislamiento, inactividad...) o genera otros trastornos, en especial adaptativos. La persona enferma entra a un medio que va a resultar perjudicial para su situación de salud, en el que, por lo general, no va a tener acceso a programas específicos de tratamiento, agravándose el carácter aflictivo de la pena y alejándose todo atisbo de que constituya un mecanismo dirigido a su integración comunitaria...”*¹

¹ Informe sobre “La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la cAPV” de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014)

Lo cierto es que en los centros penitenciarios apenas existen programas específicos de atención y tratamiento para individuos con enfermedades mentales, por ese motivo, la atención recibida por las personas con enfermedad mental en el medio penitenciario se ve condicionada, en gran medida, por la prioridad que se otorgue a su carácter de persona presa sobre el de paciente. Lo educativo y terapéutico está condicionado por la seguridad, la disciplina y la escasez de recursos humanos y de herramientas específicas para su tratamiento ².

Es imposible imaginar la posibilidad de que una persona portadora de una enfermedad mental pueda acceder a un tratamiento adecuado, cuando se aloja con individuos que desde el punto de vista psiquiátrico son sanos. Deberían tener un tratamiento diferente y específico para su dolencia. Por este motivo y, con el objetivo de evitar las reincidencias, deberían ser alojados en instituciones que los contengan, los mediquen y controlen.

Aquellos individuos declarados imputables pero que dentro de la cárcel desarrollan una enfermedad mental, deberían de la misma manera, gozar de la contención terapéutica adecuada. Esas instituciones que los albergan no deberían ser las mismas que alojan a los condenados imputables. Podrían ser albergados en un pabellón psiquiátrico aislados de los individuos mentalmente sanos, bajo la atención de los profesionales especializados en su tratamiento, con la idea de estabilizarlos y reinsertarlos a la sociedad.

En Argentina los institutos de internación para enfermos mentales desaparecieron. Existe suficiente evidencia que demuestra que las cárceles no son instituciones capacitadas para albergar enfermos mentales, esto lo demuestra la experiencia realizada en Estados Unidos³. De todas formas en Argentina en Ezeiza existe un pabellón psiquiátrico destinado exclusivamente para enfermos mentales ya sean, inimputables o no.

Por lo tanto, si en nuestro país no existen institutos de internación para enfermos mentales, y si las cárceles no están capacitadas para alojar a estos enfermos, la pregunta que se plantea es: ¿dónde y cómo deben ser cuidados los enfermos mentales inimputables que por la gravedad de sus delitos son considerados peligrosos?

² Informe sobre "La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la cAPV" de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014)

³ Pérez Martínez, E.: (2004) "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6, 97-101

PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las personas que padecen una enfermedad mental comparten como el resto de la población, problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social, familiar, y necesidad de trabajo). Los enfermos mentales sufren un estigma por ser concebidos como sujetos imprevisibles, peligrosos e incurables, hayan delinquido o no. En caso, de delinquir sufren un doble estigma (locos y delincuentes) y una doble exclusión social, (primero por su enfermedad y si entran a prisión, por presos).

El hecho de que estas personas sean internadas en un hospital psiquiátrico en el caso de que sea posible, se constituye como un problema porque en esos hospitales también hay personas que no han cometido un delito pero que padecen una enfermedad mental, como por ejemplo una depresión grave, y por otro lado se trata de nosocomios que no se encuentran en condiciones edilicias ni humanas como para albergarlos. En la cárcel se les hace difícil cumplir un tratamiento adecuado a su patología y la estadía en dicho lugar suele ser conflictiva y dificultosa. Además de ser un problema para el enfermo y los que conviven con él dentro de la cárcel, también lo es para el personal penitenciario, dado que tienen que encargarse de una problemática para la que no se encuentran capacitados. Dentro de las cárceles se realizan actividades como carpintería o música, pero estas personas no están preparadas para relacionarse con los demás. De la misma manera, el resto de los presidiarios tampoco se encuentran en condiciones para asistirlos, por lo que la circunstancia de que estas personas se encuentren dentro de la cárcel, es un problema para el enfermo y para los que conviven con él.

Los enfermos mentales que cometen un delito grave son peligrosos para la sociedad, por lo tanto, sería conveniente que exista un lugar específico que los contenga. La pregunta que este trabajo intenta responder es la siguiente: ¿cuáles son los requisitos que deben guardar las instituciones que albergan enfermos mentales inimputables, cuya gravedad delictiva los torna peligrosos para el resto de la sociedad?

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general que se plantea en este trabajo es: conocer las condiciones mínimas de seguridad y salud que requiere la institucionalización de enfermos mentales inimputables cuya modalidad delictiva los torna peligrosos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Se plantean los siguientes objetivos específicos

- **Definir y clasificar** las enfermedades mentales que se relacionen con la criminología
- **Analizar** las condiciones de inimputabilidad según el Artículo 34 inciso 1º del Código Penal Argentino
- **Evaluar** la peligrosidad relacionada con las enfermedades mentales
- **Describir** el contexto histórico del tratamiento de los enfermos mentales peligrosos
- **Investigar** el tratamiento de los enfermos mentales inimputables en el resto del mundo
- **Analizar** las razones o circunstancias que justifican la detención de pacientes portadores de enfermedades mentales en cárceles comunes
- **Investigar** el tratamiento de los enfermos mentales inimputables en Argentina según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657
- **Investigar** el tratamiento de los enfermos mentales inimputables en Río Negro según la ley N° 2440
- **Clasificar y describir** los métodos para estudiar la capacidad de culpabilidad o imputabilidad del autor del hecho penal
- **Describir** las dificultades y desventajas que implica el alojamiento de enfermos mentales inimputables en unidades comunes de detención

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE ESTE ESTUDIO PARA LA CRIMINOLOGÍA

Uno de los objetos de la criminología moderna es el estudio del control social. El control social penal, se constituye como un subsistema en el sistema global del control social, difiriendo de éste por sus fines (prevención o represión del delito) y por los medios de los

que se sirve. Este trabajo intenta descubrir las situaciones ideales para el control y tratamiento de los enfermos mentales inimputables y peligrosos. Esta valoración, justifica la importancia que tiene para la Criminología moderna.

METODOLOGÍA

Para cumplir con el trabajo final de la Licenciatura en Criminología y Ciencias Forenses de la Universidad Nacional de Río Negro, se planteó realizar un trabajo de investigación basado en la revisión de la literatura. Con la intención de valorar el estado de la ciencia, este estudio permite obtener la información para caracterizar los enfermos mentales considerados inimputables, los delitos graves cometidos por individuos portadores de esas patologías y las condiciones en las que dichas personas deben ser tratadas, en un ámbito que garantice la seguridad para el resto de la sociedad y la recuperación de la salud para los responsables. Sus conclusiones pueden ser valoradas por las ciencias interdisciplinarias auxiliares de la Criminología. Con la intención de reunir toda evidencia que se corresponda con los criterios de elegibilidad establecidos, se tuvieron en consideración los aspectos tendientes a minimizar sesgos. Para el cumplimiento de estos requisitos, se realizó una búsqueda bibliográfica en la Web utilizando las siguientes palabras clave: “enfermos inimputables”, “delitos graves”, “peligrosos”, “tratamiento en unidades de detención”. Los artículos considerados importantes fueron tenidos en cuenta y se encuentran mencionados en la bibliografía.

Para el estudio concreto de la situación en la provincia de Río Negro, se realizaron entrevistas a profesionales involucrados en el tratamiento de los internos de la unidad N° 2 de la Cárcel de General Roca. Se eligió dicha unidad, por la accesibilidad a la información y la efectiva comunicación con profesionales que trabajan allí. Fueron evaluadas las respuestas de tres Licenciados en Psicología mediante entrevistas de tipo individual, semiestructuradas con una guía orientadora para profundizar las cuestiones importantes para este análisis. Fueron evaluados los expedientes de los internos que cumplían con los requisitos de estudio y sus datos fueron analizados.

ENFERMEDADES MENTALES RELACIONADAS CON LA CRIMINOLOGÍA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

A lo largo de la historia de la medicina, ha quedado clara la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales.⁴ El DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) define el trastorno mental como “un síndrome por una alteración significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”. La OMS estima que las enfermedades mentales han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Las mismas pueden clasificarse de la siguiente manera (se mencionan solamente las que tienen importancia para la Criminología):

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Grupo A: RAROS Y EXCÉNTRICOS

- TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD:

Se define como una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de las personas como deliberadamente malintencionadas.

No son personas que se inventen lo que ocurre a su alrededor, el problema está en la forma en la que interpretan esa realidad, ya que los esquemas cognitivos que han formado se caracterizan por una desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva. Se les diferencia de los psicóticos en que no presentan síntomas asociados a estos trastornos, como los delirios o las alucinaciones.

Es más frecuente en hombres, y en familiares de personas que han sufrido o sufren algún tipo de esquizofrenia o Trastorno de Identidad Disociativo.

Tiene una presencia alta con la ansiedad y la depresión debido a la negatividad de los pensamientos y al estado de alerta constante, también tienen tendencia a consumir

⁴ Mar Pastor Bravo, “Psiquiatría Forense”, editorial UNE. Pag. 75

sustancias (patología dual), lo que puede contribuir a agravar su paranoia, otra consecuencia que puede tener es conducta celotípica hacia su pareja o entorno.

- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD:

La característica principal de los individuos que sufren este trastorno es su distanciamiento de las relaciones sociales y su restricción de la expresión emocional. Son personas que tienen una gran dificultad para establecer relaciones sociales, debido entre otras cosas, a su indiferencia ante la aprobación o crítica de los demás. La mejor descripción que se puede dar de ellos es que parecen fríos, indiferentes y distantes con los demás. Ni desean ni disfrutan de la proximidad de los demás, incluidas las relaciones amorosas o sexuales. Es más prevalente en hombres y en familiares de esquizofrénicos. Puede ser evidente en la infancia o en la adolescencia, no tienen relaciones con sus compañeros y tienen un rendimiento bajo en el colegio. Sueles ser “diferentes” por lo que son objeto de burla por sus compañeros.

Grupo B: “EMOCIONALES E IMPULSIVOS”

En este grupo se encuentran los siguientes trastornos de la personalidad: Histriónico, Narcisista, Antisocial y Límite. Las personas que conforman estos grupos, en general son descritas por los demás como caprichosas, teatrales, cambiantes, impulsivas, manipuladoras, orgullosas, con mal genio, intrigantes o egoístas. Sufren una falta clara del manejo de las emociones. Los sujetos diagnosticados con trastornos del Grupo A son los que más violencia ejercen, es en el Grupo B donde recae la mayor parte de los robos violentos, ya sea por agresión, intimidación o uso de armas, y también donde aparece una mayor variabilidad delictiva. Dentro de este grupo se encuentran:

- TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD:

Este trastorno se caracteriza principalmente por su inestabilidad en las relaciones personales, la autoimagen y la afectividad y la impulsividad elevada. A estas personas se las define como impredecibles, con patrones de apariencia cambiante y vacilante, tienden

a provocar peleas y conflictos con frecuencia, recurren a chantajes emocionales para conseguir lo que quieren de los demás, sus relaciones personales son intensas y caóticas y son excesivamente dependientes de los demás. Son frecuentes en ellos los pensamientos fluctuantes y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismos, tienen dificultad para aprender de experiencias pasadas, carecen de sentidos estables acerca de quiénes son, sufren sensaciones crónicas de vacío y pensamientos anticipatorios de abandono, además de no soportar estar solos. Son muy autocríticos, tienen baja tolerancia a la frustración y se aburren con facilidad. Afecta de forma más frecuente a mujeres que a hombres. Muchas mujeres con este trastorno han sufrido abusos sexuales en la infancia, maltrato, abandono o sobreprotección por parte de sus progenitores. Las personas con este trastorno pueden implicarse en conductas delictivas tales como robos, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actividades sexuales de alto riesgo, y actos violentos, También pueden implicarse reiteradamente en amenazas y denuncias hacia miembros de la familia y en el ámbito laboral hacia sus superiores.⁵

- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD:

Las personas que padecen este trastorno tienen una conducta antisocial crónica, basada en la violación constante de los derechos de los demás. Suele aparecer sobre los 15 años (Trastorno Disocial de la Personalidad) y persiste en la edad adulta. Los esquemas mentales que desarrollan estos individuos se basan en autosuficiencia, superioridad, control y explotación del entorno y falta de empatía, manifestado todo ello en una ausencia total de responsabilidad por el sufrimiento de otras personas. Su comportamiento se define como agresivo, temerario y precipitado, son arrogantes, no suelen mantener sus promesas y mienten constantemente, pueden decir lo que los demás quieren escuchar para provocarles compasión, no son cooperativos, tienden a provocar peleas, son vengativos y beligerantes. Tienen incapacidad para aprender las consecuencias negativas de sus actos, confían mucho en sí mismos y desconfían de los demás, carecen de valores éticos o morales, para ellos el resto de personas son objetos a utilizar, tienen baja tolerancia a la frustración y vulnerabilidad alta al aburrimiento. La mayoría que lo padecen son hombres. No debe confundirse con la psicopatía.

⁵ GONZÁLEZ GUERRERO, L., ROBLES SÁNCHEZ, J.I. (2005): Agresividad y delictología en el trastorno límite de la personalidad. *Psicopatología clínica, legal y forense*, Vol. 5, pp 107-125

Se dejó fuera del análisis del trabajo el trastorno esquizotípico del GRUPO A el trastorno de personalidad histriónico y el narcisista del Grupo B; y trastorno dependiente, el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad por evitación del GRUPO C: Debido a que no tienen relevancia para la finalidad del trabajo, porque si bien son trastornos de personalidad, no cometen delitos o no son de gran gravedad.

ENFERMEDADES MENTALES

SÍNDROME CONFUSIONAL O DELIRIUM

Es una afección frecuentemente reversible y transitoria del metabolismo cerebral, se manifiesta por la presencia de una anomalía neuropsiquiátricas consistente en una alteración de la atención y de la conciencia. La alteración es brusca aparece poco tiempo (horas o días).⁶ Clínicamente es una incapacidad para mantener la atención, esto implica dificultades de memoria y orientación. Los sujetos que la padecen no mantienen el curso de sus pensamientos. Cuando el síndrome se agrava pueden aparecer alteración como ilusiones (las arrugas de la sabana pueden ser animales), falsas interpretaciones y alucinaciones generalmente visuales.⁶

PSICOSIS

Es el trastorno mental mayor, altera la capacidad de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y comportarse. El deterioro es lo suficientemente grave que afecta a la manera de comportarse en la vida cotidiana. Es acompañada de una disminución de control de los impulsos⁶, la pérdida del sentido de realidad y el fracaso del funcionamiento y contenido mental, manifestado por la existencia de delirios y alucinaciones.⁶ La OMS la define como trastorno mental caracterizado por un deterioro de la función mental que ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad.⁷

La psiquiatría del siglo XX dividió a las psicosis funcionales en dos grupos básicos según los síntomas y la evolución. Los esquizofrénicos son aquellos con alteraciones

⁶ Mar Pastor Bravo, Psiquiatría Forense, editorial UNE. Pag. 96-106

⁷Fahrer R. y colaboradores. (2009) "Manual de Psiquiatría". editores La Prensa Médica Argentina, Segunda edición. Pág. 183

perceptivas y cognoscitivas predominantes (alucinaciones, pérdida del juicio de realidad y alteraciones del pensamiento) y deterioro de la actividad social o laboral. Por otro lado, se encuentran los trastornos de estado de ánimo, son aquellos que presentan depresión, euforia e irritabilidad. Pero también existen pacientes con síntomas mixtos.⁸

Hoffman y Mc Glashan han encontrado que las sinapsis en la adolescencia disminuyen, y representan un fenómeno normal, pero en la esquizofrenia se encuentran excesivamente disminuidas en la corteza frontal. Estos señalan que la aparición de alucinaciones auditivas se vincula a dicho descenso del número de sinapsis.⁸ Hay psicosis persistentes: esquizofrenia, trastorno delirante y trastorno esquizoafectivo.

ESQUIZOFRENIA

Kraepelin definió la demencia precoz como una serie de síndromes clínicos donde hay una destrucción de correlación o armonía interna de la personalidad. Luego Bleuler introdujo el término “esquizofrenia” y la definió como mente dividida. Según la CIE-10 se caracteriza por distorsiones en la percepción, pensamiento y emociones, también afecta a la comunicación, lenguaje, la fluidez, la productividad del pensamiento. Según el DSM-5 requiere de la aparición del criterio A, de dos o más de los siguientes síntomas, presentes durante al menos un mes, al menos uno de ellos debe ser 1, 2 o 3: 1) alucinaciones, 2) delirios, 3) discurso desorganizado, 4) comportamiento desorganizado o síntomas negativos, 5) síntomas negativos.⁹ La esquizofrenia es más común en jóvenes, evoluciona por brotes los que producen deterioro psicológico. En sus comienzos suele tener cambios de humor, son habitualmente alegres. Es llamativa la modificación de los hábitos de trabajo o estudio. Los síntomas son insomnio, angustia, extrañeza consigo mismo y con el mundo circundante. El comienzo es abrupto con excitación psicomotriz, alucinaciones y delirios, a esta modalidad se la denomina brote.⁸ Sus primeros síntomas son trastorno en el curso del pensamiento. Hay un decaimiento de la atención (barrage) y el apagamiento del discurso (fading). También tienen alteraciones en el contenido del pensamiento. El síntoma de angustia puede llegar a desembocar en un suicidio. Pero la mayoría de las veces busca darse la explicación para ese mundo interno y exterior

⁸ Fahrer R. y colaboradores. (2009) “Manual de Psiquiatría”. editores La Prensa Médica Argentina, Segunda edición. Pág. 184

⁹ Mar Pastor Bravo, Psiquiatría Forense, editorial UNE. Pág. 107-108

cambiante, extraño y desordenado. Esta es la segunda fase de restitución psicótica, tienen un tono megalomaniaco, mesiánico, con convicciones de ser sujetos sobrenaturales, redentores. Se encuentran diferentes trastornos en esta enfermedad, como por ejemplo en el curso del pensamiento, en la vivencia de la propiedad del pensamiento y trastornos del contenido del pensamiento conocidos como delirios, es decir como ideas incorrectas o poco razonables. Las temáticas de los delirios pueden ser de persecución, de perjuicio o de influencia.¹⁰ Para diagnosticar esquizofrenia para el DSM-5 se requiere que los signos de la enfermedad estén presentes durante 6 meses como mínimo, mientras que para la CIE-10 se requiere un mes.¹⁰

TRASTORNO DELIRANTE- PARANOIA

Es más conocido popularmente como paranoia. Es un grupo de manifestaciones caracterizadas por la presencia de ideas delirantes bien sistematizadas, se conserva la inteligencia, la memoria, lucidez de la conciencia, capacidad de juicio y raciocinio. El DSM-5 establece que para diagnosticar un trastorno delirante deben presentarse delirios de un mes o más de duración. Suelen ser ideas delirantes de temas muy variados como persecución, hipocondriaco, de grandeza, de celos. El individuo interpreta anormal la realidad. El sujeto parece ser normal, salvo cuando pasa a la acción.¹⁰

En el DSM-5 se encuentran los siguientes subtipos:

- Tipo erotomaniaco: es un delirio basado en que otra persona está enamorado del sujeto (generalmente suelen ser personas de mayor status social)
- Tipo de grandeza: su delirio se basa en la convicción de tener un talento extraordinario (aunque no reconocido). Hay una exageración de su conocimiento y capacidad
- Tipo celotípico: Es delirio se basa en el convencimiento de que su pareja le es infiel, es sin motivo y tiene deducciones equivocadas

¹⁰ Mar Pastor Bravo, Psiquiatría Forense, editorial UNE. Pág. 108

- Tipo persecutorio: el delirio es que se siente perseguido, se cree que es objeto de una conspiración. Cada vez hay más personas involucradas y cree que hacen complot contra él
- Tipo somático: su delirio se refiere a funciones o sensaciones corporales

PELIGROSIDAD RELACIONADA CON LOS TRASTORNOS Y LAS ENFERMEDADES MENTALES

Maguire y otros, en un capítulo dedicado a los delitos violentos perteneciente a la obra *Manual de Criminología*, alegan que “la peligrosidad es una condición probabilística, no un hecho, y aun si esa persona no infringe lesiones a nadie, no por ello deja de ser peligrosa hasta cierto punto. Quizá lo más conveniente sería concebir la peligrosidad/no peligrosidad como una gama del riesgo y no como un concepto binario¹¹. Luis Enrique Vidal Palmer sostiene que “la peligrosidad es la inclinación que tiene un sujeto a delinquir, si esta tendencia se manifiesta en ocasión de cometer un delito se denomina ‘peligrosidad criminal’ (post-delictiva). Si esta conducta se manifestara y no se cometiera delito alguno se denomina ‘peligrosidad social’ (pre-delictiva)”. Se busca que la peligrosidad se tenga en cuenta al momento en que se plantea un tratamiento penitenciario, implementando que se separen a los internos por el grado de peligrosidad y asignar una serie más amplia de compurgación de penas, y medidas de seguridad más efectivas en la aplicación de la pena de prisión. Esto serviría, ya que muchas veces afectan el proceso de readaptación social de otros internos que se encuentran allí por delitos menores, pero que se ven mal influenciados, lo que origina la formación de redes criminales que llegan a operar incluso fuera de los penales.

En cuanto a las enfermedades y trastornos mentales, se describirán cuáles son aquellos delitos que pueden llegar a cometer según qué padezcan:

¹¹ *Díaz Aguilar Cecilia Natalia* “INIMPUTABILIDAD Y PELIGROSIDAD EN EL DERECHO PENAL CONTEMPORÁNEO”

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Grupo A: RAROS Y EXCÉNTRICOS

En líneas generales se caracterizan por la desconfianza hacia los demás y la suspicacia, padeciendo miedos extremos e infundados (tienden a pensar que las intenciones de los demás siempre son malas), todo esto les lleva a crear un mundo propio que les proporciona esa seguridad que no encuentran en el mundo en que viven.

- TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD:

La franja de edad que se observa en cuanto al inicio de la actividad delictiva se sitúa en torno a los 42-49 años. Según los datos de Esbec y Echeburúa el paranoide es el segundo trastorno de personalidad más frecuente en varones de población forense y el tercero en mujeres¹². Molina, Trabazo, López y Fernández, quienes recalcaron que los actos delictivos que con más probabilidad cometen estos individuos son los delitos contra las personas, particularmente lesiones, homicidios y asesinatos, los cuales rara vez no llevan aparejada violencia¹³. En cuanto a su manera de delinquir, González Guerrero indica que el 85% de los delitos cometidos por individuos con este trastorno son cometidos en solitario, algo que concuerda con la idea de individualidad que tienen estas personas, quienes tienden a desconfiar de los demás.¹⁴ El perfil de estas personas normalmente se corresponde con varones de 40-50 años procesados por delitos contra las personas, con antecedentes penales en un 40% de los casos y que se muestran violentos contra personas conocidas de las que albergan sospechas o por las que se sienten traicionados¹⁵. Estas personas suelen cometer sus actos con premeditación y alevosía, y antes de atacar suelen dar avisos o señales de lo que van a hacer, tales como amenazas o ataques menores.

- TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD:

¹² ESBEK, E. y ECHEBURÚA, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 38, número 5, 249-261.

¹³ MOLINA MARTÍN, J.D., TRABAZO ARIAS V., LÓPEZ SÁNCHEZ, L., FERNÁNDEZ LIAÑO, S. (2009). Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad. *eduPsykhé*, Vol. 8, N° 2, 101 -126

¹⁴ GONZÁLEZ GUERRERO, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 7, pp 19-39

¹⁵ ESBEK, E. y ECHEBURÚA, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, vol. 38, número 5, 249-261.

Su relación con la conducta delictiva según Esbec y Echeburúa es que la violencia en estas personas es poco probable, aunque puede ser extrema, ya que se trata en la mayoría de las ocasiones de una violencia expresiva, que está mediada por las fantasías y la falta de sentimientos hacia las personas.¹⁴ En cuanto a su modus operandi se puede decir que estas personas cometen sus delitos de la misma forma en la que viven, en solitario, y en la base de su forma de actuar se encuentra el déficit que tienen para expresar y/o experimentar emociones y su indiferencia hacia los demás. Generalmente las víctimas son personas conocidas. Su indiferencia hacia los demás hacen que su víctima pueda ser cualquier persona, aunque aquellas que comparten más tiempo con ellos tienen más probabilidades de serlo debido a una simple cuestión de oportunidad, el incomodarles en un momento dado puede convertirse en el desencadenante de un ataque violento.¹⁶

Grupo B: “EMOCIONALES E IMPULSIVOS”

Esbec y Echeburúa determinan que este grupo es el que más relacionado está con la conducta delictiva en general y violenta en particular. Muestran mayor versatilidad criminal y mayor número de antecedentes penales.¹³ Las personas que conforman este grupo tienen mayor riesgo de cometer delitos debido a dos factores principales, en primer lugar, la impulsividad, que es una característica central en las personas con trastornos de este grupo, y en segundo lugar al incremento de esa impulsividad debido al riesgo que tienen estas personas de abusar de sustancias.

- TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD:

Las personas que padecen este trastorno suelen delinquir en solitario, y esto podría explicarse por el hecho de que en la mayoría de las ocasiones sus actos son respuestas impulsivas a conflictos interpersonales (donde ellos se sienten las víctimas o perjudicadas); su modo de actuación irreflexivo e impulsivo. No existe premeditación u

¹⁶ VAZQUEZ BARBOSA, SANDRA (2012) Trastorno de personalidad y Conducta delictivas

organización con otras personas.¹⁷ Casi siempre actúan solos y sus víctimas suelen ser personas con las que tienen algún tipo de relación. Los delitos que los estudios han relacionado con este trastorno son el robo, pequeños hurtos, conducción peligrosa, actos violentos, conductas sexuales de alto riesgo, amenazas, denuncias, violencia doméstica y en algunos casos delitos sexuales

- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD:

Barlow y Durand ¹⁸ explican que los individuos con TAP suelen tener largos historiales de violación de los derechos de los demás. A menudo son descritos como agresivos porque toman lo que desean y son indiferentes ante las preocupaciones ajenas. La mentira y el engaño son típicos en su manera de comportarse, ya que con frecuencia parecen incapaces de distinguir la diferencia entre la verdad y la mentira que urden para fomentar sus propios objetivos. Tampoco muestran remordimiento ni preocupación sobre los efectos devastadores que a veces pueden tener sus actos. Siguiendo a Esbec y Echeburúa (2010) la conducta violenta vinculada a este trastorno se caracteriza por ser de inicio precoz, estable, versátil (aplicada en contextos distintos) y frecuentemente grupal. Es común que el sujeto tenga antecedentes penales y se produzca una escalada de la violencia a lo largo de su actividad delictiva. Tienen facilidad para cometer delitos, pueden abusar de su pareja e hijos (maltratadores), tienen a realizar conductas de conducción temeraria y tienen grandes posibilidades de abusar de sustancias, sobre esto último, Barlow y Durand (2001) calculan que el abuso de sustancias está presente en el 83% de las personas con TAP y parece ser un patrón que dura toda la vida. A lo largo de los estudios se ha visto que los delitos más comunes en los que suelen implicarse son los delitos de lesiones, contra la libertad sexual y contra la propiedad. Delitos que, además tienden a generar gran alarma social, más aún cuando los estudios indican que sus homicidios son actos instrumentales, es decir, sin un desencadenante concreto. Con respecto a sus víctimas la mayoría son desconocidas o con escasa vinculación, como

¹⁷ GONZÁLEZ GUERRERO, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, Vol. 7, pp 19-39

¹⁸ VAZQUEZ BARBOSA S. (2012) "trastornos de la personalidad y conducta delictiva"

vecinos o simples conocidos a los que deshumanizan. También se ha visto que los delitos de asesinato hacia personas desconocidas estarían más relacionados con este patrón de personalidad

ENFERMEDADES MENTALES

Síndrome confusional o delirium

En general se podría sintetizar que los estados hipoactivos no cometen delitos, los hiperactivos pueden cometer accidentes y, aquellos pacientes que tienen ilusiones, falsas interpretaciones o alucinaciones, pueden cometer delitos de sangre al intentar defenderse de enemigos imaginarios. Si una persona portadora de estos trastornos cometiera un delito, se podría aventurar que lo haría sin conocer la ilicitud del hecho delictivo y podría de esta manera incluirse en el art 34. (art 20 apartado 1º de España, lugar de pertenencia del autor)¹⁹

ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia, al ser la menos unitaria de las enfermedades, no tiene predilección por determinado delito, pero cuando suceden tienen como características fundamentales: que son inesperados, incomprensibles e inmotivados. Se caracterizan por la falta de móvil y la inutilidad del hecho delictivo¹⁸. De acuerdo a Heinz E. Lehmann, es muy difícil prevenir que un esquizofrénico cometa asesinato u homicidio ya que muchas veces no hay señales previas. Lamentablemente es muy difícil prevenir los homicidios causados por esquizofrénicos ya que por lo general ocurren sin advertencia. Sin embargo, en los últimos años se ha concluido que el paciente esquizofrénico, en la mayoría de los casos, atenta contra un familiar o conocido. El esquizofrénico homicida puede aparentar estar tranquilo y relajado y matar a alguien dos días después como consecuencia de la pérdida de control de sus impulsos. Esto representa un aspecto importante para el trabajo ya que es un problema porque no se predicen, no se sabe cuándo y cómo pueden ocurrir. Por este motivo es necesario que sean tratados. Hikal opina que “la combinación de ideas

¹⁹ Mar Pastor Bravo, (2014) “Psiquiatría Forense” editorial UNE. Pág. 99-114

delirantes de persecución y grandeza con las reacciones de ira puede predisponer (al paranoide) a la violencia”²⁰. Los casos de violencia realizados en grupo son excepcionales ya que por definición es una conducta solitaria²¹. Es común que la policía confunda estos actos de violencia con sadismo o ensañamiento por su carácter cruel y desproporcionado. Según Fernando Rodes Lloret muchas veces los homicidios cometidos por el esquizofrénico paranoide son premeditados y no impulsivos, “estos enfermos antes de pasar a la acción, están un tiempo, que puede ser incluso de años, calculando, pensando cómo hacerlo y buscando el mejor momento para ejecutarlo”. Es importante que este tipo de pacientes sean consistentes en su tratamiento para evitar la reincidencia de conductas violentas ya que como han dicho Fernández y García, “muchos autores encuentran una clara correlación entre la conducta violenta en pacientes con esquizofrenia y la falta de cumplimiento de la medicación”²². En los delitos, siempre hay que analizar la naturaleza del hecho delictivo y la enfermedad. Por ellos siempre habrá que informar no solo la existencia de esta enfermedad mental, sino también en qué medida se afecta la conciencia, la voluntad, la inteligencia y la afectividad.²³

TRASTORNO DELIRANTE - PARANOIA

El paranoico es uno de los enfermos más peligrosos. Los delitos suelen cometerse cuando todavía no se ha diagnosticado la enfermedad, siendo este el primer síntoma. Lo que lo hace peligroso es que conserva la inteligencia, memoria, lucidez de conciencia y capacidad de juicio y raciocinio. Sus delitos se basan en la preparación de ellos, actúan de forma individual, no huyen del lugar del hecho, llaman ellos a la policía, reconocen el hecho, se mantienen tranquilos y con frialdad, no muestran arrepentimiento. A estos enfermos es difícil hacerlos entrar en razón, conocen lo que hacen.²² En cuanto al delito se debe evaluar la enfermedad y el delito, ya que son enfermos mentales, pero igual planean y saben que lo que hicieron es un delito, es decir, que son conscientes de lo que hacen. Se debe analizar si el delito cometido está relacionado con la enfermedad en caso

²⁰ Hikal, Wael. *Glosario de criminología y criminalística*. México D.F: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

²¹ Otín del Castillo, José María. *Psicología criminal: técnicas de investigación e intervención policial*. Valladolid: Lex Nova, 2009

²² Fernández, J., JA García De Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y conducta violenta." *Revista Medicina General No. 94*. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p 157-164. Web. Sept. 2010. <[http://www. medicina general.org/revista_94/pdf/157-165.pdf](http://www.medicina general.org/revista_94/pdf/157-165.pdf)>.

²³ Mar Pastor Bravo, *Psiquiatría Forense*, editorial UNE. Pág. 116-123

de ser así, será inimputable. En el caso contrario, será punible, por ejemplo, si una persona tiene el tipo celotípico y realiza una estafa, no hay relación entre la enfermedad y el delito cometido.

CONTEXTO HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES PELIGROSOS: HISTORIA Y EXPERIENCIA EN ESPAÑA Y EL RESTO DEL MUNDO

En este apartado se utiliza la tesis de Laura Terceño Salas realizada en España. Se titula *“trabajo social y enfermedad mental en prisión. Intervención desde el centro de Villanubla”*²⁴. Esta tesis detalla cómo fue la construcción de los hospitales psiquiátricos penitenciarios a lo largo de la historia, y como fue el proceso por el cual se construyeron los mismos.

En España se han desarrollado estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre la población. El estudio más reciente de carácter diagnóstico es el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), que describe que el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres en España presentaron alguna vez en su vida algún trastorno mental. Los resultados de este estudio demuestran que las personas con peores condiciones socioeconómicas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud.

El inicio de los cuidados a los enfermos mentales en España se remonta al año 1400, cuando Fray Juan Gilabert Jofré, se interesó por el cuidado de los enfermos mentales y convenció a los habitantes de Valencia para construir un lugar u hospital que acogiera a los enajenados que andaban sueltos por las calles de su ciudad y evitar que hicieran daño. Así, en 1409 se edificó el Hospital de Inocentes, cuya función era la de atender a los enfermos con enfermedades mentales. A los internos, se les obligaba a trabajar. Se trataba siempre de evitar la inactividad, ya que se creía que la ociosidad los podía perturbar más.²³ Los españoles detallan en su Código Penal (art 96) las medidas de

²⁴ Terceño Salas, L (2014,2015) *“trabajo social y enfermedad mental en prisión. Intervención desde el centro de Villanubla”*

seguridad recogidas, ante la decisión del juez tras evaluar la comisión de un delito por parte de una persona sospechosa de tener dicha enfermedad, si es imputable o inimputable. Dentro de las medidas que se pueden imponer, existen las privativas y no privativas de libertad. Las primeras son: la internación en centro psiquiátrico, la internación en centro de deshabitación, la internación en centro educativo especial. Por otro lado, son medidas no privativas de libertad: La inhabilitación profesional, la expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España, la libertad vigilada, la custodia familiar, la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores y la privación del derecho a la tenencia y portación de armas. Estas son las medidas alternativas a la prisión.

En relación a la institución carcelaria es interesante observar cómo en los estudios epidemiológicos realizados en diferentes países de Europa posteriores a la década de 1990, y sintetizados por Pérez Martínez²⁵, se observaron tasas importantes de padecimientos psíquicos en la población allí alojada, sobre todo relacionadas a lo que se enuncia como problemáticas de abuso de sustancias, trastornos del humor, psicosis y trastorno disocial. Este autor cita varios estudios para demostrar esta tendencia en el 2004: el estudio de Gunn, realizado en Londres en 1991, establece que la prevalencia global de población con padecimiento psíquico en las prisiones era del 37% de los varones condenados en Inglaterra y Gales: abuso de sustancias (23%); trastornos de personalidad (10%); neurosis (6%); psicosis (2%) y trastornos orgánicos (0,8%).²⁶ Pato, en el estudio que realiza en Madrid en 2003, demuestra para esa ciudad un porcentaje aún mayor, el 75% y da una tasa de 7,5% de psicosis; y el estudio efectuado por Zoccali y otros en una prisión de Italia, en el año 2008, indica un porcentaje del 85 por ciento.²⁷ Le Monde, en su edición del 2002 hacía referencia al aumento de pacientes psicóticos en el centro de detención de Estrasburgo, que había pasado del 1,1% en 1990 al 4,6% en 2000.²⁵ Por su parte, en el 2003, en el *Guardian Newspaper* señala que en las cárceles estadounidenses hay 300.000 enfermos mentales "porque no tienen otro sitio donde

²⁵ . Pérez Martínez, E.: (2012) "Atención a la salud mental en el medio penitenciario", Desviat, M y A. Moreno Pérez (eds.) *Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47, Madrid.

²⁶ Pérez Martínez, E.: (2004) "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6,

Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/274/597>

²⁷ FARAONE, Silvia. (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 soc., Santa Fé*, v. 24, n. 40, p. 63-79,

Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2468-99632015000200004&lng=es&nrm=iso>

estar", con largas condenas por delitos menores, y que suponen una alta proporción entre los 3500 presos que esperan en el corredor de la muerte.²⁵ En estudios ingleses más recientes se informa de la presencia de psicosis en el 7,5% de varones condenados, en el 10% de varones preventivos y en el 14% de mujeres (en ambas situaciones). También es importante destacar el trabajo de Fazel que revisa la información disponible en 62 estudios realizados en 12 países y que abarcan 22.790 prisioneros, que permite establecer las siguientes tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves: psicosis (3,7% de varones y 4% de mujeres); depresión mayor (10% de varones y 12% de mujeres), y trastornos de personalidad (65% de varones y 42% de mujeres). Como se ve estas prevalencias son entre 2 y 4 veces superiores a las encontradas en la población general para psicosis y depresión mayor. Por otro lado, un informe sobre la Región de las Américas realizado por Dammert y Zúñiga para FLACSO Chile señala que en esta región también se incrementaron los problemas de salud mental en las cárceles. Por ejemplo, en México alrededor del 95 por ciento de la población carcelaria consumía algún tipo de sustancia y, en Belice, el 15 por ciento de las mujeres privadas de libertad tenían identificado algún padecimiento psíquico.²⁸ Todos los estudios parecen coincidir en que estas proporciones van en aumento en los últimos años. (Así en el estado de Connecticut ha pasado del 24% de enfermos mentales graves en 1991 al 40% en 1999).²⁸

Por esto, en el 2005, la OMS estimaba que, en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psíquicas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general²⁹. Arroyo Cobo se pregunta si la existencia, cada vez más frecuente, de población carcelaria con padecimientos psíquicos en las unidades penitenciarias "podría deberse a la desaparición del manicomio como espacio que durante dos siglos había albergado a gran parte de personas socialmente problemáticas" y no sólo a un efecto específico de la prisión sobre las personas privadas de libertad. Es en ese mismo sentido, que Pérez Martínez²⁸ se preguntó si hay una relación entre el éxito de la reforma psiquiátrica y el fracaso de la penitenciaria o, dicho de otra forma, si la prisión ocupa el espacio vacío dejado por el manicomio.

²⁸ Dammert, L. y Zúñiga, L. (2008) "La cárcel: problemas y desafíos para las Américas", *Flacso, Santiago de Chile*.

Disponible en: https://issuu.com/flacso.chile/docs/rss_2008_4

²⁹ Arroyo Cobo, J (2005) "Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento" ", *Revista Norte de Salud Mental*, núm. 7, 86-91. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/292/641>

CIRCUNSTANCIAS QUE JUSTIFICAN LA DETENCIÓN DE PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDADES MENTALES EN CÁRCELES COMUNES

Es importante destacar que no deberían permanecer en prisión aquellas personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y debería procurarse el traslado de esas personas a centros de salud mental lo antes posible³⁰. Del relevamiento efectuado por la Defensoría de Casación de la Provincia de Buenos Aires por el Programa de Salud Mental de dicho órgano, surge que a enero del 2017 en la Provincia de Buenos Aires existían 133 personas privadas de su libertad en establecimientos penitenciarios con declaración de inimputabilidad. Esas unidades penitenciarias, (UP 34 y los pabellones psiquiátricos de la UP 10 y 45), todas ellas sitas en la localidad de Melchor Romero, tienen ciertas adaptaciones o particularidades dirigidas a ofrecer una mayor contención a las personas con padecimientos mentales, aunque en los hechos las mismas prácticamente se reducen a la presencia de un mayor número de profesionales de la Salud Mental que en una UP ordinaria-, ellas están lejos de cumplir con los estándares necesarios.³¹ En ese sentido se impone manifestar que: se trata de instituciones que no se encuentran dentro de la órbita del Ministerio de Salud, la mayoría de los profesionales que se encuentran en contacto con las personas allí alojadas, inclusive sus directores son agentes del Servicio Penitenciario, es decir, personas que no tienen formación en la materia y la arquitectura de las mismas se corresponde a las de una cárcel y no a las de un hospital, lo cual tiene no pocas consecuencias prácticas, por ejemplo: presencia de celdas de aislamiento y gran número de puertas cerradas con candados que separan los pabellones donde se alojan los detenidos del área de salud propiamente dicha.

³⁰ Ríos Santiago Rodolfo "Interpretación del art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental. Consecuencias. La situación de las personas con declaración de inimputabilidad en la Provincia de Buenos Aires"

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657: TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES INIMPUTABLES EN ARGENTINA

Esta ley promueve que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Que incluyan las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Esto en la Unidad n°2 de General Roca, no sucede y dentro de ella hay enfermos mentales, solo cuentan por la información de las entrevistas realizadas, con tres psicólogos dentro del área de gabinete, tres en el área de tratamiento y un psiquiatra. Lo que más se asemeja a esta atención en salud mental es el PRISMA de Ezeiza.

La medicación solo se administrara con fines terapéuticos no como castigo ni por conveniencia de terceros, en la unidad n°2 de General Roca, se le daba medicamentos a los internos que lo necesitan pero no hay un seguimiento, es decir, que no saben si lo toma o no lo toma, esto es un grave problema porque un solo psiquiatra para el número de internos que hay es muy poco, y hace imposible que vea todos los días a aquellos que más lo necesitan.

En los casos que haya un internación involuntaria debe estar justificada por al menos dos profesionales, se deben realizar informes ampliatorios que no perjudiquen al tratamiento. En este caso, la cárcel perjudica el tratamiento de una persona con una enfermedad mental, porque no puede haber un seguimiento, por el encierro, por las normas y códigos que manejan dentro de ella.

Una vez autorizado por el juez la internación involuntaria deben realizarse informes con una periodicidad no menor a 30 días.

HISTORIA Y EXPERIENCIA EN ARGENTINA (PROVINCIA DE BUENOS AIRES).

En la provincia de Buenos Aires, los primeros datos registrados sobre la existencia de servicios psiquiátricos para personas en conflicto con la ley en el ámbito federal, se vinculan a un proyecto de reforma para el Hospicio de las Mercedes (Hospital José Tiburcio Borda) durante 1876 y 1892. La historia de la unidad N°20 de la Sistema

Penitenciario se remonta al año 1880 cuando el Dr. Lucio Meléndez, director por aquel entonces del hospicio José T. Borda, hizo notar la urgente necesidad de crear un departamento especial para “locos criminales”.³¹ El siguiente director del Hospicio, Dr. Domingo Cabred (1893-1918), continuó con las reformas iniciadas en la gestión anterior dejando entrever en sus decisiones un pensamiento adelantado para la época: “Los alienados llamados delincuentes deben ser asistidos en los asilos comunes y no en secciones especiales de las cárceles” en Ginebra en 1896³². Para esta población en particular, se inauguró un edificio especial en 1899, con el nombre de Pabellón Lucio Meléndez. El Pabellón quedó a cargo del hospital neuro-psiquiátrico hasta el año 1962. En 1967 los detenidos en el Instituto de Clasificación en la Cárcel de Encausados que padecían algún tipo de “enfermedad mental” fueron derivados al pabellón Lucio Meléndez, debido a la falta de alojamiento adecuado para darles tratamiento. A partir de este evento, se sucedieron una serie de acciones mancomunadas entre las autoridades del hospital (en manos de una gestión que consideraba ahora un problema a la población de locos delincuentes, para el desarrollo de su trabajo asistencial) y las autoridades penitenciarias, tendientes a que toda la población alojada en el hospital y en conflicto con la ley penal estuviese a cargo del servicio penitenciario. En mayo de 1968 se celebró un convenio³², entre la Secretaría del Estado de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud Mental del Ministerio de Bienestar Social, por un lado, y la Secretaría del Estado de Justicia y la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal (SPF) del Ministerio de Justicia por el otro, que transfirió el edificio, las instalaciones y los bienes muebles de los pabellones Lucio Meléndez y Chiarugi a la órbita de la Dirección Nacional del SPF. Este convenio fue ampliado en 1979³³, e incorporó la transferencia del pabellón Servicio Trece. A partir de entonces se resolvió denominar a la unidad así conformada, como Servicio Psiquiátrico Central De Varones Unidad N°20, y alojar allí a internos-pacientes con enfermedades mentales de larga duración y/o crónicas. En ese mismo decreto, se estableció la cesión provisoria del Pabellón Estévez Balado del Hospital Nacional Braulio Moyano a la órbita de la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal. Quedando conformado como unidad diferenciada, recién en 1980, el Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres Unidad N°

³¹ Lampoña, A. (2012) “EL DERECHO PENAL DEL “PELIGROSO”: MEDIDAS DE SEGURIDAD Y RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN UNA LECTURA ANTROPOLÓGICA” pag. 13
Disponible en: <http://studylib.es/doc/5180168/el-derecho-penal-del-%E2%80%9Cpeligroso%E2%80%9D--medidas-de-seguridad-y> .

³² ratificado por Decreto N° 1962/69

³³ a través del Decreto 648/80

27. En este caso no se trató de una transferencia, como sí sucedió en el caso del servicio de varones, sino de una concesión provisoria del edificio, situación por la cual su estructura edilicia no podría ser reformada ni modificada. Dicho servicio se creaba con la finalidad de alojar procesadas y condenadas. Ambos servicios se erigieron como las únicas unidades federales destinadas por ese entonces a la población penal con problemáticas vinculadas a la salud mental. Con su puesta en funcionamiento la primera población que acogieron estuvo conformada por todas aquellas personas ya internadas en los hospitales Borda y Moyano, que “por su alta peligrosidad no podían convivir con otros internos en las restantes dependencias del hospital. La Unidad N°20 de servicio de varones se encontraba en una de las instalaciones del Borda hasta el 2011. Era de alta seguridad, y se encontraba dividido en tres sectores. El primero de ellos ubicado en la planta baja del edificio, se trataba de un pabellón abierto donde se alojaban los internos considerados “adaptables” por el SPF: drogodependientes y personas con trastornos de la personalidad. En la misma planta estaban dispuestas las tres Salas Individuales de Tratamiento (SIT) (buzones o leoneras): una serie de habitaciones diminutas de dos metros por un metro y medio, que solían ser utilizadas para aislar a internos por razones disciplinarias o bien alojar a los recién llegados hasta decidir dónde ubicarlos. En la planta alta estaban las seis celdas comunes destinadas al alojamiento de la población con enfermedades mentales graves, en su mayoría con diagnóstico de psicosis o patologías orgánicas cerebrales. Pero familiares registraron malos tratos a los pacientes allí alojados, por esto, la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario decidió emprender una importante reforma en la Unidad 20 a través de la implementación del Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave. Así, la reforma significó todo un cambio cultural a nivel institucional, y gran parte de los esfuerzos de la nueva coordinación médica estuvieron enfocados en transformar el penal en un hospital psiquiátrico. El programa desarrolló un Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) a fin de organizar la admisión a la unidad. Dicho servicio estipulaba que todas las evaluaciones de ingreso debían contar con la presencia de al menos dos médicos psiquiatras, un neuropsicólogo y un trabajador social; quienes luego de 72 horas de observación como máximo, debían explicitar un diagnóstico, el riesgo de auto o heteroagresión del paciente y el motivo de admisión o no admisión en base a criterios previamente determinados. Se creó a su vez, a fin de alojar a todos aquellos que quedaran por fuera de los criterios de admisión al programa pero que aun así no estuvieran en condiciones de ser alojados en unidades comunes, el Anexo Unidad N° 20

dentro del Complejo Penitenciario de Ezeiza (situado en los pabellones C, D, E y F del Módulo 6). Este anexo admitía pacientes con trastornos de personalidad, retrasos mentales síntomas cerebrales orgánicos de cualquier origen incluidos demencia y epilepsias, trastornos por abuso de sustancias o antecedentes de adicciones, autolesionados o con diagnóstico de ideación suicida o ideación de muerte. Por otro lado, se encuentra la Unidad N°27 de mujeres en el Hospital Moyano. También dividida en tres sectores. En el primer piso del edificio funcionaban dos pabellones, donde las mujeres eran alojadas diferencialmente por el SPF (Servicio Penitenciario Federal) según criterios ligados exclusivamente a la seguridad. En el entrepiso del mismo edificio, estaban ubicadas las tres o cuatro (la cantidad varía en los relatos) celdas de aislamiento. En la misma planta se ubicaba un consultorio donde el personal profesional del SPF realizaba sus tareas de atención, y la farmacia donde se desempeñaban los enfermeros. La población allí alojada estaba compuesta en primer lugar por aquellas mujeres declaradas inimputables con medidas de seguridad.

La reforma de 2011 y la mudanza a los complejos penitenciarios de Ezeiza

El 31 de mayo de 2011 se produjo un importante incendio dentro de una de las celdas de aislamiento de la Unidad 20. En el hecho murieron dos de las tres personas que se encontraban alojadas. Sin embargo, estas muertes no fueron las únicas que tuvieron lugar en la unidad por aquellos días, en los últimos quince meses habían fallecido seis internos, de los cuales tres lo habían hecho la semana anterior al incendio. A partir del informe del CELS-MDRI (2007), *Vidas Arrasadas*, así como de diferentes informes anuales sobre Derechos Humanos del CELS (2009, 2010, 2011 y 2012), se denunció y evidenció las condiciones inhumanas de las unidades penales psiquiátricas.³⁴ Por eso, en julio del mismo año se decidió crear una comisión de desguace que se ocupara de “desafectar el uso penitenciario de los inmuebles del ex Servicio Psiquiátrico Central”³⁵; y el 13 de julio se concretó la mudanza de ambas unidades a los complejos penitenciarios federales ubicados en la localidad de Ezeiza: la Unidad 20 hacia el Ala Norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal I (CPF I) y la Unidad 27 al Módulo 6 del Complejo Penitenciario Federal IV (CPF IV). El HCP es considerado en la

³⁴ 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 soc.*, *Santa Fé*, v. 24, n. 40, p. 63-79, dic. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2468-99632015000200004&lng=es&nrm=iso>

³⁵ Resolución N°1335/11 de la Dirección Nacional del SPF

actualidad el mejor hospital federal y nacional dentro del servicio penitenciario, dentro de él se encuentran personas reconocidas. El CPF (Complejo Penitenciario Federal) está emplazado en un predio muy extenso, de unas cincuenta hectáreas, ubicado a la vera de la ruta nacional 205. Está dividido en sectores, todos separados por amplio espacio verde. Al tratarse de un complejo de máxima seguridad, todo el predio está dotado con un doble alambrado perimetral y cuenta con distintas tecnologías de control (sensores de movimiento, circuito cerrado de cámaras de video). Por su parte, el CPF IV (ex Instituto Correccional de Mujeres Unidad 3) es el establecimiento penitenciario más antiguo destinado a mujeres en el ámbito federal. No todos los internos de las unidades del Borda y del Moyano fueron trasladados a estos lugares. Los servicios psiquiátricos en cuestión dejaron de ser parte de la estructura hospitalaria de los neuropsiquiátricos para convertirse en módulos insertos en complejos penitenciarios de máxima seguridad. El cambio de emplazamiento de los servicios psiquiátricos fue acompañado por la creación e implementación del Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA³⁶

Entre los años 2012 y 2014 el servicio penitenciario también emprendió un cambio en la organización de los servicios psiquiátricos a su cargo. En primer lugar, creó el Programa de Tratamiento Interdisciplinario, Individualizado e Integral PROTIN³⁷; que supuso la reformulación y ampliación del anterior PROTIM. La intención era acoger los principios de la nueva ley de salud mental, pero sobre todo integrar y articular con los procedimientos del PRISMA y de otros programas ya existentes destinados a los detenidos con padecimientos de este tipo, evitando superposiciones y conflictos de intereses.³⁸

Pabellón psiquiátrico del Complejo Federal I (Ezeiza) – funcionamiento del PRISMA

Este pabellón fue iniciado en el 2011 por los traslados de los hospitales psiquiátricos Moyano y Borda. Dentro de este espacio se encuentran presos con problemas de salud mental y los inimputables con medidas de seguridad. Desde mediados del mismo año funciona el PRISMA (Programa Interministerial de Salud Mental Argentino). Los internos alojados en este pabellón pueden ingresar al programa por dos vías: por orden judicial (en

³⁶ Resolución conjunta 1075/2011-MJDH y 1128/2011-MS.

³⁷ Resolución N° 467/12 de la Dirección Nacional del SPF

³⁸ Lampoña A, Territorio psiquiátrico de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde la perspectiva etnográfica.. (<http://www.revistadepresiones.com/wp-content/uploads/2016/12/4.pdf>)

general a partir de un informe del Cuerpo Médico Forense) o derivados desde otra institución carcelaria. El tratamiento de los que forman parte del PRISMA es en el primer tiempo los internos son alojados en habitaciones con cámara de seguridad para evaluar su adaptación al lugar. El personal del Prisma realiza guardias las 24 horas para atender cualquier situación. Además, se llevan a cabo capacitaciones a personal penitenciario para el trabajo con internos con problemas de salud mental.³⁹ Trabajan junto con el sistema penitenciario para poder coordinar dos lógicas sumamente diferentes como lo son la seguridad y el tratamiento de salud mental. En cuanto a los inimputables, son derivados a este programa por una decisión judicial de poner medidas de seguridad, “la inimputabilidad con medidas de seguridad es peor que una condena, porque esos pacientes sólo van a poder salir cuando lo disponga un juez, y lo cierto es que pueden pasar muchísimos años sin que esto suceda” (Muniello [coordinadora del PRISMA]). Estos tampoco tienen un régimen de progresividad a diferencia de los que tienen una condena, es decir que no pueden acceder a otros beneficios

HISTORIA Y EXPERIENCIA EN ARGENTINA (PROVINCIA DE SANTA FE)

En la provincia de Santa Fe, y en el marco del proceso de sustitución de las lógicas manicomiales, en el año 2008 se cerró el pabellón psiquiátrico ubicado en la Unidad Penitenciaria Nº 1 de la ciudad de Coronda. La experiencia desarrollada en ese pabellón, conocido también como "el corralito", fue impulsada por la Dirección de Salud Mental de la provincia en respuesta a una larga trayectoria de denuncias por parte de organismos de Derechos Humanos (Coordinadora de Trabajo Carcelario) en referencia a la violación de los derechos de las personas allí alojadas. Es en estas líneas que, a partir de la implementación de la reforma psiquiátrica en Santa Fe, fue necesario profundizar en dispositivos que garanticen el derecho a la salud mental a las personas privadas de libertad como una estrategia central de la sustitución de lógicas manicomiales en toda la provincia. Tomando a Valero y Faraone⁴⁰, el pabellón psiquiátrico “corralito”, se encontraba ubicado en el interior de la U.P.Nº1 de la ciudad de Coronda. La cárcel de

³⁹ La Nación (2016), “Cómo funciona el pabellón psiquiátrico de la cárcel de Ezeiza”, Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1728272-carcel-y-salud-mental-como-funciona-el-pabellon-psiquiatrico-del-complejo-penitenciario-de-ezeiza>

⁴⁰ Valero y Faraone. “lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe(Argentina)”

Coronda fue fundada en 1933 y a partir de 1971 se la denomina "Instituto Correccional Modelo - Unidad 1", con el nombre "César Raúl Tabares". El "corralito" se instaló en la cárcel de Coronda en pleno proceso democrático, en el año 1985, y fue definido por varios de los entrevistados como *"lo peor de lo peor"* fue producto de un Convenio entre Ministerio de Gobierno y el Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe. Dicho acuerdo funda y legitima desde entonces su existencia. Estaba destinado a aquellas personas que "padezcan afecciones en su salud mental", que sean imputables o inimputables penalmente, "calificados de graves o peligrosos, no contenibles dentro del régimen ordinario de las instituciones penitenciarias u hospitales psiquiátricos comunes". La creación del pabellón psiquiátrico en la cárcel de Coronda es resultado de un intento de solución novedosa para dar respuesta a lo que era visto como problemático por los profesionales de los espacios asistenciales convencionales no penitenciarios. En especial se hace referencia al conflicto desencadenado en el año 1985 en uno de los hospitales especializados, el Mira y López de la ciudad de Santa Fe. El conflicto se desarrolla como resultado de una contienda de los profesionales del Hospital Psiquiátrico Mira y López, conocido también como Suipacha, de Santa Fe donde el personal presionó a sus autoridades exigiendo la finalización de las internaciones en ese dispositivo asistencial de personas con padecimiento psíquico que tuvieran causas penales. Desde 1985 a 2005 la organización del "corralito" funcionó bajo la supervisión, además del personal penitenciario de seguridad común a todo el penal, de un equipo específico integrado por un jefe médico psiquiatra y dos enfermeros. Todas estas posiciones correspondían en lo laboral a cargos dependientes del Servicio Penitenciario. las condiciones asistenciales en salud mental en el "corralito" contaban en este primer momento con un desarrollo nulo y presentaban, en todas sus dimensiones, rasgos propios de la práctica penitenciaria, que se manifestaban en: la ausencia del control sistemático de los expedientes e historias clínicas de los pacientes, la distribución de la medicación a cargo del personal penitenciario general, la dosificación de la medicación como castigo, la ubicación de los internos en ese espacio diferenciado dentro del penal como castigo.

Enfermero al que se entrevistó:

"Y los pacientes estaban recontra medicado en condiciones que era un mix de lo peor del manicomio más lo peor de la cárcel. Eso era el "corralito" o sea extremado encierro, ninguna... posibilidad de nada en el orden de lo recreativo... y el encierro en las peores condiciones... O sea, los pacientes tirados... recontra medicados, planchados..."

El “corralito” se encontraba unido al resto del penal por una ‘frontera permeable’ por la cual personas detenidas por fuera del pabellón psiquiátrico que no presentaban patologías psiquiátricas, eran llevados a este espacio a los efectos de reforzar sobre ellos el ejercicio del control social. Por todo ello, dentro de la cárcel de Coronda, el “corralito” constituía un espacio diferenciado de castigo:

Enfermero: “Donde terminó siendo... su funcionamiento fue ser el mayor grado de... castigo para los internos, digamos, ¿no? Eh... que muchas veces combinaban ahí internos, digamos, más revoltosos, por llamarlo de alguna manera... y bueno, eran medicados... con Halopidol ®”

Estas prácticas internas de castigo dieron origen a numerosos reclamos protagonizados por diversos organismos de derechos humanos en el campo judicial, entre otros: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) y la Coordinadora de Trabajo Carcelario (CTC, 2005).

En conclusión, el “corralito” no funciono, había violación a los derechos humanos y por lo tanto, optaron por cerrarlo por las pésimas condiciones de los internos, en habitaciones que se llovían, con baños inutilizables y donde algunos eran llevados por la fuerza mediante inyecciones de sustancias que ya no se utilizan.

HISTORIA Y EXPERIENCIA EN ARGENTINA (PROVINCIA DE RIO NEGRO) LEY N°2440: TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES INIMPUTABLES EN RIO NEGRO.

En el artículo N° 1 de la ley, dice que quedan prohibidos los manicomios u otro lugar con el mismo fin. Esta idea surge del movimiento de la anti-psiquiatría italiana -gestor de los conceptos anti-manicomiales en salud mental-, que llevó adelante Franco Basaglia bajo el lema “¡Abajo los muros!”, planteando “*no una psiquiatría alternativa sino una alternativa a la psiquiatría*” produjo la famosa ley 180 promulgada en 1977, que implicaba el cierre gradual de las instituciones psiquiátricas, la creación de un sistema de servicios alternativos a los hospitales psiquiátricos y no complementarios o adicionales a ellos, la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos, además de fijar que a partir de

mayo de 1978 no se permitiría el ingreso de nuevos pacientes. Esto concluyó en el cierre definitivo del Hospital de Trieste en 1978. Lo central de este gran cambio fue sin duda ver al enfermo recuperando su derecho a ser un ciudadano, a tener su autonomía. Desde ese momento muchos países empezaron a adoptar esta medida de cerrar los manicomios, por ejemplo, Chile, Brasil, entre otros. EEUU cerró los hospitales psiquiátricos dejando fuera a todos los enfermos carenciados. En Argentina, se inicia su experiencia de cerrar los manicomios en Río Negro, designado al Dr. Hugo Cohen como director del Programa de Salud Mental de la provincia; en el año 1989 se presenta ante la legislatura de Río Negro el Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. La Ley 2440 fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, cerrándose a partir de ella el Hospital Neuropsiquiátrico de Allen. Los internos fueron restituidos a sus hogares. Hay críticas por la implementación de la ley en Río Negro, por ejemplo: que no había previsto medidas a tomar en caso de que un enfermo mental cometiera un delito ¿Dónde debería ser alojado? A esto se suman las críticas por la ausencia de lugares de internación, los familiares teniendo que internar a los suyos en otras provincias. Por ese motivo muchos especialistas lo definen como un cambio mínimo en la salud mental. Otras provincias se sumaron a esto, Buenos Aires, San Luis, Chubut y Entre Ríos. En Buenos Aires se sanciona la ley 148, pero aún no se está implementando. La finalidad de la ley 2440, ley de desmanicomialización, es que no debe haber persona que, por tener un padecimiento o una enfermedad, tenga que perder sus derechos ciudadanos, su libre albedrío, su inclusión social. Ser diferente no tiene por qué significar ser segregado. Esta ley menciona que deberían existir lugares de rehabilitación y resocialización, como lo son por ejemplo las “casitas de medio camino” que se encuentran en El Bolsón, Viedma, General Roca y hubo una en Bariloche. Estas constituyen un lugar para que aquellas personas que han sufrido un padecimiento mental que redujo sus capacidades de autovalimiento, tengan actividades diurnas que pueden ser de 3 a 8 horas de acuerdo con el cronograma de actividades y el personal disponible. Esto es lo único que hay en la provincia de Río Negro, y no funcionan como deberían. Por lo tanto, existe la necesidad de crear espacios alternativos para ellos.

MÉTODOS DE ESTUDIO DE LA INIMPUTABILIDAD DEL AUTOR DEL DERECHO PENAL.

Existe una doctrina defendida por Donna, Zaffaroni y Agudelo que dice que un enfermo mental bajo tratamiento puede ser una persona normal, por lo tanto, podría ser declarado imputable, si es que el delito no fue producto de su enfermedad. Mientras que los defensores de la doctrina clásica dentro del cual se encuentra Ernesto Albán Gómez, opinan que, el enfermo mental debe ser inimputable, en cualquier caso, solo por el hecho de tener la enfermedad, sin analizar varios aspectos del delito. Se ha estudiado la capacidad de culpabilidad o imputabilidad del autor del hecho penal, acudiendo a distintos métodos, que se pueden sintetizar en los llamados métodos biológico, psicológico y mixto⁴¹. En Argentina se tomó partido por el sistema mixto de inimputabilidad, pero en otros países se usan otros sistemas. Entre ellos: el método biológico que consiste en afirmar el estado anormal de la persona que ha cometido un hecho delictivo. Se enuncia, de la manera más simple, los efectos psicológicos y jurídicos que pueden producir la enfermedad mental, sin establecer los límites de orden jurídico ni psicológico.⁴² En otras palabras, dicho método se enfoca exclusivamente en la salud mental del individuo, alude a la causa patológica o transitoria por la cual el sujeto es inimputable. Basta solo con que se compruebe la enfermedad mental, para sustentar la inimputabilidad del autor. Pero no aclara el hecho de por qué un enfermo mental debe ser considerado inimputable, no se dan argumentos. Este sistema se utiliza en Chile, Puerto Rico y Bolivia. Por otro lado, se menciona el método psicológico: éste no se fija en los problemas biológicos, en las causas o en los estados de anormalidad, sino en las consecuencias psicológicas de los estados que lo producen.⁴³ “se limita única y exclusivamente, a indicar las consecuencias psicológicas que jurídicamente son relevantes para calificar a un sujeto como inimputable, con independencia de las causas o factores que las provocan”⁴⁴. Es decir, que no se enfoca en la causa de la inimputabilidad sino en su efecto. Los países que utilizan este método son Ecuador, Venezuela, Panamá y Paraguay. Dice Cabello que cuando se analiza el delito desde el punto de vista meramente psicológico, los factores sociales,

⁴¹ Donna, Ed. Alberto, Capacidad de culpabilidad e inimputabilidad. Pag 45

⁴² Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005. p. 340.

⁴³ Donna, Ed. Alberto, *Capacidad de culpabilidad e inimputabilidad*. Pag 46

⁴⁴ Fonseca, Morales Gema María. *La anomalía o alteración psíquica como eximente o atenuante de la responsabilidad criminal*. Madrid: Dykinson, 2009. p. 22.

psico-patológicos y biográficos del individuo quedan eludidos, lo cual va en contra de las directivas criminológicas.⁴⁵

El método bio-psicológico o mixto: según Diaz Palos, atiende tanto a las bases biológicas que producen la inimputabilidad como a sus consecuencias en la vida anímica del autor. Cabello critica los primeros dos sistemas y opina que este último sistema es el más completo ya que no acepta como causa de inimputabilidad la enfermedad mental por si sola y se apoya tanto en la psiquiatría como en la psicología por lo que hay una “doble valoración psicológica y espiritual”⁴⁶. El sistema mixto estudia los fenómenos que convierten al sujeto en inimputable, y explica por qué ocurrieron. Por una parte, describe los estados que dan origen a la inimputabilidad, pero por la otra exige del juez una investigación ulterior sobre la existencia efectiva de la incapacidad para comprender y auto-determinarse⁴⁶. Países como Argentina, España, Perú y Colombia lo usan.

Este trabajo afirma la doctrina moderna, es decir, que un enfermo mental puede ser declarado imputable, pero para llegar a esto debe hacerse un análisis previo. Apoya además, al igual que Cabello, el método bio-psicológico o mixto, porque carecer de contradicciones.

DIFICULTADES Y DESVENTAJAS QUE IMPLICA EL ALOJAMIENTO DE ENFERMOS MENTALES INIMPUTABLES EN UNIDADES COMUNES DE DETENCION

Ahora bien, los factores que están determinando el incremento de pacientes que llegan a las cárceles tienen que ver con una concatenación de circunstancias:

1) *Situaciones previas al delito.*⁴⁷

— Los pacientes psicóticos tienen muchas dificultades para mantener un comportamiento socialmente aceptado.

⁴⁵ Cabello, Vicente P. *Psiquiatría forense en el derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000. p.121.

⁴⁶ Cury Urzúa, Enrique. *Derecho penal: parte general*. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992. p. 35.

⁴⁷ Pérez Martínez, E.: (2004) "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6, 97-101.

— Su realidad social es la del aislamiento familiar, sin una asistencia que garantice la continuidad de cuidados, lo que conduce inexorablemente a la marginalidad.

— Ausencia de estructuras de tutela de los enfermos mentales, que impide la representación y la atención a los intereses de los enfermos infractores, y les deja en una posición de franca inseguridad jurídica y de desprotección efectiva de sus derechos constitucionales.

— Las Unidades de Salud Mental están colapsadas por otro tipo de demandas y carecen de la flexibilidad necesaria para acoger las necesidades de estos pacientes graves. En este último ítem se puede comparar con lo que observan los psicólogos de la unidad N° 2 de la ciudad de General Roca.

“...Encima uno manda un informe diciendo lo que ve, en el Hospital como no lo reciben porque no hay lugar, la realidad es que están desbordados, ellos lo que evalúan es que esta perfecto el interno, entonces quedan dos discursos, el interno en el medio, audiencias, un montón de cuestiones que en definitiva terminan no resolviendo la situación...” (Entrevista #3)

2) Itinerario del paciente detenido.

— Falta de atención psiquiátrica en comisaría.

— Las corrientes de opinión que han ido ganando terreno en la psiquiatría acerca de la pertinencia de que los enfermos mentales sean declarados responsables (imputables) de sus conductas delictivas.

— Por detrás de estas razones psicopatológicas no podemos dejar de ver situaciones más prosaicas de índole práctica: rechazo de estos pacientes por los hospitales públicos y saturación de las unidades psiquiátricas hospitalarias.

— Si el delito es grave el enfermo ingresará en la cárcel como "preventivo" donde habitualmente pasará a la enfermería del centro, en la que no es raro que permanezcan gran parte de su condena.

— Los tribunales imponen cada vez condenas más prolongadas a estos pacientes, llegando a doblarse en los últimos veinte años las penas impuestas por los mismos delitos.

En ese sentido puede señalarse que se relevaron que de las 133 personas alojadas en unidades penitenciarias de la provincia de Buenos Aires en el marco del art. 34 inc. 1º del CP⁴⁸:

- En 28 casos la privación de la libertad superó el máximo de la pena que podría haberse impuesto en caso de tratarse de una persona con plena capacidad de culpabilidad.
- En 27 casos la privación superó el término para acceder a la libertad condicional que hubiera correspondido de haberse impuesto el referido máximo de pena.
- En 19 casos la privación superó el mínimo de la pena que podría haberse impuesto. Los enfermos mentales graves en prisión no logran permisos de salida por su situación de abandono.
- A menudo son objeto y sujetos de violencia.

— Cuando presentan una descompensación grave y se remiten al hospital de referencia encuentran un fuerte rechazo, sustentado en temores de conflictividad, que impide la atención requerida.

En este ítem también se puede observar también una gran relación con lo que ocurre en General Roca, ya que los psicólogos argumentan que ellos envían a los enfermos cuando tienen algún brote psicótico al hospital y allí, no los reciben con el argumento de que se encuentran estabilizados.

“... hemos recurrido e intentado recurrir a la unidad de servicio de salud mental del hospital y en general nos han rechazado sistemáticamente todos los intentos de derivación...” “..., lo grave que vemos nosotros es que nos refutan los diagnósticos, o sea, ellos dicen que la persona está bien para sacárselas de encima, eso es lo que nos amarga un poco...” (Entrevista #2)

3) *Tras la excarcelación*⁴⁹.

⁴⁸ Ríos S. R: “*Interpretación del art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental. Consecuencias. La situación de las personas con declaración de inimputabilidad en la Provincia de Buenos Aires*”

Disponible en: file:///C:/Users/danie/Downloads/3917-253-11447-1-10-20170928.pdf

⁴⁹ Pérez Martínez, E.: (2004) “¿Psiquiatría penitenciaria?”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6, 97-101.

— Alta cifra de reincidencia delictiva de la población penitenciaria en general y de la psiquiátrica que delinque en particular.

— Al final se da la paradoja de que, frente a las condiciones de vida deplorables que tienen, su presencia en los centros penitenciarios es casi su única oportunidad de estar atendidos médicamente y recibir el tratamiento farmacológico que precisan.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA

1) Perspectiva internacional.

La Asamblea Nacional Francesa presentó un amplio informe que señalaba la alta tasa de enfermos psiquiátricos en las cárceles y la tasa preocupante de suicidios (140/100.000).

La situación en Estados Unidos también es alarmante:

- a) enorme proporción de enfermos mentales en las cárceles (más que en los hospitales);
- b) carecen de apoyo familiar;
- c) la condición de "enfermo" aumenta entre 4 y 6 veces la posibilidad de ser encarcelado en relación con el resto de detenidos;
- d) el 75% de los enfermos consumen alcohol y/o drogas;
- e) las penas por tenencia de drogas ilegales se han endurecido;
- f) en la cárcel son más vulnerables a recibir agresiones;
- g) persistencia de la crueldad y brutalidad policial en las prisiones;
- h) aumento de unidades de máxima seguridad con duros regímenes de aislamiento;

Otras dificultades que se observan en la unidad N°2 de la ciudad de General Roca, es que los enfermos que se encuentran detenidos y padecen una enfermedad mental, tienden a agravar la sintomatología de su enfermedad. No existe tratamiento para ellos, el grupo de profesionales intenta verlos más seguido cuando observan recaídas de sus dolencias, pero carecen de recursos y sus esfuerzos tienden a ser insuficientes.

“... En esta unidad de detención, no existen dispositivos que permitan vivir en condiciones humanas, no están dadas las condiciones para que nadie tenga una calidad de vida, ni las personas con enfermedad mental, ni el resto de la población. En las personas que tienen alguna enfermedad mental que requieren otro tipo de atención especializada y que requieren de otro tipo de acompañamiento, acá no existen

dispositivos que permitan realizar ese acompañamiento o tratamiento especializado que esas personas necesitan...” (Entrevista #1)

“...Nosotros cuando vemos que hay alguna situación compleja los llamamos más seguido, intentamos contenerlos que eso también de algún modo “funciona”, desde el punto de vista psiquiátrico es muy precaria la intervención que se hace porque es una consulta de 15 minutos, se indica la medicación, si no la toma no importa porque no hay nadie que garantice la adherencia a ese tratamiento, entonces más que la contención emocional que se da desde nuestra área no hay, ni siquiera en el lugar de alojamiento...” (Entrevista #3)

En la cárcel existe un tratamiento penitenciario, al que los enfermos muchas veces no pueden adaptarse.

“...No hay dispositivos para que esas personas participen, en general las actividades que hay disponibles y que forman parte del tratamiento penitenciario, así lo llama la ley, a veces no pueden participar de esos dispositivos porque tiene problemas de convivencia con el resto de los internos, por cuestiones de conducta o por cuestiones que tienen que ver con la comprensión, con los recursos personales que tienen, digamos, no pueden adaptarse a una consigna y al resto les molesta. Entonces eso hace que no sea posible participar en ciertos dispositivos...” (Entrevista #1)

“...no existe ese tratamiento, y digamos, uno podría hacer un cierto tratamiento siempre y cuando la persona este con una atención psiquiátrica, que implica la psicofarmacología y un espacio de atención casi con una regularidad que no puede asegurarse desde acá, porque tendría que verse a esa persona digamos un par de veces a la semana por lo menos hasta que logre cierto equilibrio, pero después también debería seguir asistiendo con una regularidad o espacio terapéutico que dadas las condiciones en las que trabajamos y recursos insuficiente no es posible...” (Entrevista #2)

CONCLUSIÓN

La enfermedad mental es un factor asociado a la delincuencia porque existen determinados comportamientos criminales que pueden relacionarse o atribuirse a anomalías mentales. La psiquiatría es una ciencia en permanente revisión. Uno de los temas que más le preocupa es intentar predecir con cierto grado de certeza, qué enfermos mentales son potencialmente peligrosos y deben ser alojados en establecimientos especiales después de cometer un delito considerado grave. Es evidente que el delito, la pena y las enfermedades mentales se relacionan de la misma manera que deben asociarse las disciplinas que las contienen: psiquiatría, criminología y derecho. A pesar de los numerosos estudios para relacionar la delincuencia y los trastornos psicopatológicos, no pueden extraerse conclusiones definitivas, entre otras cosas porque muchas de esas investigaciones se realizaron con delincuentes privados de libertad. La mayoría de las personas con alteraciones mentales no comete delitos o su comportamiento no es violento, pero la probabilidad de que esta circunstancia se produzca es mayor entre las personas con problemas de salud mental que entre aquellos que no los tienen. Desde la creación de la ley que abolió los manicomios en nuestro país, se han probado diferentes opciones entre las que se mencionan los servicios abiertos y la creación de centros ambulatorios de salud mental, haciendo énfasis en la prevención de la enfermedad mental, de manera que esta se constituya como el objetivo principal. Los enfermos crónicos y peligrosos son los únicos que deben ser confinados en los servicios cerrados. El interés que la peligrosidad del enfermo mental provoca entre psiquiatras, criminólogos y juristas es importante. Dicha peligrosidad va más allá de la demostrada por la comisión de un crimen, porque se constituye en la cuestión que a posteriori define la situación del responsable del delito. No existe en nuestro medio un lugar adecuado que contenga y permita tratar a los enfermos mentales que comenten delitos y son peligrosos, ya sean los declarados inimputables o aquellos que desarrollan una enfermedad mental dentro de la cárcel. Las condiciones ideales para la internación de estas personas, deben respetar la nueva legislación en cuanto a proteger el derecho a la mejor atención disponible, a ser tratadas con humanidad y respeto a su dignidad, a la protección contra la

39

explotación económica, sexual o de otra índole, maltrato físico y trato degradante y no deberán ser discriminadas por motivo de enfermedad. Serán tratadas y controladas por un equipo interdisciplinario que incluya a profesionales de la salud y seguridad correctamente

capacitados para ese objetivo. Deberán recibir atención sanitaria y social integral y humanizada. Su identidad e historia clínica será preservada bajo secreto médico. Deberá tratarse con la mejor alternativa terapéutica que limite menos sus derechos. Deberá promoverse su integración familiar con respeto por sus vínculos afectivos. Serán informados de manera adecuada y comprensible de los derechos que les asisten y todo lo inherente a su salud y tratamiento. Podrán tomar decisiones relacionadas con su atención dentro de sus posibilidades, resguardando su intimidad, siendo reconocido como sujeto de derecho. No podrán ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales. No serán sometidos a trabajos forzados y, en caso de participar de actividades de laborterapia o trabajos comunitarios podrán acceder a una justa compensación por su tarea. Será garantizado el debido proceso, el control judicial inmediato y el derecho de defensa mediante asistencia jurídica. Estas garantías estarán fortalecidas en aquellos casos donde se hallan en juego derechos a la libertad personal, dignidad y atención de la salud, como ocurre en la internación involuntaria de los enfermos mentales. La sentencia que ordena la internación deberá especificar finalidad, duración y periodicidad de la revisión. Cuando finalice su sentencia y hayan cesado las causas que determinaron su peligrosidad y por ende su internación, los pacientes tendrán derecho al egreso, sin que ello implique dar por terminado su tratamiento ya que el mismo deberá ser controlado y continuado. En relación al personal penitenciario, realizarán capacitaciones para poder relacionarse y actuar correctamente. Los internos, en la medida que estén posibilitados, deberán realizar diferentes talleres que le sirvan para poder desenvolverse cuando egresen. En cuanto a la seguridad, deberán internarse en establecimientos con custodia permanente de cámaras y personal de seguridad. Los enfermos a su vez, estarán divididos según su peligrosidad en diferentes celdas y allí también tendrán una vigilancia durante las 24 horas. El espacio podrá estar dividido por sectores donde realizarán diferentes actividades y talleres. En Rio Negro podrán utilizarse las casas de medio camino para tratar a los enfermos mentales que cometen delitos, las que contarán con las condiciones de salud y seguridad mencionadas, incluyendo una división según la peligrosidad del interno. Dependiendo de la mejoría en su tratamiento, los internos podrán obtener beneficios y podrán ser trasladados a sitios con menor seguridad y mayor libertad..

BIBLIOGRAFÍA:

Arroyo Cobo, J (2005) "Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento" ", Revista Norte de Salud Mental, núm. 7, 86-91. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría Disponible en: <http://www.Sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/292/641>

Bianchi. M (s.f), ¿Qué decimos cuando hablamos de desmanicomializacion? Disponible en: https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2016-09-19_31.pdf

Cabello, Vicente P. Psiquiatría forense en el derecho penal. Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, 2000.

Cury Urzúa, E. Derecho penal: parte general. Vol. II. Santiago: Editorial Jurídica de Chile, 1992.

Dammert, L. y Zúñiga, L. (2008) "La cárcel: problemas y desafíos para las América" Flacso, Santiago de Chile. Disponible en: https://issuu.com/flacso.chile/docs/rss_2008_4

Donna, Ed.Alberto, Capacidad de culpabilidad e inimputabilidad.

Esbec, E. Y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. Actas Españolas Psiquiatría, vol. 38, número 5, 249-261.

Fahrer R. y colaboradores. (2009) "Manual de Psiquiatría". Editores La Prensa Médica Argentina, Segunda edición. Pág. 183

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 soc., Santa Fé v.24, n.40, p.63-79, dic. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2468-9963201500020004&lng=es&nrm=iso

Fernández, J., JA García De Gregorio, R. Elises Prados, C. Gallardo Mayo, y A. Reoyo Jiménez. "Esquizofrenia y conducta violenta." Revista Medicina General No. 94. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Abr. 2007. p 157-164. Web. Sept. 2010. <http://www.medicinageneral.org/revista_94/pdf/157-165.pdf>.

González Guerrero, L. (2007). Características descriptivas de los delitos cometidos por sujetos con trastornos de la personalidad: Motivaciones subyacentes, "modus operandi" y relaciones víctima-victimario. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 7, pp 19-39

González Guerrero, L., Robles Sánchez, J.I. (2005): Agresividad y delictología en el trastorno límite de la personalidad. Psicopatología clínica, legal y forense, Vol. 5, pp 107-125

Hikal, Wael. *Glosario de criminología y criminalística*. México D.F: Flores Editor y Distribuidor, 2011. p. 219.

Informe sobre "La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la cAPV" de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014)

Jiménez de Asúa, Luis. *Principios de derecho penal. La ley y el delito*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 2005.

La Nación (2016), "Cómo funciona el pabellón psiquiátrico de la cárcel de Ezeiza", Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1728272-carcel-y-salud-mental-como-funciona-el-pabellon-psiquiatrico-del-complejo-penitenciario-de-ezeiza>

Lampoña A, Territorio psiquiátrico de la prisión: los servicios de salud mental en cárceles federales desde la perspectiva etnográfica. Disponible en: (<http://www.revista.deprisiones.com/wp-content/uploads/2016/12/4.pdf>)

Lampoña, A. (2012) "El Derecho Penal Del "Peligroso": Medidas De Seguridad Y Regímenes De Excepción Una Lectura Antropológica" pag. 13 Disponible en: <http://studylib.es/doc/5180168/el-derecho-penal-del-%E2%80%9Cpeligroso%E2%80%9D-medidas-de-seguridad-y>

Mar Pastor Bravo, (2014) "Psiquiatría Forense" editorial UNE. Pág. 106

Molina Martín, J.D., Trabazo Arias V., López Sánchez, L., Fernández Liaño, S. (2009). *Delictología de los trastornos de personalidad y su repercusión sobre la imputabilidad*. *eduPsykhé*, Vol. 8, Nº 2, 101 -126

Otín del Castillo, José María. *Psicología criminal: técnicas de investigación e intervención policial*. Valladolid: Lex Nova, 2009

Pérez Martínez, E.: (2004) "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6, Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/274/597>

Pérez Martínez, E.: (2004) "¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6,

Pérez Martínez, E.: (2004)"¿Psiquiatría penitenciaria?", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 6, 97-101

Pérez Martínez, E.: (2012)"Atención a la salud mental en el medio penitenciario", *Desviat, M y A. Moreno Pérez (eds.) Acciones de salud mental en la comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios / 47, Madrid.

Rios Santiago Rodolfo "Interpretación del art. 34 inc. 1 del Código Penal Argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental. Consecuencias. La situación de las personas con declaración de inimputabilidad en la Provincia de Buenos Aires" Disponible en: file:///C:/Users/danie/Downloads/3917-253-11447-1-10-20170928.pdf

Terceño Salas, L(2014,2015) "trabajo social y enfermedad mental en prisión. Intervención desde el centro de Villanubla"

Valero y Faraone. "lo punitivo y lo terapéutico. Una experiencia desinstitucionalizadora en salud mental en el ámbito penitenciario de la provincia de Santa Fe(Argentina)" Disponible <http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/ojs/index.php/DelitoYSociedad/article/view/5635/8384>

Vazquez Barbosa, Sandra (2012) Trastorno de personalidad y Conducta delictivas

ANEXOS

ARTICULO 34 INCISO 1º.- No son punibles:

1º. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconciencia, error o ignorancia de hecho no imputables, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que le hicieren peligrosos

Entrevista #1:

Entrevistador: ¿Dónde son enviados los enfermos mentales que cometen delitos en Río Negro? ¿Por qué?

Entrevistado: Si no tiene declaración de inimputabilidad son destinados a los establecimientos de ejecución de pena de la provincia, que hay cuatro. Este que es el establecimiento de ejecución penal N°2 de General Roca, y luego hay uno en Cipolletti, Viedma y Bariloche, en Choele Choel hay un complejo penal también.

Entrevistador: ¿Qué sucede con los que son declarados inimputables?

Entrevistado: Los que son declarados inimputables... La verdad es que no estoy muy segura, pero entiendo que entran en los programas de salud mental de la provincia, por ejemplo acá en Roca, hay un lugar que es el instituto de nuestra casa, que es una casita que depende del hospital, del área de salud mental. Sé que ellos participan de talleres y programas que se dan en ese lugar y que son dependientes del servicio de salud mental.

Entrevistador: ¿Considera usted que la cárcel es el lugar adecuado para personas que padecen enfermedades mentales?

Entrevistado: No, en absoluto, para nada, de hecho ese es uno de los grandes problemas que hay sobre todo que hay, te voy a hablar de este lugar (unidad N°2 de General Roca) que es el que conozco desde adentro. No existen dispositivos que permitan vivir en condiciones, primero en ninguna persona, acá no están dadas las condiciones para que nadie tenga una calidad de vida, ni las personas con enfermedad mental, ni el resto de la población. Pero sobre las personas que tienen alguna enfermedad mental que requieren otro tipo de atención especializada y que requieren de otro tipo de acompañamiento, acá no existen dispositivos que permitan realizar ese acompañamiento o tratamiento especializado que esas personas necesitan. Si bien hay un cuerpo de psicólogos dentro del gabinete. Somos tres psicólogos porque uno cambio de área y tres dentro del área de tratamiento, que son los que hacen tratamiento a las personas que están detenidas, todos estos profesionales para un total de trescientas personas detenidas, por lo tanto eso hace que no sea posible abordar estos casos que son especiales, complejos con la rigurosidad que implica, porque teniendo a tanta gente a quien atender a veces uno no puede abordar un caso que demanda más tiempo como uno quisiera o como se debería.

No hay dispositivos para que esas personas participen, en general las actividades que

hay disponible y que forman parte del tratamiento penitenciario, así lo llama la ley, a veces no pueden participar de esos dispositivos porque tiene problemas de convivencia con el resto de los internos, por cuestiones de conducta o por cuestiones que tienen que ver con la comprensión, con los recursos personales que tienen, digamos, no pueden adaptarse a una consigna y al resto les molesta. Entonces eso hace que no sea posible participar en ciertos dispositivos

Entrevistador: ¿Cuál cree que debería ser el lugar para los enfermos mentales que cometen delitos?

Entrevistado: Esa es una gran incógnita, de hecho, nosotros pensamos y estudiar en nuevos espacios posibles sobre todo en estas cosas donde hay grandes agujeros, que no tienen ningún tipo de solución sobre todo acá en Rio Negro que esta la ley de desmanicomialización y entonces hay un gran vacío legal en ese sentido y que pasa con estas personas que este (la cárcel) no sería el lugar adecuado de alojamiento, pero no existe un lugar tampoco. Yo creo que no existe, por lo menos acá un lugar apropiado, creo que deberían crearse dispositivos que les permitan tener este acompañamiento específico para cada patología, para situación en particular y que haya profesionales que puedan llevar a cabo el tratamiento específico para cada persona, no existe hoy por hoy.

Entrevistador: En caso de que se pudiera crear un dispositivo diferente ¿se separarían los imputables de los inimputables?

Entrevistado: Yo creo, que antes de verlo así, se debería ver en cada caso particular es la singularidad del sujeto y particularidad, y ver cuáles son sus posibilidades de compartir espacios con otros, me parece que pasa más por ahí, cada uno va a actuar de una manera diferente, y va a implicar un riesgo o no diferente para sí o para otras personas, entonces supongo que eso es lo que habría que evaluar en los diferentes lugares de alojamiento.

Entrevistador: ¿Existe algún patrón que se repita en los enfermos mentales a la hora de la comisión de un delito?

Entrevistado: Em... no, no sé. No creo que haya. Esto que te decía recién, creo que tiene que ver con la singularidad de cada uno, con la forma de actuar, que va a ser propia de esa singularidad, de su patología, de su forma de percibir el mundo, de su forma de relacionarse.

Entrevistador: ¿Qué tipo de enfermedades mentales hay aquí dentro?

Entrevistado: Nosotros hablamos desde un enfoque psicoanalítico, y decimos estructuras de la personalidad, se podría decir que hay personas que están acá alojadas que se las podría encuadrar en una estructura psicótica.

Entrevistador: ¿Existe tratamiento en la unidad para estas personas?

Entrevistado: Nosotros lo que procuramos, por lo que te decía antes, los pocos profesionales que somos para la gran demanda, nosotros no solamente atendemos a las personas que están detenidas acá, sino que tenemos que responder también a la justicia. Entonces, lo que nosotros intentamos hacer es acompañarlos del mejor modo posible, a cada persona en particular con lo que necesite, hay personas que requieren que uno los atienda más veces y bueno los atendemos más veces, hay otra personas que requieren participar en las actividades que hay disponibles, entonces procuramos que puedan participar de esas actividades y eso es lo único que hay disponible como tratamiento acá, no hay otro modo de tratar porque no hay recursos ni personal, ni dispositivos, ni nada.

Entrevistador: ¿Tienen alguna diferencia con los que no padecen enfermedad mental en el sentido de la adaptación y el tratamiento?

Entrevistado: No, nosotros digamos primero porque la ley considera tratamiento penitenciario, lo que hay disponible acá, son ciertas actividades que se dan en diferentes áreas. Está el área de trabajo, está la escuela en el área de educación, y hay un área que se llama tratamental y se dan en el área socioeducativo, digamos, dentro de esas pequeñas áreas hay cupos muy limitados, entonces eso es lo único que hay como tratamiento penitenciario para el cumplimiento de la ejecución de la pena. Lo que nosotros intentamos hacer es procurar que cada una de las personas condenadas que están alojadas en este lugar puede participar de alguna de esas actividades para poder ir avanzando a través de las distintas fases de la progresividad que es lo que dice la ley.

Entrevistador: ¿Es sólo el tratamiento penitenciario el que existe?

Entrevistado: Claro, exacto. Entonces una persona que tiene cierto padecimiento mental al estar condenado de todas maneras, le ley establece que tiene que cumplir con ese régimen, con ese tratamiento, lo único que hay disponible es esto. Nosotros intentamos tener cierta consideración por la peculiaridad de cada caso.

Entrevistador: ¿Recuerda algún hecho o acontecimiento que pueda relatar que lo haya impactado o sorprendido?

Entrevistado: Yo no, tal vez mis compañeros sí.

Entrevistador: ¿Conoce el funcionamiento del PRISMA en Ezeiza?

Entrevistado: No, no lo conozco

Entrevistador: ¿Qué ocurre si el enfermo cumple su condena y no tienen los medios para realizar un tratamiento?

Entrevistado: Eso no solamente pasa con lo que tienen algún padecimiento mental, pasa con toda la gente que está detenida. La mayoría de la población, son personas que pertenecen a estratos sociales de muy escasos recursos y en general, no tienen recursos para nada, ni para procurar el sustento día a día, ni para ninguna otra cosa, sobre todo quienes tienen un padecimiento mental, tienen ese plus, son uno más del montón, pero a vez tienen este plus. Nosotros siempre que propiciamos un tratamiento penitenciario, lo que hacemos es realizar sugerencias al juez, porque después el juez es que dictamina, entonces sugerimos que, los organismos competentes les provean el acompañamiento y el tratamiento necesario, esas son las sugerencias. Después si los organismos, como salud mental, no los alojan, no los contienen, no los tratan, y hay probabilidades de que luego puedan llegar a reincidir en el delito.

Entrevista #2:

Entrevistador: ¿Dónde son enviados los enfermos mentales que cometen delitos?

Entrevistado: Si entendemos la figura importante dentro de la psicopatología a tomar en cuenta dentro de la cuestión judicial, hablaríamos de una psicosis, por decir que lo que interesa ahí es la capacidad de la persona de entender o no el acto que cometió, entonces lo que hace a las cuestiones de imputabilidad/inimputabilidad, en principio acá en este espacio, yo te puedo hablar de la experiencia acá. En ese sentido, se entiende que las personas que están detenidas acá no han presentado, por lo menos, previamente indicios de algún tipo de psicosis que los aleje de su capacidad de comprensión de la realidad o del código común compartido. En ese sentido, diríamos que las personas que presentan sintomatología psicótica dentro de la situación de encierro, en principio lo que

se trata de buscar es compensarlos pero eso no necesariamente se puede hacer desde acá, con los recursos que existen. Es una situación compleja porque en principio, para compensar a una persona que se psicotiza en estado de encierro, o sea el encierro definitivamente genera en cualquier subjetividad, hay personas que tienen una fragilidad, que tiene que ver con esto que te estaba diciendo un cuadro de psicosis incipiente, que hace que en situaciones de encierro se dispare. En esos casos, lo primero que tenes que pensar dependiendo del grado de desborde en un medicación psiquiátrica. Entonces lo que hace uno es tratar de realizar la derivación para que lo vea el médico psiquiatra, sin embargo, con eso no alcanza. Porque sabemos que el tratamiento optimo para una persona que esta brotada la utilización de la farmacología y también de esto, un acompañamiento terapéutico, la cuestión es que, cuando la situación es muy compleja se busca una derivación a una institución externa. En ese sentido, hemos recurrido e intentado recurrir a la unidad de servicio de salud mental del hospital y en general nos han rechazado sistemáticamente todos los intentos de derivación.

Primero lo que hacemos es informar al juzgado de la situación y hacer la derivación correspondiente pero en el Hospital por algún motivo que responde, supongo a una política institucional, no nos dan cabida, lo grave que vemos nosotros es que nos refutan los diagnósticos, o sea, ellos dicen que la persona está bien para sacárselas de encima, eso es lo que nos amarga un poco. O sea, ya es compleja y ciertamente genera indignación el hecho de saber que no hay mecanismos que permitan contener y dar tratamiento adecuado a este tipo de situaciones, pero cuando existe un respuesta posible, cuando uno hace una derivación siente que se están burlando de uno, porque en vez de decir que no lo pueden tomar por una cuestión que tiene que ver con cupos o algún tipo de criterio, por lo menos es mas loable, bueno, ellos dicen que no, que la persona está bien, cuando realmente se trata de una persona que esta delirando y uno ya no tiene dudas. Además, los propios compañeros de pabellón, te lo dicen los celadores dicen: "no este es un loco, lo dejan solo", ni siquiera hace falta un criterio profesional como para saber que la persona realmente está teniendo producciones sintomatológicas con el delirio, las alucinaciones, cuando hablan solos.

Entrevistador: ¿Qué sucede con los que son declarados inimputables en la provincia de Rio Negro?

Entrevistado: Mira, entiendo que la ley de desmanicomialización, ha implicado una alternativa a lo que son los psiquiátricos, neuropsiquiátricos y que existe en el papel por lo

menos y en el ideal, esta cuestión de no encerrarlos pero que existan instituciones de contención y estas casas de medio camino que no cierren la posibilidad al padeciente mental de permanecer con cierto contacto con el medio social y familiar. Te mentiría si dijera que sé cómo funciona, pero al parecer por ciertos casos que han tenido resonancia donde han quedado realmente muy desprotegidos por falta de recursos, hay personas que han terminado en suicidio, situaciones en las que se han agravado quizás la situación, la verdad es que creo que no hay mucha posibilidad en contención si no es en una institución, digo.. El espíritu de la ley de desmanicomialización perfecto, lo podemos compartir, ahora si vamos a lo tangible a lo concreto, la capacidad institucional yo no sé realmente si ese mecanismo creo que no funciona y como alternativas en algún punto están como aislados estos psiquiátricos como en algún momento... bueno todavía funciona "Valle Sereno" que, ¿que sería en todo caso? Un centro de internación de personas que padecen mentalmente tiene patologías mentales o psiquiátricas llámalas como quieras pero, no deja de funcionar como un psiquiátrico.

Entrevistador: Nombrabas la ley de desmanicomialización ¿Crees que la aplicación de la ley hizo que también se trasladaran los enfermos mentales a las cárceles?

Entrevistado: Em., es probable, no sé si realmente es así porque vamos a decir si, si la justicia uno supone que hace bien su trabajo debiera poder establecer que la persona al momento de cometer el delito comprendía o no sus actos eso depende justamente de su estado mental. Para el caso se sobreentiende que si la persona no entendía no debería haber sido juzgada y en todo caso si derivada a un centro correspondiente, que no sabría decirte hoy cual es ese centro correspondiente.

Entrevistador: ¿Considera usted que la cárcel es el lugar adecuado para las personas que padecen enfermedades mentales? ¿Por qué?

Entrevistado: No, definitivamente no. Agrava las condiciones, las condiciones de detención para una persona, vamos a decir si hablamos de cierta "normalidad", podríamos hablar de la neurosis dentro de ese margen de "normalidad", hay muchos aspectos neuróticos acá dentro que son los que supuestamente tienen una cierta estabilidad y pueden comprender y compartir un código en común e interpretar la realidad de acuerdo a esos códigos, definitivamente acá pueden alterarse esas subjetividades al punto de por ejemplo, cometer actos de autolesiones, llegar a pensar en el suicidio, digamos eso para personas que consideramos dentro de la "normalidad" o incluso esta agresión hacia

afuera, esto sucede todo el tiempo en los pabellones. Si estas condiciones de detención generan en una persona normal todas estas cuestiones que te estoy diciendo esta agresión de extrema violencia volcada hacia afuera o hacia adentro de la manera que sea, obviamente en una persona más frágil mentalmente la termina por desbordar y descompensar, cualquier forma.

Entrevistador: ¿Cuál que debería ser el lugar para los enfermos mentales que cometen delitos?

Entrevistado: Emm... entendería yo que se trata de una persona que fue juzgada, encontrada culpable, que se la condenó y que en algún momento tuvo un brote psicótico o podemos hablar de una depresión severa, estado de melancolía no sé cómo llamarlo, digamos situaciones donde la persona está por fuera de los marcos de la realidad compartida y está padeciendo en un punto en el cual su punto límite donde corre riesgo su vida o la de los demás. ¿Cuál debería ser el mejor lugar? Cualquier unidad de atención de salud mental como puede ser el servicio del hospital que lamentablemente no acepta las derivaciones.

Entrevistador: ¿Existe algún tipo de patrón entre el delito cometido y la enfermedad?

Entrevistado: La verdad que no te sabría responder eso, porque haber las personas que hemos identificado en el gabinete padeciendo algún tipo de psicosis indistintamente son personas que están tanto por robo, por lo más grave que podríamos pensar, un homicidio, entonces uno no puede identificar un patrón porque tampoco son tantos lo que hemos visto que sean, o en los cuales se les ha despertado una psicosis

Entrevistador: ¿Existe tratamiento en esta unidad para estas personas?

Entrevistado: No, como te estaba diciendo no existe ese tratamiento, y digamos, uno podría hacer un cierto tratamiento siempre y cuando la persona este con una atención psiquiátrica, que implica la psicofarmacología y un espacio de atención casi con una regularidad que no puede asegurarse desde acá, porque tendría que verse a esa persona digamos un par de veces a la semana por lo menos hasta que logre cierto equilibrio, pero después también debería seguir asistiendo con una regularidad o espacio terapéutico que dadas las condiciones en las que trabajamos y recursos insuficiente no es posible, por eso siempre que identificamos en un desequilibrio mental que alcance una evidente psicosis pensamos en una derivación y casi a los gritos decimos "por favor saquen a esta

persona de acá” insistimos pero no lo hay. Debería haber un pabellón en todo caso psiquiátrico acá adentro pero no existe.

Entrevistador: ¿Cómo es el comportamiento de los enfermos mentales dentro de esta unidad?

Entrevistado: Absolutamente están aislados, no aislados porque se los aislé a propósito, hay un efecto de segregación que se da dentro del mismo pabellón. Lo que te estaba diciendo, los primeros en darse cuenta son los mismos compañeros del pabellón y después los celadores también te lo dicen “esta re chapita” y se ríen, igual que se yo uno puede entender que genere cierta gracia pero cuando uno está de este lado y puede dimensionar lo que eso significa es tristísimo, es grave y bueno nada, es una persona que sufre y que no está teniendo ni de cerca la atención que debería recibir para estar un poco mejor.

Mas allá de aislarlos hay alguno que es peligroso, porque es agresivo, violento, tampoco es la generalidad de personas con trastorno de psicosis que sean agresivos, no es necesariamente así pero en el caso hay una persona que podría identificar acá, que permanece ahí segregada porque genera cierto temor de saber cómo va a reaccionar, y hay otros que también pueden interactuar un poco más un poco menos, pero nada, están ahí desconectados. Si ya el encierro implica un corte en las posibilidades de socializar, estas personas definitivamente estar doblemente alienadas.

Entrevistador: ¿Qué tipo de enfermedades hay en esta unidad?

Entrevistado: A ver, cuando yo te digo psicosis es un marco general para entender una estructura mental, una estructura subjetiva, donde no existe un elemento que les permita compartir esto que yo te decía, un código común que hace a la construcción de la realidad socialmente compartida.

Cuando uno detecta ciertos fenómenos que tienen que ver con el delirio o ciertas cuestiones que tienen que ver con un comportamiento como te decía antes, una persona habla sola. Ahí ya tenes los indicios como para entender, no hace falta ser un profesional para saber que alguien está por fuera de la realidad, y después no tenemos tampoco las instancias, ni tampoco creemos que sea necesario hacer un diagnostico tan preciso de decir, se trata de una esquizofrenia, se trata de una hebefrenia, se trata de algo mas sistematizado, una paranoia, en general son pocas las personas que padecen de psicosis acá a nuestro criterio pero no hemos profundizado, precisado de que se trata. Creo en

particular, en una de las personas que si he podido entrevistar, se trata de una esquizofrenia pero bueno, más allá de ese tipo de diagnostico, lo que si se que son personas que no son neuróticas y que están dentro de ese margen, espectro que si querés llamarlo de la psicosis.

Entrevistador: ¿Cuántos internos hay en total?

Entrevistado: Rondan los 300.

Entrevistador: Y de esos, ¿cuántos padecen una enfermedad?

Entrevistado: Como te decía, la cifra en realidad no es tan importante. Son unas 3 o 4 personas que no deberían estar acá. El porcentaje es minoritario pero definitivamente no deberían estar acá

Entrevistador: ¿Recuerda algún hecho o acontecimiento que pueda relatar que le haya impactado?

Entrevistado: Emm, bueno si, impactar, me impacto un muchacho que creo que padece una esquizofrenia. Me impacto su presentación, primero escupía en el suelo, y uno al principio cuando no conoce a la persona puede pensar que es una forma de, que se yo, confrontar, intimidar o de imponer algo de lo que se vive en los pabellones en el espacio de la entrevista, cosa que nunca pasa, después me di cuenta muy rápidamente que no se trataba de un tipo de cuestión de lugar que yo ocupaba, ni mucho menos, sino que no podía comprender bien de que se trataba la situación, no podía referirme datos fundamentales que tenían que ver con su familia, había momentos donde podía conectarme y decirme algunas cosas, podía reclamar sobre sus beneficios y otros momentos donde miraba la ventana y hablaba, y después volvía a conectarse conmigo y cuando vos estas frente a eso y sabes que no es fingido te alarma, porque es esto, es aberrante que una persona que esté en esa situación, que este atravesando esa situación psíquica este encerrada en un pabellón con estas condiciones, que ya se sabe que para cualquier preso son más que difíciles porque hay carencias de todo tipo son mencionar cuestiones que suceden a nivel apremios y violencia de parte de personal y demás, que son los mecanismos represivos y de castigo que atraviesa la cárcel, lejos de todo ese espíritu de resocialización sabemos que la cosa no es así pero que un chico con un padecimiento claro mental de esa naturaleza este acá, a mi eso me impacto. Ver ese

nivel de alienación en un lugar ya alienante. Esa sensación de “esto no tiene que pasar”. No puedo decirte más que eso.

Entrevistador: En el tratamiento penitenciario, se realizan talleres. ¿Cómo se adaptan ellos a eso?

Entrevistado: Si, creo que si podría. Una persona que está en las condiciones que te acabo de decir, no se puede adaptar a nada. ¿A qué se va a adaptar? Si su mente no.. su mente está en una realidad interior que lo separa, tiene un abismo entre él y su infierno personal digamos, y otra persona, entonces, menos se va a adaptar a una actividad grupal. Lamentablemente es así. Hay personas que si puedes decir que reconoces sintomatología grave como te estoy diciendo una persona que está deprimida con ideación suicida, hay personas que se cortan, hay veces que son cortes muy graves corre riesgo su salud, su vida, y que en algún punto, quizás asistiendo a un espacio de tratamiento, primero una persona que está en esa situación, necesita si o si un abordaje y una vez que quizás logren estar un poco mejor, obviamente en cualquier instancia de socialización grupal puede ayudar a que estén un poco mejor todavía, pero.. como te digo, una persona totalmente descompensada que delira, que habla sola, que no sabe ni donde está, no sirve de nada un espacio de esos.

Entrevistador: ¿Usted conoce el funcionamiento del PRISMA de Ezeiza?

Entrevistado: No, no conozco.

Entrevistador: ¿Qué ocurre si el enfermo cumple su condena y no tiene los medios para realizar un tratamiento?

Entrevistado: Sinceramente no lo sé. Supongo que el estado debería poder garantizar un espacio apropiado, pero como te digo, si existe el colapso, lo que fuera que hace que el sistema de salud del hospital de atención mental expulse a las personas que están acá adentro o que salen de acá, no se cual es la alternativa, no existe la alternativa. Si vamos al tema de la ley desmanicomialización, ¿Dónde están las casas de medio camino? ¿Dónde están los dispositivos de intervención por fuera de esos códigos, de ese marco de la psiquiatría clásica? ¿Cuál es realmente la alternativa? ¿Esta implementada? Me parece que no.

Entrevista #3

Entrevistador: ¿Dónde son enviados los enfermos mentales que cometen delitos en la provincia de Rio Negro?

Entrevistado: Mira te diría que a ningún lado, por justamente, a mi me está tocando atender a un chico que tiene este padecimiento mental que es la esquizofrenia, hicimos la derivación a un lugar a donde realmente pueda recibir un tratamiento psicoterapéutico psiquiátrico y en el hospital no lo recibieron. Así que en teoría el destino de ellos tendría que ser, lo que nos dijo Marina, El Borda. Porque hay un pabellón que hay interno en conflicto con la ley penal, pero acá no, a él no lo recibió el hospital, hay otro interno que lo recibió por tres meses en las casitas de medio camino que hay pero bueno en este momento estamos en este agujero.

Entrevistador: pero ¿El Borda no había cerrado?

Entrevistado: Ni El Borda ni El Moyano ni el Tobar García, eso era un proyecto de Macri que los quería cerrar y construir casas de medio camino. Pero acá te diría que no hay ningún lugar que pueda dar respuesta y el tratamiento que se les puede dar no es el adecuado porque el psiquiatra no puede garantizar que se tome la medicación, ni nada así que bueno, estamos ahí con un agujero.

Entrevistador: ¿Qué sucede con los que son declarados inimputables?

Entrevistado: No deberían estar acá

Entrevistador: Pero a lo que me refiero es cuando son declarados inimputables ¿Qué se hace con ellos acá en Rio Negro?

Entrevistado: y.. Acá en Rio Negro tendrían que recibir un tratamiento en las casas que estén por fuera de las cárceles que son las de medio camino pero no funcionan así, así que en general todos los que están condenado deberían ser inimputables y están acá, y son psicóticos, esquizofrénicos. Así que es como que hay un agujero en relación a eso, y patologías que realmente arrasan la subjetividad de las personas como es la esquizofrenia, ese chico por ejemplo se va a ir agotado y sin recibir ningún tipo de tratamiento, ¿no? Entonces eso es lo complejo.

Entrevistador: ¿Usted cree que la cárcel es un lugar adecuado para enfermos mentales que cometen delitos? ¿Por qué?

Entrevistado: No, justamente por esto que te decía antes, no se puede garantizar un tratamiento ni psicoterapéutico ni psiquiátrico, no se puede dar la contención que ellos necesitan emocionalmente. Imagínate viven con otros internos que desconocen, de patologías mentales que acá el modelo vincular que predomina es la violencia entonces ante situaciones de delirios o alucinaciones no es que los demás internos responde con contención a eso, sino que responden con agresión por eso los tienen que cambiar de pabellones para ir preservando su integridad psicofísica. Entonces es muy difícil acá dentro, no están dadas las condiciones para ellos, ni desde tratamiento, ni de un lugar de brindarle seguridad. Mas allá de que hay algunos internos que si patología hace que sean agresivos con otros que eso puede poner a los en riesgo, muchas veces esa agresión hacia los otros no está pero los otros no entienden lo que les pasa y los agreden a ellos, entonces eso genera una gran complicación. No es el lugar pensado, además los celadores, nadie está capacitado para trabajar con una persona con un padecimiento mental , entonces no es posible.

Hay otro interno que atiendo yo que él se come los lentes, entonces en enfermería dicen “no, porque él los rompe, él no los sabe usar” no es que no los sabe usar, él tiene un sufrimiento de base que le impide poder manejar estos elementos adecuadamente, ellos no lo entienden, ¿Entendés? Entonces por ahí, no tiene lentes ahora y nadie se los tramita porque él los come. Nadie entiende desde que lugar está pasando lo que le pasa. Entonces, hay un abandono de las persona.

Entrevistador: ¿Cuál cree que es el lugar adecuado para los enfermos mentales que cometen delitos?

Entrevistado: Para mi tendría que ser un lugar, una casa de medio camino funcionaria, un área del hospital que acá no hay, que los contenga, con la custodia que corresponda. Un espacio que se realmente pensado desde un dispositivo psicoterapéutico y psiquiátrico, más allá de la custodia que puedan tener, que realmente permita trabajar con la subjetividad de estas personas, que acá no se hace, porque no se tiene en cuenta lo singular, las necesidades particulares, acá es la masa organizada de un modo y no importa si alguien puede o no acoplar a eso. Sería un lugar donde realmente puedan recibir un tratamiento. Acá en Rio Negro funciona la ley de desmanicomialización, que esta buenísima esa ley, pero tiene agujeros como esto, que estos sujetos quedan al

margen. No hay un lugar donde ellos puedan estar, entonces el lugar es este que no es el apropiado entonces ahí están las complicaciones, la lucha. Encima uno manda un informe diciendo lo que ve en el Hospital como no lo reciben porque no hay lugar, la realidad es que están desbordados, ellos lo que evalúan es que esta perfecto el interno, entonces quedan dos discursos, el interno en el medio, audiencias, un montón de cuestiones que en definitiva terminan no resolviendo la situación.

Entrevistador: Recién nombrabas la ley de desmanicomialización. El hecho de que se haya aplicado ¿Puede ser que haya generado que vengan enfermos mentales a la cárcel?

Entrevistado: Y es que no hay otro lugar. No, porque no está bien aplicada en realidad, porque no está bien aplicada, porque tiene un montón de agujeros. La ley como ley, es divina y no tiene desperdicios, pero en la práctica tiene un montón de agujeros, como que no haya instituciones para internos que tengan conflicto con la ley, que tengan un padecimiento mental, eso es lo que sucede. No es que la ley género, es que el sistema no pudo aplicarla como corresponde porque todavía quedan un montón de cuestiones por resolver de instituciones que generar, de profesionales que incorporar al sistema.

Entrevistador: ¿Existe algún patrón que se repita en los enfermos mentales a la hora de la comisión de un delito?

Entrevistado: No, al menos que yo pueda dar cuenta de eso. Porque justamente lo que pasa con el padecimiento mental, es que cada uno tiene su forma, tiene su historia, y esta patología no viene de la nada misma tiene que ver con el atravesamiento que tuvo el sujeto, las instituciones por las que transito anteriormente que es la familia, la escuela si hubo, el entorno social, las necesidades, entonces cada cual responde a su historia mas allá de su patología de base ¿no? Y eso es lo que los hace singulares, y eso es lo que hace necesitar un tratamiento particular, no hay un tratamiento generalizado que se posible de aplicar a todos, cada cual necesita un dispositivo de acuerdo a sus necesidades.

Entrevistador: ¿Existe tratamiento en la unidad para estar personas?

Entrevistado: Precario, muy muy muy precario. Nosotros cuando vemos que hay alguna situación compleja los llamamos más seguido, intentamos contenerlos que eso también de algún modo “funciona”, desde el punto de vista psiquiátrico es muy precaria la

intervención que se hace porque es una consulta de 15 minutos, se indica la medicación, si no la toma no importa porque no hay nadie que garantice la adherencia a ese tratamiento, entonces más que de la contención emocional que se da desde nuestra área no hay, ni siquiera en el lugar de alojamiento, ellos no tiene confort, si se les pierde algo, se les rompe algo nunca se les repone, entonces no hay tratamiento posible, acá adentro yo creo que no .

Entrevistador: ¿En el equipo hay psiquiatras?

Entrevistado: Hay un psiquiatra, que es el que debe evaluarlos.

Entrevistador: El hecho de que no tengan un tratamiento les afecta a la enfermedad?

Entrevistado: Absolutamente porque ellos... las patologías mentales no se curan porque no son enfermedades, no son consideradas por lo menos del paradigma del psicoanálisis no se consideran enfermedades. Tiene que ver con estructuras de personalidad. Lo que puede suceder es que estos sujetos se compensen, se estabilicen en sus delirios, en sus alucinaciones ¿no? Entonces que puedan convivir con otro, eso sucede si hay un adecuado tratamiento, sino hay un adecuado tratamiento ¿Qué pasa? Todo ese bagaje de síntomas proliferan hasta que quedan muy desorganizado el sujeto, claramente eso lo inhabilita para acceder a las actividades cotidianas, o poder incorporar los actos básicos de limpieza, higiene, alimentación, que lo no pueden sostener, entonces si no hay un adecuado tratamiento no se puede garantizar la calidad de vida, y hay patologías como la esquizofrenia que te deterioran cognitivamente entonces cuando salen de acá salen arrasados completamente o sea, no hay posibilidad de que establezcan lazos con otro.

Entrevistador: ¿Cuántos enfermos mentales han pasado por nuestra unidad durante los últimos dos años?

Entrevistado: Ni idea, ahora hay como 10 en esas condiciones. Pero que uno sabe, tampoco es que tenés permanentemente contacto con todos los internos que son como 300. Nosotros tenemos dividido 100 cada uno. Yo todavía no los conozco a todos, entonces bueno habrá distintas patologías. Además la psicosis, esquizofrenia y demás son las más evidentes. La depresión es otra y bueno no se detecta tan fácilmente.

Entrevistador: ¿Cómo es el comportamiento de los enfermos mentales dentro de la unidad?

Entrevistado: Y depende, depende de cada interno y de la patología que tenga, generalmente es desorganizada algunos, otros están mas aplacados y duermen todo el día, eso varía de acuerdo a cada sujeto en particular, no hay como un patrón de comportamiento, como te decía hay quienes se comen lo lentos, otra que grita y ve reinas y reyes y quiere que todos vayan con él a ese lugar, otro que duerme abajo de la cama todo el día, va variando.

Entrevistador: Recuerda algún hecho o acontecimiento que pueda relatar que lo haya impactado

Entrevistado: A mí me impacta, no de los internos. Me impacta las fallas del sistema, como por ejemplo esto de enviar al hospital, de evaluar a un interno para que pueda acceder a la internación del hospital y que ellos digan que no, que está perfecto, cuando es una persona que esta alucinada, que está cursando un delirio eso me impacta más que la locura misma, la locura es parte del otro. Las fallas del sistema si me impacta mas.

Entrevistador: Dentro del tratamiento penitenciario hay diferentes actividades ¿ellos se adaptan a esas actividades?

Entrevistado: Depende cuales, depende en que pabellón estén, porque no todos los pabellones tienen acceso a todas las actividades que hay acá en la unidad. Dependiendo del pabellón pueden tener acceso a la escuela, talleres socioeducativos y si están bien encuadrados, si ellos están compensados en ese momento pueden transitarlas sin problemas pero todo depende del estado que ellos estén a ese momento. Habrá veces que pueden y otra veces que no.

Entrevistador: ¿Qué obstáculos presentan a la hora que un enfermo mental se encuentre en la cárcel?

Entrevistado: No hay un dispositivo externo que de contención a ellos, conociendo que acá adentro a ellos no se puede tratar

Entrevistador: ¿Usted conoce el funcionamiento del PRISMA en Ezeiza?

Entrevistado: No. Lo he escuchado nombrar pero no lo conozco en profundidad

Entrevistador: ¿Qué ocurre si el enfermo mental cumple su condena y no tiene los medios para realizar un tratamiento?

Entrevistado: Nada, y si porque lo único que tiene como tratamiento fuera de acá es el hospital y si el hospital no lo contiene queda sin tratamiento. Nosotros mientras esta acá tratamos de darle toda la contención posible que se puede desde lo psicoterapéutico pero una vez que agota la pena ya pierde el contacto con nosotros. Y puede reincidir, en algunos es esperable que eso suceda y bueno, en otros se verá que pueden hacer pero la reincidencia si el comportamiento no está compensado es lo esperable.

Entrevistador: De lo anterior, ¿vos tenés 10 internos o en total de la población hay 10?

Entrevistado: No, yo tengo 10. Pero para sacar un porcentaje es difícil porque ellos van transitando por diferentes etapas a lo largo del proceso de prisionalización por ahí hay sujetos que se descompensan en el medio del proceso y entonces no que al principio no estaban catalogados con el padecimiento mental y luego lo están, asique es como muy relativo. La depresión también es una patología, y que como no molestan no se dan a conocer, el tema acá es que se hacen visibles cuando molestan, cuando generan conflictos con otros internos. Entonces ahí vienen todos, ¿Qué hacemos con esto? Pero en realidad puede haber un montón de personas con distintas patologías. Existen y están, y lo largo del proceso pueden desarrollarse distintas patologías, que no solo es la psicosis y la esquizofrenia sino también la depresión ha generado suicidios también y eso hay que contemplarlo como una patología mental. Hay 12 mujeres en otro pabellón de las cuales yo tengo una, que tiene antecedentes de suicidio y también tengo entendido, que había otra que tiene ideas suicidas muy activas.