

# Desafíos de una Práctica Transformadora dentro de la Política Penal

Programa de Evaluación y Tratamiento a Personas con Sufrimiento Mental en Contexto de Encierro







# Desafíos de una Práctica Transformadora dentro de la Política Penal



Programa de Evaluación y Tratamiento  
a personas con Sufrimiento Mental  
en Contexto de Encierro



## AUTORIDADES



**PRESIDENCIA DE LA NACIÓN**  
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

**MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS**  
Dr. Julio Alak

**SECRETARÍA DE JUSTICIA**  
Dr. Julián Álvarez



# PRÓLOGO

JULIÁN ÁLVAREZ<sup>(1)</sup>



La presente obra refleja la actividad que viene desarrollando el Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) y que se enmarca en una política pública inspirada en una doble perspectiva: el respeto a los Derechos Humanos y el cuidado de la Salud Mental de las personas que se encuentran privadas de su libertad en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal.

En ese marco, el PRISMA fue creado y presentado en sociedad en el mes de julio de 2011, por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, enmarcándose en la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) que, comprometida de manera seria e inteligente con los derechos humanos, se propone profundizar y avanzar en la producción de condiciones que garanticen la promoción, protección, preservación y mejoramiento de la salud mental de las personas privadas de la libertad.

De esta manera, el Estado argentino volvió a estar presente en los sectores que habían sido históricamente vulnerados, haciendo posible la restitución de los derechos elementales de la sociedad.

Así es que surge esta publicación, integrando el nuevo paradigma de salud mental en los establecimientos penitenciarios sumándose al marco firmemente impulsado por el Gobierno Nacional desde el año 2003, de una salud integral respetuosa de los Derechos Humanos y ajustada a los parámetros internacionales.

---

(1) Secretario de Justicia de la Nación.





## ÍNDICE



Acerca de nuestro Programa.....	p. 1
Presentación General del Programa .....	p. 3
Programa de Evaluación y Tratamiento del sujeto con padecimiento mental grave en contexto de encierro.....	p. 13
Guardia .....	p. 27
Mediación .....	p. 31
Supervisiones clínicas interdisciplinarias .....	p. 33
Ateneos .....	p. 37
Docencia e Investigación .....	p. 39
Articulación del Programa con personal del Servicio Penitenciario Federal.....	p. 41
Área Sociocultural. Presentación y fundamentación de los Talleres grupales .....	p. 45
Asambleas .....	p. 67
Algunas de las actividades desarrolladas en el Programa .....	p. 71
Consideraciones finales.....	p. 75



# Acercas de nuestro Programa



## Introducción

Este programa surge como un desafío, como un sueño de que alguna vez al menos, un lugar de la cárcel sea un lugar habitable, un lugar de reconocimiento subjetivo, un lugar de escucha, un lugar con condiciones que hagan vivible una vida. La vida exige condiciones para llegar a convertirse en una vida digna. Algunas de ellas tienen que ver con cómo somos mirados, tratados, escuchados y considerados.

Nuestras obligaciones surgen de la idea de que no puede haber una vida vivible sin condiciones sostenedoras y que esas condiciones son, a la vez, una responsabilidad política y materia de nuestras decisiones éticas más difíciles.

Dedicamos nuestro programa a todas aquellas personas detenidas que sufren, que adolecen la falta de redes de apoyo, sociales, económicas y están expuestos a los daños, la enfermedad, la violencia y la muerte.

Queremos dedicar este texto a todos aquellos que, como los que llevamos adelante este programa, son capaces de pensar de manera distinta la cárcel, capaces de acercarse al sufrimiento, de escuchar historias de vida y de muerte, haciéndose receptores del dolor, la humillación, la añoranza, la rabia y el resentimiento. Generar así, a través de esta escucha, que el otro sienta alivio a su sufrimiento. Y que, tal vez, estén dispuestos a que esto les deje una huella.

Este texto no es la obra de un solo autor, contiene la experiencia sentida y vivida de todos los que trabajamos allí, es una articulación de todo lo que hemos aprendido a hacer en estos años. Hemos aprendido en comunidad,

mirando, escuchando a otros, discutiendo, reflexionando e intentando construir un marco de referencia para nuestro trabajo.

Esperamos que sea inspirador para todos aquellos que, como nosotros, crean que hay realidades que se pueden cambiar, para todos aquellos que quieran introducir un cambio en lugares que se presentan como difíciles o imposibles de ser pensados de otra manera.

*Lic. Jessica Muniello*

*Coordinadora del Programa Interministerial  
de Salud Mental Argentino (PRISMA).*

# Presentación General del Programa

## Lineamientos teóricos. Conceptos generales



Nos gustaría transmitir nuestra experiencia en relación a todo un proceso que da cuenta y es parte de un movimiento más amplio, por el cual el Estado lleva adelante una política de restitución de derechos a las poblaciones que han sido históricamente vulneradas y que, en el caso donde nos toca participar, es aquella zona en la cual la cuestión del padecimiento mental se superpone con la jurídica y punitiva.

Este proceso tiene dos grandes momentos: la creación, en el año 2007, del “Programa Nacional de Atención al Interno con Enfermedad Mental Grave”, que se implementó a partir de las denuncias de distintos organismos de derechos humanos, que nos informaban sobre las condiciones indignas y de completa vulneración de derechos que sufrían las personas alojadas en la Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal (SPF) y que se constituyó, a modo de intervención, en esa vieja Unidad; y, por otro lado, un segundo momento, a partir de la creación en el año 2011 del “Programa Interministerial de Salud Mental Argentino” (PRISMA).

Nos parece interesante retomar algunas de las cuestiones que se encuentran volcadas en los informes que dieran lugar a la intervención del año 2007 porque, en parte, reflejan algunas de las aristas sobre las cuales hemos intervenido y debemos seguir interviniendo.

Todo el conglomerado de prácticas e ideas que aparecen denunciadas en aquellos documentos de derechos humanos es lo que habitualmente se

conoce como “Diagrama Peligrosista”. Del análisis realizado, en relación a las prácticas que anteceden a la intervención, se puede deducir que existía una tradición histórica y antigua que hacía pasar el castigo por tratamiento.

Esto nos indica que debemos ser muy cuidadosos de diferenciar la función punitiva del castigo y la dimensión terapéutica, de la clínica. Esto no es algo que se resuelva de una vez y para siempre, es parte de los desafíos diarios que debemos enfrentar.

Nuestro equipo de profesionales sostiene que el tratamiento clínico es siempre el tratamiento del sufrimiento, del dolor, y el padecimiento que alguien porta. Entonces ahí, donde castigo y tratamiento funcionaban, indiferenciadamente, al servicio del ejercicio de algo que no puede ser otra cosa que tortura, nuestra tarea consiste en diferenciar la lógica del sufrimiento, con la lógica de los mecanismos de regulación intersubjetiva, encontrar su articulación, y promover modalidades de co-existencia que, lejos de producir la dominación de unos por otros, sea un terreno para que cada uno pueda desplegarse. Hoy en día, sigue siendo uno de nuestros grandes desafíos el de coordinar la dimensión de la seguridad con la dimensión clínica.

El punto de la denunciada violencia institucional en la ex Unidad 20, su significación, la lógica de su funcionamiento y sus efectos, es otra de las situaciones que nos dieron, por un lado, entrada como civiles en el establecimiento, que definieron nuestro proyecto en el origen y que, por otro lado, sigue siendo un ámbito de incumbencia para nosotros. En definitiva, el trasfondo de lo que está en juego es la definición de **qué es la autoridad y cómo se ejerce**.

Ciertas formas de violencia, como las duchas de bienvenida y otros tantos modos de suscitar miedo y temor en los pacientes, eran llevados a cabo con el objetivo de que los pacientes aceptaran y fueran dóciles en el trato. Hoy por hoy, la revisión de estas prácticas ha llevado a concluir que la instauración del miedo como técnica y motor del cambio, es poco eficaz. La idea de que uno aprende porque es castigado, ¿no habrá que rendirse a la evidencia de que tal noción es en todo sentido insuficiente?; por ejemplo, puede que alguien adquiera miedo a hacer tal o cual cosa, pero eso no significa que adquirió un saber, mucho menos que avanzó en la constitución de su autonomía, todo lo contrario, aprendió a obedecer por miedo, y a ver así, disminuida su libertad (libertad de pensar, de hacer su

propia experiencia) en beneficio de su sufrimiento. Hemos entristecido a alguien, lo hemos resentido. Por otra parte, cuando desaparece el miedo o se hace menos presente, la modificación o la supuesta conducta aprendida, la obediencia o lo que sea tiende a desaparecer. Además, lo que se ha logrado en parte, a nivel de la estructura psíquica de un sujeto, es que aumente su odio y su resentimiento.

Otro de los puntos que destacan los informes de los organismos de derechos humanos es que la mayoría de los detenidos en la Unidad 20 carecían totalmente de un seguimiento judicial apropiado.

Esto nos indica el nivel de complicidad que había desde varias agencias del Estado, empezando por las defensorías y los juzgados en lo que respecta a la violencia que se ejercía sobre las personas que estaban ahí alojadas; situación que favorecía la fabricación de un verdadero depósito social. Uno tiende rápidamente a asociar violencia con violencia física, pero queda claro que hay muchas formas de violencia, y una de ellas, que funciona silenciosamente, es el ejercicio de violencia que hay en el hecho de abandonar a alguien y dejarlo por fuera de los resortes judiciales.

Depositado en una unidad penitenciaria, y sin brindarle los lazos con los funcionarios exteriores que debieran velar por el respeto de su integridad, sus derechos y garantías. Existe toda una violencia que consiste en quedar marginado, estar por fuera, ser invisible a los mecanismos que supuestamente regulan y aseguran que todo individuo que vive en sociedad sea tratado como un ciudadano.

Se puede pensar que cuando uno queda por fuera de esos mecanismos empieza a pertenecer a una categoría social que está por debajo de la de ciudadano.

Esta situación de hecho y que ha sido denunciada innumerables veces, sienta un terreno de injusticia y violación de derechos humanos por las agencias del Estado que, se supone, debieran cuidarnos. Situación que, lejos de favorecer la salud mental de alguien, la empeoran. Por eso, el trabajo de hacer que las agencias que debieran velar por los derechos de los individuos, efectivamente lo hagan, es parte de nuestra tarea y es una parte crucial en la generación de un ambiente en el cual lo mínimo sea una exigencia.

Existe además de la violencia física y las torturas que efectivamente se producían y de esta otra violencia administrativa, una violencia social, un



estigma que pesa sobre las personas que han sido puestas a disposición de la justicia, pero sobre las cuales además pesa el estigma de la locura.

En este sentido los informes de los organismos de derechos humanos hablan de la total ausencia de estrategias de reinserción tanto para las personas que cumplían su condena como para aquellas que por estar cumpliendo con una medida de seguridad estaban destinadas a la entonces Unidad 20. Este es quizá uno de los desafíos más fuertes, porque más allá de la voluntad social existe toda la dificultad a la hora de pensar en aquellas formas de vida que no se van a adaptar nunca a las exigencias del mercado laboral y que en parte están destinadas a ocupar espacios que son siempre un poco marginales. Y quedan en este frente una serie de desafíos: por un lado de qué manera acompañar a estas personas en sus dificultades en el exterior; por el otro de qué manera favorecer a que se concreten las condiciones materiales necesarias para que alguien pueda existir de otra manera que no sea teniendo que recurrir a la violencia o la delincuencia; y también de qué modo aceptar que haya existencias que son para nosotros raras y que por lo tanto no están dispuestas a vivir de acuerdo a nuestra perspectiva del mundo y que sin embargo no implican ningún peligro ni amenaza social. Aceptar que pretender que ellos se vuelvan parecidos a nosotros es imposible, y que cuando las políticas públicas se proponen eso, fracasan sistemáticamente: pero porque el objetivo es erróneo. Entonces este es un desafío que está ligado a cómo nos vinculamos con la diferencia y aprendemos a co-existir.

Todo este trabajo de aprender a convivir con la diferencia, con modos de vida que difieren esencialmente del nuestro, implica que nuestro trabajo no consiste solo en cambiar a toda la cultura penitenciaria, hay que estar dispuesto también a hacer un trabajo de apertura que en conexión con los otros favorezca que uno mismo salga transformado y que sienta, piense, y actúe atendiendo a situaciones específicas y locales y no según reglas abstractas y mecanizadas

Este conjunto de hábitos y situaciones típicas en lo que respecta a la administración de la justicia y las penas privativas de la libertad y que se caracteriza por ejercer una violencia física, simbólica y administrativa sistemáticamente sobre cierta franja de la población que suele ser la que está por fuera del mercado del consumo y la producción y expulsa a ámbitos donde faltan totalmente las garantías del Estado es lo que identifica al diagrama peligrosista.

Llegamos a la unidad 20, como parte de una política de Acceso a la Justicia, en tanto herramienta capaz de englobar todas las perspectivas posibles en la lucha por la vigencia efectiva de todos los derechos consagrados constitucionalmente. Y podemos afirmar que no basta con el reconocimiento de los derechos, ese acto es apenas el comienzo de un proceso de conquista de su goce efectivo, pleno y real que continua en la actualidad; que implica la transformación de toda la cultura institucional, los hábitos y las prácticas que sostienen materialmente la exclusión.

Las personas que se encuentran atravesando un cuadro de sufrimiento mental límite, han sido invisibles y marginadas de las garantías de ejercicio de sus derechos fundamentales. Conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, fragilidad e impotencia y abandono y un grupo de riesgo con "debilidad jurídica estructural", lo que conlleva la necesidad de una protección especial de parte del derecho y del sistema judicial en su conjunto. Llegamos para restituir juricidad, favorecer o facilitar procesos de subjetivación.

Este proceso sentó los principios teóricos, éticos y la orientación y horizonte que dota de sentido a nuestra actividad. Definió el ámbito conceptual, institucional e histórico al interior del cual deberíamos inscribirnos y que debíamos transformar.

**Son muchos los ámbitos sobre los cuales estamos llamados a intervenir.** Pero la realidad es que en la práctica no se incide sobre todo a la vez y no se cambia todo. Si hubiésemos pretendido hacer eso ya nos habríamos desilusionado hace rato. Se interviene sobre situaciones que están al alcance de nuestras posibilidades, y eso implica todo un campo de decisiones estratégicas en las que se evalúa sobre qué sí y sobre qué no estamos en condiciones de intervenir, qué conviene, qué podemos hacer en cada una de las situaciones que se nos van presentando.

Este programa se conforma como la primera experiencia de inserción de profesionales civiles del ámbito de la salud mental y los derechos humanos dentro de una unidad del Servicio Penitenciario Federal, y da lugar al segundo momento de este proceso, que es la creación del Programa PRISMA.

El Programa Interministerial de Salud Mental Argentino (PRISMA) fue lanzado en el mes de julio del 2011 por la presidenta Cristina Fernández de Kirchner, y se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, iniciativa que se ajusta a los parámetros internacionales que desaconsejan la aten-

ción de la salud mental a través de métodos que fomenten el estigma y el aislamiento. Tiene el objetivo de abordar la problemática en salud mental de aquellas mujeres y hombres alojados en establecimientos penitenciarios federales.

Ha sido creado a los fines de dar una respuesta sistemática al problema de lo que vamos a llamar “cuadros de sufrimiento mental límite al interior de la prisión”.

Pero ésta es sólo una arista del problema, porque el sufrimiento mental en el caso de la cárcel es indisoluble de toda la cultura penitenciaria y de la realidad de una institución donde la violencia está tan presente. Y si bien hay factores individuales que favorecen la presencia de sufrimiento, lo cierto es que hay muchos factores contextuales, sociales, institucionales que la producen y la intensifican de igual manera. Situaciones de estrés prolongadas tienen un efecto sobre cualquier individuo por eso este Programa tiene una doble orientación: brindar la mejor atención a individuos que han sido privados de su libertad y cursan formas agudas de sufrimiento mental, al tiempo que capitalizar nuestra intervención para promover una transformación cultural que apunte a la constitución de un ámbito cada vez más atento al respeto de los derechos humanos.

Esta doble orientación en la que nosotros veníamos trabajando es parte de toda una discusión bastante actual en materia de Salud Mental que hoy se expresa y se materializa en la sanción de la Ley de Salud Mental, que en el art. 3° reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada con la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En la ley se dice que la salud mental es un proceso, este punto es crucial e importante porque encierra toda una cosmovisión acerca de las acciones sociales. Eso significa que la salud mental no es tanto un estado al que se llega sino un ejercicio y un proceso, casi una actitud se podría decir. El ejercicio de la salud mental es un movimiento antes que un ideal o un punto de llegada, antes que una promesa que vendrá al fin de una serie de acciones, es la posibilidad de pensar en cada situación cómo disminuir el dolor y el padecimiento, y cómo abrir, en ese movimiento, nuevas posibilidades de vida social y comunitaria y nuevas posibilidades de existencia

para los individuos. En este sentido, la Salud Mental atañe tanto a la cuestión del individuo como a la modalidad bajo la cual los sujetos entramos en relación los unos con los otros y, en este sentido, podría decirse que la cuestión de la Salud Mental exige, si uno toma en serio sus principios, ensayar nuevas formas de vida comunitarias y políticas.

Estas son las grandes coordenadas que el proyecto se ha dado a sí mismo para enmarcar el espíritu y las líneas de trabajo.

## 1. Ley de Salud Mental y el nuevo escenario

Trabajar la cuestión de la Salud Mental desde la perspectiva de la nueva ley 26.657, es todo un desafío porque además de entender lo que dice explícitamente la ley, hay que hacer algunas lecturas entre líneas para poder derivar y sacar todas las consecuencias de la ley tanto a nivel teórico, como también a los fines de que pueda servir de brújula y orientación al momento de estar ejerciendo desde la función que a cada uno le toque desempeñar. Además, esta ley tiene una consecuencia a nivel de nuestra sociedad también, de cómo entendemos el lugar que se le da a la locura y qué política se tiene que llevar adelante con las personas que padecen algún tipo de sufrimiento mental.

En los últimos doscientos años, lo que constituyó la experiencia por excelencia de la locura fue la internación; y las internaciones muchas veces eran eternas. Y, de algún modo, para responder a esta tendencia a marginar e internar la locura, es que se ha sancionado la nueva Ley de Salud Mental.

Citamos uno de los artículos donde está más claramente definido su espíritu:

**“Definición: ARTÍCULO 3°-** En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

La ley no habla ni de **locura** ni de **enfermedad**, habla de **salud mental**. Esto tiene por primera ventaja no dividir y distribuir a las personas según sean “normales” o “locos” sino hacer de la Salud Mental un ámbito que nos define a cada uno de nosotros; una dimensión de la existencia humana, y una dimensión de nuestra vida que no se reduce a un problema orgánico, biológico e individual, ni que define nuestra esencia como personas.

Además, dice explícitamente que nuestra salud mental, la de todos nosotros, está en directa relación con la realidad social en la que vivimos, con la posibilidad de que se nos brinden las condiciones mínimas que nos hacen ciudadanos. Eso lo dice en la medida que asume que el respeto por los derechos humanos es una condición interna de la salud mental.

Relacionado a esto, el acento está puesto en un eje que no es el de normal/patológico, sino en el de bienestar/sufrimiento. Cambió todo, al punto que uno podría decir que alguien podría estar inmerso en su peor delirio, pero si no está sufriendo, si no está padeciendo, si este delirio no le trae problemas y logra integrarlo a una vida que para él es vivible, no habría razones para tratarlo, y menos todavía para internarlo. Por el contrario, la nueva ley abre un nuevo escenario en el que alguien podría decir ser la persona más normal del mundo y, sin embargo, padecer enormemente.

Lo antedicho introduce otra diferencia muy importante, entre poner el acento en la normalidad y el sufrimiento. La normalidad implica que hay una persona que está autorizada a decir quién es y quién no es normal. Una suerte de "juez del alma humana" que puede decidir a partir de dónde y cuándo poner el límite entre lo normal y anormal. Al fin y al cabo, podría decirse que el único que puede decir y medir nuestra naturaleza es Dios. En cambio, en el sufrimiento, que es un afecto, un sentimiento, hay un llamado hacia el afuera, una invitación, un pedido, una demanda que pide conectarse con otro.

Y, si bien es cierto que existen los diagnósticos, éstos sirven siempre y cuando sean una brújula, un modo de orientar el tratamiento del dolor. Cuando hacer un diagnóstico se vuelve una finalidad en sí misma, la idea de tratamiento del sufrimiento se empieza a desvirtuar puesto que si no es para pensar un tratamiento posible, de qué podría servir un diagnóstico.

Ahora, cuando la perspectiva está puesta en el sufrimiento, se presenta ante nosotros todo un trabajo para hacer, para poder ir analizando los distintos elementos que están en la base y determinan ese sufrimiento, porque, en definitiva, no se puede saber de antemano de qué sufre alguien.

Esto es particularmente interesante en el caso de la cárcel, porque hay muchos factores que pueden estar incidiendo y hay todo un trabajo para hacer y poder discriminar de qué se trata en cada caso.

Si alguien, por ejemplo, viene pidiendo que se le brinde y respete un derecho, que, por cierto, le corresponde, y no se le da lugar y sólo se

lo acaba por atender cuando esa persona atenta contra su vida; y, por ejemplo, se corta y después se lo deriva porque tiene un problema mental, ahí se visibiliza un problema. Hay cierto funcionamiento institucional que es en sí enloquecedor y que estaría quedando oculto, detrás de la presuposición de que si alguien se corta es porque hay un problema en él o que está loco.

Hay dentro del sufrimiento no sólo un llamado a los otros, sino también un llamado a transformar la situación actual. Hay necesariamente un vector dirigido a construir formas nuevas de vivir en uno y con los otros. Y hay también una determinación inmanente, singular que tiene que ver específicamente con la vida de cada uno, que no puede ser captada antes de que exista todo un trabajo orientado a desplegar los elementos que en ese caso determinan el padecimiento.

Ahora bien, si uno se enfoca en esta perspectiva está claro que no hay objetivos de antemano para cada caso, porque por aticipado no se puede saber. Entonces, no es la función de los profesionales de la salud mental hacer que alguien haga o deje de hacer ciertas cosas. Y aquí es donde se vuelve interesante la diferencia entre el tratamiento penitenciario y el tratamiento en salud mental.

El primero busca que alguien deje de delinquir y el segundo apunta a disminuir el sufrimiento mental. Podría suceder que alguien que se replantea su vida en el seno de un tratamiento en salud mental y que quiere vivir de otra manera porque entiende que estar preso lo aleja de seres queridos, porque quiere ser un padre distinto del que fueron con él, pueda hacer un movimiento por el cual, privilegiando los afectos, deja entonces de delinquir. Pero pasa como un efecto derivado, no como el objetivo principal del tratamiento.

Se trata de que el sufrimiento de un individuo sea la ocasión para que alguien pueda revisar el modo en que históricamente ha estado viviendo. No se trata de garantizar que va a cambiar, se trata de que tenga la oportunidad de repensarse y pensar modos alternativos de vida; porque, no necesariamente alcanza con cambiar las condiciones ambientales para que el sufrimiento mental desaparezca, ayuda y es parte de ese gran ámbito que es la Salud Mental, pero también hay mecanismos psíquicos propios que juegan un papel nuclear en la perpetuación del sufrimiento y sobre esto también hay que trabajar.





# Programa de Evaluación y Tratamiento del sujeto con padecimiento mental grave en contexto de encierro

## Ejes de atención, estrategias de intervención



### 1. Evaluación de pacientes para admisión al Programa

El Dispositivo de Evaluación del Programa está conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales de salud mental que permite que los exámenes que se realizan adopten una visión global de la problemática, tanto desde el punto de vista psiquiátrico-psicológico, neurocognitivo como psicosocial.

El objetivo del Dispositivo de Evaluación es determinar si una persona privada de su libertad debe ser internada en el dispositivo de tratamiento, en función del art. 16 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, el cual establece que:

“Toda disposición de internación (...) debe cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma



de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra”.

De esta manera, se busca que la internación, ya sea voluntaria o involuntaria, sea indicada únicamente por profesionales de salud mental como el último recurso terapéutico disponible.

La Sala de Evaluación, Diagnóstico y Estabilización (SEDE) se encuentra ubicada en el ala norte del Hospital Penitenciario Central (HPC) del Complejo Penitenciario Federal N° I de Ezeiza (CPF I).

El SEDE cuenta con dos salas; una de tres camas y otra de dos camas, ambas diseñadas de tal forma que permiten la monitorización de las personas alojadas mediante video filmación y Cámara Gesell.

El trabajo del equipo no se limita al examen de admisión o rechazo de los derivados. Durante el tiempo de estadía en el SEDE se realiza un abordaje interdisciplinario con el fin de realizar una evaluación integral de la problemática que pueda existir. Como resultado de la intervención surge un informe en el cual se indica si el caso requiere el ingreso al dispositivo de tratamiento, el reingreso a su unidad de origen o si existe algún motivo relevante para indicar el alojamiento en un nuevo espacio.

El objetivo del SEDE es evaluar y discriminar las problemáticas estrictamente inherentes a la salud mental, pero también intervenir en los conflictos institucionales, sociales y familiares, adoptando una concepción amplia de salud y vehiculizando soluciones para dichos malestares.

En el trabajo cotidiano se presentan diversas situaciones con personas que atraviesan problemas de convivencia con otros internos, conflictos con personal del SPF o demanda de tratamiento para adicciones. En esos casos, la intervención de este dispositivo contempla la evaluación del conflicto y la articulación con nuevos módulos de alojamiento o programas de tratamiento que posea el SPF para la inclusión del evaluado en los mismos.

También ha sido necesario intervenir y denunciar eventos en los cuales la violación a los derechos humanos de las personas privadas de la libertad, se han querido disfrazar con la “patologización” o “psiquiatrización” de los problemas. Como ejemplo de esto se pueden mencionar excesos del personal de seguridad del SPF que han querido ser enmascarados con diagnósticos psiquiátricos de las víctimas, etiquetadas de “episodios de

excitación psicomotriz” o “intentos de suicidio”, cuando en realidad estas manifestaciones sólo tenían como finalidad el pedido de ayuda para el cese de la violencia.

El dispositivo de evaluación se enmarca dentro de una visión amplia de derechos humanos, donde la salud mental es una parte inherente de éstos, lo que toma relevancia en función del estado de vulnerabilidad de la población a la cual se asiste.

Por ese motivo, en los casos donde el evaluado no ingresa al dispositivo de tratamiento, se realiza un abordaje individual a fin de intentar trabajar sobre los eventos que motivaron su derivación.

El evaluado egresa del SEDE en todos los casos con un tratamiento propuesto para evitar futuras descompensaciones que incluye el abordaje de problemáticas sociales o institucionales en los casos donde sea necesario.

**Esto quiere decir que, en todos los casos, el interno/paciente es derivado una vez acontecida su estabilización y compensación.**

### *1.1. Características de la evaluación*

La evaluación tiene carácter longitudinal. El examen no se recorta transversalmente, se valora la evolución del paciente, la respuesta al tratamiento propuesto y los recursos de afrontamiento que posee de acuerdo a la problemática que presente.

En todos los casos es de carácter interdisciplinario y se vale en las circunstancias que se haga necesario, de instrumentos estandarizados de evaluación para objetivar los resultados.

Al contar con un lugar propicio para la realización de las evaluaciones, se pueden administrar a los evaluados pruebas de CI (cociente intelectual) cuando existan dudas de retraso mental; pruebas neurocognitivas para valorar impulsividad, funciones ejecutivas, atención, deterioro cognitivo por consumo de drogas o cualquier otra función de interés para conocer el grado de funcionamiento o deterioro del evaluado.

Lo mismo sucede con la administración de escalas, útiles para complementar el diagnóstico clínico para trastornos del humor, de ansiedad, de personalidad, de psicosis o de riesgo de suicidio. El uso de instrumentos diagnósticos junto a la entrevista clínica garantiza la homogeneidad de criterios interevaluadores y disminuye el riesgo en comisión de errores.

Sobre el tiempo de respuesta de la evaluación podemos agregar que el interno/paciente es atendido sin dilataciones luego del pedido de evaluación. El primer contacto con la persona derivada no sobrepasa las 24 hs. y la demora en la respuesta mediante el informe interdisciplinario, en términos generales, se realiza dentro de las 24 hs. a 72 hs. según la complejidad del caso.

## **1.2. Justificación**

En la mayoría de los complejos casos evaluados para el ingreso al dispositivo de tratamiento, los examinados presentan conflictos de diversa índole que se magnifican en personalidades con baja tolerancia a la frustración, baja capacidad de inhibición y una alta tendencia a la acción.

Ese universo de población no puede ser privado de la atención necesaria para su estabilización por el hecho de no cumplir con los criterios de ingreso al Dispositivo.

La inclusión del SEDE como un dispositivo superador al trabajo neto de la evaluación permite la realización de abordajes más completos y exhaustivos, que tienden al tratamiento breve y focalizado del paciente con el objeto de lograr su estabilización previa a la derivación.

Para concluir, se puede sintetizar sosteniendo que el SEDE cuenta con dos funciones principales. La primera es generar un espacio terapéutico y de tratamiento para los pacientes psiquiátricos graves que son alojados, respetando la homogeneidad de los diagnósticos para preservar un espacio de atención en salud mental que esté libre de conflictivas carcelaria e institucional, emulando un espacio hospitalario, como los pacientes allí tratados necesitan y merecen.

El segundo objetivo es no mirar para el costado en las necesidades que aparecen en las derivaciones de sujetos sin patología mental aguda, pero que igualmente presentan situaciones que deben ser atendidas y dirigidas a una solución, que evite que las auto agresiones, las amenazas de suicidio o la propia simulación de enfermedad mental sean las únicas vías posibles para lograr ser escuchados en sus reclamos.

En este punto, se refuerza la relevancia de la inclusión de personal civil para la atención de las problemáticas en salud mental de sujetos prisionizados, ya que se considera vital que las decisiones clínicas y terapéuticas no estén condicionadas por el verticalismo propio de las instituciones totales y/o de las fuerzas de seguridad.

La inclusión de personal sanitario civil ha marcado un punto de inflexión en relación al tipo de atención que se brindaba desde las áreas de salud del SPF, las cuales han sido serviles en ciertas ocasiones a intereses institucionales y disciplinarios, dejando de lado la visión "saludmentalista" de las problemáticas.

A su vez, resulta importante señalar la preocupación de este dispositivo sobre distintos profesionales de la salud mental pertenecientes al Servicio Penitenciario, que avalan y fomentan la "psiquiatización" de los problemas institucionales.

## 2. Tratamiento individual.

### Abordaje y estrategias de los equipos interdisciplinarios

Desde el Dispositivo de Tratamiento, y en concordancia con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, se entiende a la salud mental como un fenómeno multicausal, **"un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos"**. Dada su complejidad, los tratamientos que se llevan adelante en este dispositivo son planificados en manera interdisciplinaria, con el fin de poder realizar un abordaje integral de la situación problemática.

Conforman los equipos tratantes e interdisciplinarios un trabajador social, un psiquiatra y un psicólogo. Dicho equipo establece un plan terapéutico que consiste en: elaboración y administración de plan farmacológico; entrevistas terapéuticas regulares; seguimiento familiar y reconstitución de grupo primario de apoyo y redes; seguimiento judicial y elaboración y presentación de los informes correspondientes; seguimiento de farmacovigilancia; elaboración de estrategias junto a instituciones que trabajan el egreso del paciente a los fines de la adecuada reinserción comunitaria; establecimiento de los talleres y dispositivos grupales más adecuados para el usuario en función de los objetivos que se hayan pautado. Este equipo será el referente inmediato del paciente y estará encargado de hacer un seguimiento intensivo y pormenorizado de su situación psicológica, psiquiátrica, jurídica y social.

Los tratamientos respetan la autonomía del sujeto, permitiendo que pueda seleccionar las estrategias terapéuticas que considere más convenientes para su situación, informándole permanentemente sobre su situación y sobre cualquier cambio o modificación que pueda tener lugar.

El Dispositivo de Tratamiento se centra, principalmente, en el eje de tratamiento individual, el cual se complementa con otras estrategias grupales e institucionales destinadas a dar respuesta a la multicausalidad de la problemática de los pacientes.

Además, participan del tratamiento otros profesionales de la salud como ser: musicoterapeutas, agentes de la cultura, educadores, y enfermeros que se enfocan en distintos aspectos del proceso integral de evaluación y recuperación del paciente.

A continuación, se profundizará en las intervenciones de cada una de las áreas mencionadas.

### ***2.1. Tratamiento Psicológico***

Al interior del ámbito penitenciario y atendiendo a los intereses que allí operan, la demanda de tratamiento es una dimensión terapéutica que debe construirse —en muchos casos cuestionando y redefiniendo la presentación clínica original— en relación a la historia individual, la trayectoria institucional y al modo singular en que cada sujeto se ve obligado a enfrentar las circunstancias que dan forma a su vida.

En esta dirección, el espacio individual permite instalar una esfera privilegiada donde trabajar de modo calculado y cuidado asuntos que atañen a su disposición afectiva y al modo en que ésta determina las relaciones con el mundo, los otros, la genealogía, el placer, el deseo y su propia identidad. La intimidad y la dinámica transferencial permiten elaborar cuestiones singulares que, usualmente, permanecen obstruidas por los códigos, rituales y prácticas penitenciarias.

El espacio individual, por la relación que promueve, resulta un ámbito susceptible de cuestionar y neutralizar la conformación de un sujeto del resentimiento que se condena por su motivación a la repetición vacía de lo mismo. Dicha interrogación es fundamental al momento de elaborar un sentido propio que sepa encadenar y asimilar las circunstancias que han forjado la realidad actual de su vida.

### ***2.2 Tratamiento Psiquiátrico***

En el espacio de tratamiento psiquiátrico individual se comienza a trabajar junto con el paciente en una primera etapa donde predomina la obtención de información sobre la situación que llevó al paciente a su situación actual,

tanto a partir de datos obtenidos de su historia clínica como de las entrevistas iniciales. Se evalúa la situación clínica actual y cuestiones propias de la vida del paciente, de modo de obtener una idea integral de la problemática del mismo. Se establece un diagnóstico longitudinal y se traza un recorrido posible, en forma conjunta con el resto del equipo tratante.

En todos los casos y a lo largo del tratamiento se busca el alivio del sufrimiento, a través tanto de los recursos psicofarmacológicos como del trabajo desarrollado en las entrevistas. Se intenta generar las condiciones que permitan la inclusión del paciente en los diferentes espacios (talleres, trabajo, educación, convivencia y de trabajo); siempre teniendo en cuenta la situación individual, las posibilidades y deseos de cada persona.

Lo que diferencia particularmente la actividad clínica en este dispositivo es la situación de encierro y las características propias de ésta, que conjuntamente con la ansiedad generada por la situación judicial que atraviesan, genera una situación que se entrama con los cuadros psiquiátricos, modificando la signosintomatología de forma tal que esto debe incluirse en el abordaje.

### **2.3. Abordaje Social**

La especificidad del rol del profesional de Trabajo Social dentro de este Programa consiste en el acompañamiento a los pacientes y sus familias, con el objeto de favorecer el desarrollo de capacidades psico-sociales, de tal manera que puedan hacer frente a sus problemas actuales y potenciar situaciones conflictivas a futuro.

Como parte de un Equipo Interdisciplinario de Salud Mental, se interviene en la dimensión social del padecimiento subjetivo. Considerando a la intervención social en salud como una construcción con el otro como sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, producidos y productores de la historia; es decir, condicionados pero no determinados por la realidad, lo que implica reconocer la capacidad de creación del sujeto y la posibilidad de producción de prácticas instituyentes en la sociedad. Se entiende al sujeto con experiencias, intereses, historias y posiciones particulares, sujetos activos y actuantes en su situación.

Entender la intervención como un proceso supone pensarla en forma particular según cada situación individual. Generando un tiempo y un espacio para conocer la dimensión de lo real, analizar la demanda y la construcción del o los problemas a abordar, y elaborar el plan de intervención social.

**Para implementar este proceso de intervención se organiza el trabajo en 3 ejes:**

- El primer eje se focaliza en la **gestión de recursos**. Consiste en poder ser intermediarios de aquellos bienes, instituciones e información que es necesaria para abordar la situación problemática. Las intervenciones más frecuentes en relación a este punto son: comunicaciones con Instituciones de la Justicia como ser Juzgados, Cuerpo Médico Forense, Defensoría General de la Nación y/o Procuración Penitenciaria, para conocer detalles de las causas y seguimiento de los procesos de cada paciente. También, se articulan recursos con instituciones que trabajan con la población que egresa de instituciones penales: Patronato de Liberados, Secretaría de Readaptación Social. En este sentido se considera que las estrategias en este ámbito deben pensarse a nivel interinstitucional; como el contacto y la articulación con otras instituciones y profesionales, que estén abordando la misma problemática.
- El segundo eje de intervención se relaciona con **el problema “en sí mismo”**, es decir, la demanda concreta del paciente, que implica la presencia de un problema, una interpretación de ese problema y una planificación de la acción en torno al mismo. Al ingresar al dispositivo se realiza una primera entrevista con el paciente para luego delinear las siguientes intervenciones con la finalidad de confeccionar un Diagnóstico Social y elaborar estrategias conjuntas de intervención a futuro, a fin de realizar un proceso de recuperación de la subjetividad.
- El último eje está relacionado a la **revinculación familiar y el fortalecimiento de lazos sociales**. Desde el ingreso al Dispositivo se llevan a cabo acciones que permitan y promuevan el acercamiento y acompañamiento de la familia y/o referentes afectivos. Se tiende a reforzar el vínculo con el grupo primario o buscar referentes afectivos para el sujeto que puedan acompañarlo en este proceso. Considerando que es fundamental que el tratamiento esté acompañado por la familia, se trabaja para integrarla al mismo, tanto en entrevistas individuales como a través de las Asambleas Multifamiliares. Esto permite obtener una mirada integral del paciente y de su contexto, como así también acompañar a las familias en este proceso.

Por otra parte, se desarrollan actividades socio-culturales donde los trabajadores sociales coordinan y/o cocoordinan junto con otros integrantes del Equipo Interdisciplinario, buscando generar nuevos espacios de sociabilización, un conocimiento mutuo con el otro, que crean instancias de aprendizaje compartido y posibilidades de mayor aceptación y solidaridad con sus compañeros de alojamiento.

#### **2.4. Musicoterapia**

La Musicoterapia es una disciplina académica que tiene como objeto de estudio el reconocimiento de las modalidades sonoras expresivas-recep-

tivas de las personas con fines terapéuticos, empleando para tal fin metodologías específicas en las que el sonido y la música son el universo de lenguaje dentro del tratamiento. El mismo se basa en el reconocimiento, abordaje y modificación de las modalidades anteriormente descritas, con fines preventivos, de tratamiento y rehabilitación de la salud (Definición del Anteproyecto de Ley de Ejercicio Profesional de la Musicoterapia de Argentina, 2012).

Las profesionales que trabajan en este dispositivo toman como marco teórico al Abordaje Plurimodal en Musicoterapia (APM). Este abordaje fue creado en el año 90 por musicoterapeutas argentinos (D. Schapira, K. Ferrari, V. Sánchez, M. Hugo) y se basa en la utilización de distintas herramientas que con el desarrollo y crecimiento de la disciplina han mostrado, al entender de quienes escriben, ser de mucha utilidad a la hora de pensar la disciplina en la práctica clínica.

Desde el APM se considera al ser humano como unidad **bio-psico-socio-espiritual**. Se inscribe dentro del pensamiento psicodinámico que suscribe la postulación psicoanalítica del **determinismo psíquico**. Adhiere a la idea de **Música Interna** —concepto de la Musicoterapeuta británica Marie Priestley— la cual postula que la música interna es el “clima emocional prevalente detrás de la estructura de los pensamientos” (Priestley, 1994) diferenciándolo de la musicalidad o el potencial musical de una persona, y afirma que la misma es el núcleo de su psiquis.

Otro importante fundamento teórico es el “**Ser en la música**” (*Being in Music*) postulado por el modelo de Musicoterapia Creativa, el cual afirma que somos seres hechos de sonido, por lo tanto, cuando una persona canta o toca un instrumento no estamos escuchando sólo una producción que habla del paciente, sino al paciente mismo siendo en la música. Es decir, la música que una persona trae a musicoterapia para escuchar no sólo es parte de su repertorio musical relacionado a sus gustos, sino que es una parte de él mismo.

Por último, se destaca el **Principio de analogía** (Henk Smeijsters - Musicoterapia Morfológica) el cual refiere que los procesos musicales en un encuadre musicoterapéutico son equivalentes a los procesos psíquicos, es decir, que la forma musical suena de manera análoga a los mismos. Esto implica considerar a la personalidad o a la patología de nuestros pacientes como análoga a sus modalidades de expresión musical.



La **música en Musicoterapia** es el universo de lenguaje específico de la disciplina, es desde donde escuchamos y comprendemos a los pacientes y también desde donde intervenimos. La música en el arte es un fin en sí mismo. En la Musicoterapia, un medio para lograr objetivos terapéuticos. En un proceso musicoterapéutico se busca que los pacientes, dentro del encuadre, logren desarrollar capacidades expresivas en las experiencias musicales generando, así, la posibilidad de una apertura a la emoción, a la comunicación y al *insight*.

#### 2.4.1. Musicoterapia en el Dispositivo de Tratamiento

Pellizzari y Rodríguez<sup>(1)</sup> invitan a reflexionar sobre las personas que viven en situaciones de marginalidad, entendiendo que las mismas habitan un "territorio de borde", que oscila permanentemente entre la salud y la enfermedad. Estas vivencias subjetivas dentro del "sector de borde" se caracterizan por el desamparo, la vulnerabilidad, la soledad, el aislamiento y la inestabilidad emocional. Si a esto le agregamos el padecimiento psíquico que sufren las personas internadas en este dispositivo, se puede considerar de fundamental importancia ofrecer un tratamiento interdisciplinario acorde a las necesidades de cada paciente en particular. El abordaje de estos padecimientos desde las experiencias musicoterapéuticas puede generar recursos disponibles para una mejor adaptación y posición frente a la vida.

Algunos **objetivos generales** de trabajo son estimular los mecanismos resilientes, buscando fortalecer los pilares de la resiliencia como son: la autoestima, la introspección, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor y la creatividad entre otros; promover el reconocimiento y manejo de las emociones desarrollando la autoconciencia, la autorregulación emocional, la automotivación, la empatía y las habilidades sociales y; facilitar y promover la comunicación y la expresión estimulando las distintas capacidades de los pacientes mediante la música, los elementos musicales y las relaciones que se producen por medio de ella.

A medida que transcurren los procesos y los pacientes se acercan a pedir Musicoterapia, a interesarse por la disciplina y a vivenciar la experiencia musical como terapéutica se identifica un eje principal de acción/intervención: **el uso selectivo de música editada**.

---

(1) PELLIZZARI, PATRICIA y RODRÍGUEZ, RICARDO, *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*, Bs. As., Ediciones Universidad del Salvador, 2005.

En Musicoterapia los pacientes comienzan a descubrir que hay un espacio en el que pueden escuchar su propia música, generando un proceso de singularización, que a la vez propicia la posibilidad de compartir esa música con otros. De esta forma, comienza a instalarse una demanda constante de las canciones que los pacientes quieren, necesitan, recuerdan y evocan relacionadas al momento actual por el que están pasando, a sus historias de vida, a sus amigos y familiares. Entonces, se comienza a trabajar con el armado de CDs para reforzar este proceso de singularización. Los pacientes comienzan a llevar sus CDs y a compartir sus canciones con sus compañeros propiciando la vivencia de la escucha musical como experiencia activa.

Desde Musicoterapia se concibe la experiencia musical como un lugar de resolución de conflictos, fortalecimiento de aspectos de la identidad, espacio para socializar y compartir, pero, sobretudo, como lenguaje comunicativo que provee posibilidades de comunicación que exceden el lenguaje verbal. La experiencia musical en Musicoterapia promueve un **"espacio de construcción de sentido"** <sup>(2)</sup> proveyendo de herramientas psíquicas profundas, ya que apuntan a aspectos de la psiquis previos a la constitución del lenguaje verbal.

Considerando que la música es inherente al ser humano, se puede sostener que la experiencia musical en Musicoterapia permite modificar el posicionamiento de un sujeto ante su padecer.

#### 2.4.1.2. CASO H

H es un paciente que al momento de iniciar el proceso musicoterapéutico no habla, está completamente ensimismado. H es extranjero, tiene 24 años y sufre una esquizofrenia desorganizada con distintos tipos de alucinaciones. Su psicóloga tratante sugiere un espacio de musicoterapia individual a causa de los problemas de comunicación que presenta en psicoterapia individual. Luego de una entrevista inicial con el paciente, se le propone un espacio en el que sólo se le indica que "pida canciones". La dinámica se basa en escuchar estas canciones para promover una relación transferencial y facilitar la apropiación del espacio de musicoterapia. A raíz de esto, empieza a haber pequeños gestos como levantar la mirada o algún comentario en relación a la canción.

---

(2) FERRARI, KARINA, *Musicoterapia, Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*, Bs. As., MTD Ediciones, 2013., p. 46.

De a poco la musicoterapeuta comienza a introducir preguntas simples como: "¿Cómo conociste esta canción?" o "¿A través de quién conociste esta canción?". Luego de pocas sesiones, la musicoterapeuta le pregunta a H si él hace música. H contesta que sí, que él rapeaba. Es así como el paciente comienza un proceso de composición de canciones apoyándose en pistas de rap que proveen de sostén para el despliegue de sus letras.

Las canciones de H hablan de su cercanía a la muerte y su "vuelta" de la misma. Cuentan historias de vida donde la marginalidad y la violencia tienen un lugar protagónico. Poco a poco la producción de letras y el canto sobre pistas de rap se vuelve un medio de expresión y contención a la vez. H muestra un talento musical innato. El descubrimiento de sus propias capacidades creadoras y creativas trae por añadidura el fortalecimiento de su autoestima, que habilita su capacidad de relacionarse y socializar con sus compañeros, situación que antes no sucedía. El espacio de musicoterapia se convirtió para él en un lugar donde la salud prima, donde sus alucinaciones y el padecimiento mental quedan en un segundo plano.

El alcance de sus producciones musicales se vuelve institucional, siendo su música reconocida y bien recibida tanto por sus compañeros como por el personal del servicio penitenciario y profesionales del dispositivo de tratamiento. Sus canciones hablan no sólo de él mismo, sino también de cada una de las personas que se encuentran internadas y que trabajan en el hospital. Se lleva a cabo un proyecto de grabación y producción de un video clip para uno de sus temas ensamblando con el taller de música y de teatro.

Algo en la mirada de H cambió, algo dentro de él cambió. No se desconoce que además de su enfermedad, esta persona habita algo del orden de la salud, entendida como la posibilidad de expresar su padecer, tramitarlo, darle un cauce a través de la música, que a su vez se establece como herramienta de comunicación, impactando en su relación consigo mismo y con quienes lo rodean.

### **2.5. Enfermería**

El equipo de enfermería del Programa tiene un rol activo en el acompañamiento de las cuestiones relacionadas con la vida cotidiana de los pacientes. Se convierten en referentes que puedan brindar información y sostén

a los pacientes, al mismo tiempo que están en constante comunicación con el equipo de profesionales del Programa a fin de acercarles las demandas y problemas concretos de los sujetos alojados.

Como tareas específicas se pueden mencionar la preparación y administración de los medicamentos según prescripción médica, el control de los signos vitales según solicitud médica, curaciones a los pacientes que así lo requieran, control de higiene personal y de habitaciones, registro de medicación usada por cada turno, control de ingesta y de toma de medicación de los pacientes, informe a los médicos tratantes acerca de la ingesta de la medicación suministrada. Todas estas tareas los convierten en una parte fundamental del dispositivo de tratamiento, que articula permanentemente con este equipo para llevar adelante los tratamientos.

## **2.6. Farmacovigilancia**

El concepto de farmacovigilancia comprende la recolección, investigación, mantenimiento y evaluación de los reportes espontáneos de fenómenos adversos asociados con el uso de un fármaco. Su objetivo general es contribuir al uso seguro y racional de los medicamentos mediante la supervisión y evaluación de sus riesgos en forma permanente.

**Sus objetivos específicos son:**

1. Detectar oportunamente las reacciones adversas, especialmente las nuevas e inesperadas y las interacciones de los medicamentos que se están usando.
2. Identificar oportunamente problemas de efectividad de los medicamentos.
3. Identificar factores de riesgo para las reacciones adversas y las interacciones entre medicamentos.
4. Estimar cuantitativamente la presentación y el riesgo de ocurrencia de reacciones adversas a medicamentos.
5. Evaluar, en lo posible comprobar y registrar la información obtenida sobre reacciones adversas e interacciones medicamentosas y problemas de efectividad de los medicamentos.
6. Difundir oportunamente la información obtenida, previamente procesada.
7. Proponer las medidas correctivas convenientes y monitorear su cumplimiento.

Se ha incorporado la utilización de fármacos de última generación que implicarían un mejor perfil de eficacia y efectos adversos.

## **2.7. Educación Física**

Como se ha mencionado anteriormente, si bien el tratamiento se centra en la atención individual, también, forman parte fundamental otras estrategias destinadas a dar respuesta a la multicausalidad de la problemática de los pacientes.

Desde el inicio del proyecto, el departamento de educación física viene trabajando con sus aportes para el beneficio y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Desde el programa se sostiene firmemente que la intervención de la educación física y la recreación son de vital importancia para la rehabilitación y tratamiento de las diferentes patologías vivenciadas en la población penal.

La clase de educación física libera comportamientos distintos, sentimientos y acciones sociales de cooperación y solidaridad, además de ser un espacio en donde el cuerpo muestra otro lado del sujeto.

Con herramientas múltiples se plantean modalidades de trabajo con objetivos claros y concretos. Diferentes trabajos de estimulación psicomotriz, articular, postural, de fuerza y coordinación, con consignas lúdicas y de fácil resolución.

Los objetivos de trabajo se planifican en base a las necesidades psicomotrices que presentan los pacientes, tanto de manera individual como grupal.

Al final de cada estímulo o del trabajo realizado se deja constancia de las actividades realizadas para conocimiento de todo el equipo de profesionales tratantes, aportando la especificidad de lo acontecido en este espacio.



# Guardia



El programa cuenta con una Guardia Interna de Salud Mental las 24 hs., cuya función central es abordar las urgencias y emergencias que presentan tanto los pacientes de las salas como los que se encuentran alojados en el SEDE. Cada día, el equipo de guardia está conformado por un psiquiatra, un psicólogo y dos enfermeros. Las estrategias terapéuticas que se llevan adelante se asientan en fundamentos científicos basados en principios éticos. Se utilizan protocolos nacionales e internacionales de intervención, teniendo en cuenta la situación de cada sujeto y su padecimiento.

A continuación, se presentarán los lineamientos generales de la tarea que realiza esta guardia.

En la Guardia Interna de cualquier especialidad se brinda atención a pacientes internados en una sala. No sólo eso. Se dice de los profesionales de guardia que están a cargo de la sala. Se reciben consultas, se ofrece atención, se procura estar al tanto del estado de quienes se encuentran internados.

Entonces, el primer elemento a destacar es el espacio. Esta Guardia Interna interviene con pacientes que se encuentran internados en una institución penal. A este respecto, y sobre todo en lo que atañe a la Salud Mental, resulta necesario tener en consideración los efectos que el encierro tiene sobre las personas. Se está allí. Siempre en el mismo espacio. Todo el tiempo, el mismo tiempo. En una internación, a determinada hora se come, a determinada hora se toma la medicación, a determinada hora se duerme. Este ritmo siempre igual puede resultar ordenador para algunas personas, sobre todo para aquellas que se encuentran inmersas en la llamada clínica de las urgencias. Para otras, puede ser tedioso. Resulta necesario detenerse en el tedio o en el aburrimiento. Se puede decir de ello que es una de las pasiones típicas de la guardia interna. Resulta habitual

la situación en la que un paciente demanda ser atendido y luego de varias vueltas por el relato se llega a localizar que lo que sucede es que se encuentra aburrido. Nada más y nada menos que aburrimiento. Es algo que resulta necesario tener en cuenta, debido a que si bien no llega a configurar una urgencia estrictamente hablando, el aburrimiento o el tedio son nombres de la caída temporal de la escena. La tarea de los profesionales de guardia en estos casos será acompañar en la construcción de nuevas escenas para recuperar el lugar de sujeto.

No se debe olvidar que cualquier internación favorece a que el paciente quede tomado como objeto. Y como tal, las fantasías propias de la vida van perdiendo lugar, se detienen, se van reduciendo a un circuito muy angosto por este ritmo siempre igual.

Se intentará recuperar escenas allí donde el gris de la cárcel comienza a ser el único color disponible. Se trata de escuchar los detalles para poder retomar, apelar a algunos trozos sueltos de fantasías: "¿Qué almorzaste? ¿Cuándo estabas afuera cocinabas? ¿Qué te gustaba comer?" Ya se está hablando de una escena, de otra escena. Hay que estar dispuesto y confiado de que allí hay deseo. Al decir de Enrique Millán, "si uno cree que el sujeto es un sujeto, alguna fantasía tiene que haber, algún deseo tiene que haber. La intervención por guardia más fuerte es la pregunta, la pregunta de las cosas cotidianas. Donde uno abre —si abrió—, el paciente ya está hablando. Si uno perdió la pregunta, sonó".

La permanencia en la cárcel va adquiriendo un solo sentido, cómo pasar el tiempo hasta el día de la libertad. Algo se detiene. Hay una sola escena posible y eso es muy parecido a la muerte. Abrir otra dimensión, que el sujeto pueda tomar distancia de su pura existencia, que pueda olvidarse de la densidad que encierra el sí mismo, que encierra el encierro.

Teniendo en cuenta el contexto en el cual se inserta el Programa, la vigilancia es el elemento permanente y la mirada será efecto de otra cosa. Por guardia, muchas veces se interviene transformando la vigilancia del personal del Servicio Penitenciario Federal en la mirada de un "otro" que cuida, intentando establecer un "otro" garante de la ley.

El segundo elemento a destacar para la Guardia es el tratamiento. Los pacientes se encuentran realizando un tratamiento de características interdisciplinarias. Llevan un recorrido, un trabajo. Para las intervenciones del equipo de guardia, el hecho de que los pacientes se encuentren en

tratamiento con otros profesionales funciona muchas veces como elemento facilitador. Hay otro espacio, otro tiempo al que remitirse. Producir otro tiempo, otro lugar donde no lo hay permite que lo subjetivo emerja y con ello el advenimiento de la calma. Si hay urgencia, la temporalidad y la espacialidad pierden volumen, se aplanan y eso da lugar a la desesperación.

El tercer elemento es el tiempo. Las personas pasan un tiempo internadas para hacer un tratamiento. Esto implica que hubo tiempo de conocerse. Los pacientes conocen a los profesionales de guardia. Los profesionales conocen a los pacientes. Se establece, en el mejor de los casos, la confianza. Conocer a los pacientes a los que se asiste tiene "su parte positiva". Son pacientes de los que se ha hablado, que se han contado algunas cosas de su vida. Se puede hilar con ellos una trama, se puede funcionar a veces como su memoria. También, tiene "su parte negativa". A veces, conocer a alguien hace que se pueda escucharlo. Que se suponga que va a decir lo mismo de siempre y entonces se pierda la posibilidad de escuchar lo nuevo que ese alguien puede traer, incluso lo nuevo en lo mismo de siempre que se puede producir en el encuentro. Se podría decir que se trata del obstáculo mayor a destrabar en la guardia interna, un prejuicio que anula la disposición a la escucha, al encuentro. Pensar o decir con fastidio que fulanito dijo "lo mismo de siempre" ahorra el trabajo de pensar la mismidad como parte de la clínica. La mismidad como lo insostenible de escuchar, como aquello que insiste de manera mortífera.

Por eso mismo, se puede decir que a la guardia le toca la peor parte. El encuentro con sujetos que muestran el infierno al que son arrastrados, sujetos desbordados de angustia, perseguidos por figuras monstruosas, inundados de dolor, avasallados por las repeticiones. Sin registrar sus sentimientos, sin poder diferenciarlos. Se podría decir además que en el contexto carcelario se suma como obstáculo el rechazo de los demás. No hay que olvidar que se trata de una de las poblaciones más odiada por el resto de la sociedad y eso aparece inevitablemente en las presentaciones clínicas.

El profesional de guardia trabaja con su cuerpo, con su mirada, con su voz. En las situaciones de urgencia, se mira y se habla más de lo que se escucha. Se intenta anudar lo no-ligado del sufrimiento, la energía libre, apostando a la construcción de diques. No se trata de descubrir lo que a alguien le pasa, sino de producir conjuntamente una invención. Localizar, poner palabras, ubicar lugares, establecer diferencias van a ser algunas de las herramientas fundamentales para la guardia interna.



En lo que concierne a las particularidades del funcionamiento de este dispositivo, además de responder a las demandas psiquiátrico-psicológicas, socio-familiares, institucionales y de convivencia que surgen diariamente, el equipo se encargará de centralizar la información de lo que sucede en el día, facilitando el trabajo del resto de los actores intervinientes.

El equipo de guardia se constituye en comunicador tanto de las cuestiones particulares como del panorama general de cada sala a los equipos tratantes, a los profesionales que coordinan espacios grupales, a celadores y enfermeros.

Además de las consultas individuales, se realiza el seguimiento de los pacientes con cuadros más agudos, se efectúan varias recorridas diarias en cada sala, se interviene en conflictos convivenciales, se deciden cambios de alojamiento. Finalizada la guardia, el equipo saliente se encarga de realizar el Pase de Guardia al equipo entrante y a todos los profesionales del Dispositivo, para ponerlos al tanto de lo acontecido durante el día anterior.



# Mediación



El programa de atención en salud mental se realiza en el seno de un escenario complejo cuya dinámica interna implica la convivencia e interacción de lógicas culturales disímiles. Estas culturas se actualizan en prácticas habitacionales, actitudes y subjetivaciones que en gran medida, y por la especificidad de este ámbito, se definen por el modo en que se posicionan en relación con las normas y los códigos, aunque sean informales, que rigen la institución. Esta multiplicidad y heterogeneidad normativa viene aparejada de innumerables fricciones y situaciones de conflicto sobre las cuales el equipo de profesionales necesita, por fuera del equipo específico de tratamiento, dejar sentada una posición institucional. Esto es, proponer vías de resolución a los distintos conflictos e intervenir en pos de construir una nueva cultura institucional que pueda integrar la diversidad de perspectivas.

En esta dirección, se entiende que la construcción de una comisión de mediación constituye una vía para capitalizar las situaciones conflictivas en vistas a darles una inscripción institucional por un lado, y hacerlas el medio para la co-construcción de un marco normativo. De lo contrario, dichas situaciones se hunden en la indiferencia y la cultura institucional se condena a la repetición vacía de lo mismo.

La mediación como dispositivo institucional se orienta a tercerizar una situación a los fines de contemplar y explicitar las distintas perspectivas que entran en juego y determinan una interacción problemática entre actores de la institución.

A esos fines se implementarán tanto entrevistas individuales, como entrevistas grupales e institucionales con el objetivo de evaluar las perspectivas, buscar puntos de contacto, construir una perspectiva conjunta de la situación, y determinar una resolución que atienda a los elementos

significativos consensuados entre los distintos actores. Se asume que este ejercicio en el que cada actor pueda dar su versión de lo acontecido y ponerlo en diálogo con las otras perspectivas es en sí mismo una modalidad de aliviar la tensión implicada en los eventos.

El objetivo general es generar un ámbito regulado normativamente en el cual las normas sean objeto de una discusión y tematización explícita y sistemática. Dicho objetivo se sostiene en el presupuesto a la vez conceptual y práctico según el cual el ejercicio de reflexión sobre los códigos que ordenan, sea formal o informalmente, permite limitar las arbitrariedades y la violencia que podría operar en los distintos estratos institucionales.



# Supervisiones clínicas interdisciplinarias



La supervisión puede definirse como un método de enseñanza/aprendizaje, a través del cual cualquier miembro del equipo profesional en ejercicio de su competencia, recurre a un colega de mayor experiencia, en quien confía, para presentarle el curso del proceso llevado con un paciente, en donde el supervisor es un tercero que escucha el discurso del otro, de otro. Es considerada uno de los elementos esenciales de la transmisión y del tratamiento en Salud Mental.

La necesidad y pertinencia de la supervisión son unánimemente reconocidas, en tanto y en cuanto el trabajo del analista se caracteriza por la soledad. Sin embargo, una cuestión a resaltar para estar advertidos, es en relación a las dificultades que aparecen cuando en esa situación particular de aprendizaje, la actividad de la supervisión pasa a tener un carácter evaluativo, donde el supervisor, y atrás de él la institución en que esta situación se desarrolla, adquieren una función de "control" del trabajo del analista en formación, perdiendo el sentido del encuentro.

La supervisión, como ya se dijo, tiene aspectos educacionales y de tratamiento de importancia, ya que permite al profesional con experiencia transmitir conocimientos técnicos al supervisando en un espacio reflexivo. También, tiene aspectos formativos, ya que alienta el desarrollo de la transferencia en el que supervisa y desarrolla su sensibilidad para captar los contenidos latentes en las producciones verbales del paciente.

La supervisión es uno de los elementos del trípode en que se apoya el proceso formativo en el psicoanálisis en principio y luego es aplicado a todas las disciplinas. Si algo tiene de arte la terapéutica analítica, éste debe pulirse durante las supervisiones aprovechando las cualidades del supervisor y del supervisado.

La supervisión podría definirse como un proceso en el que participan desde dos a más personas en una tarea en la que se intenta precisar, mantener y mejorar el nivel de desempeño. Uno de los participantes, el supervisor, suele poseer una experiencia y maestría mayores que los otros. Conviene hacer hincapié en que mediante las supervisiones una generación de profesionales trasmite, lo advierta o no, el cuerpo de conocimientos en salud mental hasta donde ha evolucionado según su nivel informativo. Esta transmisión se hace evidente cuando se revisa la historia de la supervisión.

Supervisar es un requisito formativo del profesional en ejercicio de la práctica de este programa y un privilegio para el analista ya formado dadas las cualidades de esta clínica en particular.

Se propician tanto aquellas supervisiones que tienen un carácter individual o privada por el contenido de la información, como aquellas grupales, abiertas y colectivas a todo el equipo. Las primeras suelen llevarse a cabo en la intimidad de los consultorios de los supervisores y, en consecuencia, está cubierta por un velo de privacidad e individualidad. En estas, más bien, se ha dejado al criterio del supervisor el estilo, la filosofía y las técnicas a elegir; aunque debe insistirse que es allí donde deben afinarse las cualidades intrínsecas del profesional en formación, es decir donde verá resaltar su potencial de ejercer lo que tiene de artístico la práctica analítica. Las supervisiones colectivas suelen llevarse al cabo como parte obligatoria, es decir, como un campo más del desempeño del profesional.

La idea de las mismas es reunirse para presentar un caso o una situación clínico/institucional para estudiar juntos el proceso, la técnica, las posibles intervenciones, los obstáculos resistenciales, la transferencia, la contratransferencia, la estructura psicodinámica del caso, el diagnóstico, el pronóstico, etc. El caleidoscópico juego de espejos que conforma el grupo de participantes y la resonancia individualizada del material presentado permiten objetivar, para beneficio de la enseñanza, lo intrínseco del proceso. Gracias a este artificio pedagógico, el supervisor puede y debe mostrar algunos puntos finos del proceso terapéutico/clínico/institucional.

La supervisión es una tarea que muestra claras singularidades. El éxito dependerá de la capacidad que tenga el supervisando para desarrollar y emplear su propia personalidad como instrumento en el tratamiento de su paciente o de la situación institucional.

Se trata de que el supervisor se convierta en un maestro, pero con características singulares, que intente ubicar lo más singular del caso/situación que permite ir desanudando aquello que hizo pregunta al principio.

Supervisar es el arte de enseñar el arte de analizar, de allí que se requieran cualidades que nadie ha definido con certeza. La supervisión es tan singular como el mismo análisis.

Desde los comienzos de este programa quedó planteada la urgencia, necesidad y obligatoriedad de la supervisión como una tarea clínica y ética de la formación y tratamiento de esta clínica en particular.

Esta tarea ha ido variando a lo largo del tiempo, habiendo tenido supervisores fijos más dedicados a lo psicológico-psiquiátrico hasta este momento en que se cuenta con supervisores en consultorios, supervisores en la institución, supervisores y supervisiones de todas las disciplinas, dimensionando así la cabal importancia que tiene para este programa.





# Ateneos



Los Ateneos Clínicos constituyen un espacio de frecuencia semanal en el cual los profesionales del dispositivo de tratamiento se reúnen para exponer grupalmente diversos materiales que hacen a la clínica institucional. Se sostiene que en el contexto de un dispositivo de internación para pacientes que transitan cuadros agudos, es de fundamental importancia el análisis, la discusión y el intercambio profesional que contribuya a poder pensar las complicaciones que cada caso particular suscita. La modalidad de los ateneos se encuadra en la presentación de un escrito por parte de uno o varios profesionales, quienes eligen a un colega como comentador del texto, para luego abrir el espacio a un debate grupal.

Se plantean los siguientes objetivos:

## **1. Integración Interdisciplinaria entre los distintos abordajes terapéuticos**

Siendo un equipo conformado por profesionales de diversas disciplinas y existiendo múltiples espacios de abordajes terapéuticos, se considera que estos encuentros fomentan un intercambio que permite construir una mirada interdisciplinaria de la problemática en salud mental de cada paciente, fomentando de este modo estrategias clínicas integrales. El espacio no es exclusivo de una disciplina. Es más enriquecedor para la producción de un saber, si se aborda el caso desde las distintas áreas del dispositivo en conjunto: talleres socioculturales, trabajo social, musicoterapia, enfermería, psiquiatría y psicología.

## **2. Intercambio entre el equipo de guardia y de tratamiento**

Se presentan en el espacio aquellos pacientes que por su complejidad clínica, reciben atención por el equipo de guardia, lo que permite elaborar



estrategias coherentes e integradas entre ambos equipos de intervención. Las mismas se pueden diseñar a partir de la información actualizada del caso aportada por ambos equipos.

Los espacios terapéuticos (tanto individuales como grupales) y las consultas de urgencias por guardia constituyen dos ámbitos donde se pueden obtener datos diferenciales acerca del estado y evolución clínica del paciente.

### **3. Existencias de interrogantes. Direccionamiento terapéutico**

Se privilegian en el espacio de los ateneos aquellos casos que, ya sea por motivos clínicos, institucionales o situaciones legales particulares, generen interrogantes y dificultades en su abordaje terapéutico. En esta línea se sugiere que la presentación del caso incluya alguna pregunta que dirija la discusión clínica.

#### **Algunos de los interrogantes a trabajar pueden ser:**

- una duda en relación al diagnóstico psicopatológico.
- presentación de una viñeta clínica específica de un paciente.
- discusión interdisciplinaria del proceso de evaluación de un paciente recientemente ingresado al dispositivo.
- pensar en relación a la evolución de un tratamiento y los efectos o cambios producidos en el paciente derivados del abordaje clínico e Institucional.
- utilizar el espacio para compartir con el grupo de trabajo la devolución de aquellos pacientes que son supervisados en la institución o por fuera de ella a cargo de distintos profesionales de diversas disciplinas.
- pensar las ALTAS del dispositivo y las derivaciones responsables a otros dispositivos de salud mental u otros módulos del SPF, en los cuales se considere que el paciente podría evolucionar su problemática en salud mental en forma más favorable que en nuestro dispositivo.
- abrir el espacio para discutir, en el interior de cada equipo tratante, distintos puntos de vista o diferencias en cuanto al diagnóstico o estrategias de abordaje clínicas de un paciente.



# Docencia e Investigación



Desde el área de docencia e investigación se entiende que el trabajo de reflexión y pensamiento es la instancia donde no sólo se revisa la propia práctica sino un ámbito donde instalar discusiones y problematizar con el conjunto de los actores que desde adentro o desde afuera definen la realidad de la prisión. Se trata de revisar críticamente los vínculos que históricamente se han establecido entre las prácticas psicoasistenciales y las técnicas de disciplinamiento —alianza que ha tendido a marginar y excluir— para pensar lógicas de intervención que abran nuevas posibilidades comunitarias.

En esta dirección se han elaborado ocho trabajos que se han publicado en la revista de derecho penal del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. En dichos trabajos se pretende instalar y poner a discutir la perspectiva de la Salud Mental tal como se desprende de la ley 26.657 con los otros discursos y actores que participan de la administración de la justicia.

Al mismo tiempo se ha elaborado el programa para las capacitaciones para el personal del SPF (veáse articulación con el SPF).

Se ha participado del Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) con una totalidad de nueve trabajos que han discutido distintos aspectos del programa.

Se ha recibido invitación por parte del Hospital Braulio Moyano para discutir y problematizar especificidades del tratamiento clínico en la prisión y por el Hospital Torcuato Alvear para trabajar sobre la dimensión ética y política del trabajo que se llev adelante desde el Dispositivo de Tratamiento.





# Articulación del Programa con personal del Servicio Penitenciario Federal



Si se asume la complejidad multi-causal del sufrimiento psíquico, se entiende que toda intervención deberá necesariamente considerar no sólo al individuo afectado sino también la variable institucional al interior del cual el padecimiento se manifiesta y define su sentido. En esta línea, cabe recordar que la instalación y promoción de la Salud Mental en el ámbito penitenciario conlleva un movimiento tendiente a transformar la cultura institucional en su totalidad.

Sin embargo, esta misma transformación hacia un nuevo paradigma de atención al sujeto prisionizado genera y refuerza líneas de resistencia propias y esperables de cualquier institución total. Por lo cual, el conocimiento previo de los principios y prácticas formales e informales que regulan su funcionamiento resulta un instrumento indispensable para la posterior modificación de aquellas que resulten incompatibles con la nueva cultura que se pretende instituir. Así entendida, la construcción de un cambio sustentable en la cultura institucional penitenciaria sólo puede lograrse al interior de la misma, mediante la implementación paulatina y gradual de nuevas prácticas y sutiles modificaciones.

En esta dirección se ha llegado a la conclusión de que la vía propicia es el trabajo conjunto con el personal de seguridad del SPF en pos de una co-construcción de los roles y funciones de ambos dispositivos, el sanitarista y el de seguridad, que habilite una articulación de lógicas diferentes al

servicio de un fin que se definirá conjuntamente en el marco del diálogo cotidiano entre ambas perspectivas. Cualquier orientación que en nombre de los ideales más genuinos pretenda imponerse desconociendo el ámbito y la lógica que guía a los actores intervinientes del campo, corre el riesgo de reforzar las resistencias y reproducir un modelo de violencia que, justamente, se pretende destituir.

Por eso se considera de suma importancia establecer que, en sus perspectivas distintivas, tanto el dispositivo de salud mental como el dispositivo de seguridad, tienen como terreno y meta común la promoción de un ámbito regulado normativamente que funcione limitando la violencia que resulta de toda política que se organiza en el eje autoritarismo-victimización. Allí donde el dispositivo de seguridad se constituya en un auténtico garante de la aplicación de las normas y la justicia, el dispositivo clínico podrá trabajar en la significación, valoración y subjetivación diferenciada según el caso, de la trasgresión.

## 1. Capacitaciones para el personal Penitenciario

En el marco de las tareas realizadas por el área de docencia e investigación se crearon y formalizaron espacios de intercambio y formación con el SPF. A lo largo del 2012 se llevaron adelante una serie de encuentros con el personal de seguridad asignado al Dispositivo de Tratamiento con el fin de repensar conjuntamente los roles y las incumbencias disciplinarias en vistas de construir un encuadre de trabajo consistente, definido y complementario. Fruto de estos encuentros se ideó y diseñó un programa de capacitaciones que se implementó con el apoyo de la Dirección Nacional y el área de Educación del SPF.

Durante el primer cuatrimestre del 2013 se dictaron estas capacitaciones en la carrera de suboficiales, la carrera de oficiales y en la Academia. Se ha elaborado un programa general que se ha denominado **“Salud Mental en situaciones de encierro: elementos básicos para el trabajo con el sufrimiento mental en la cárcel”** con los contenidos que se consideran esenciales para describir y caracterizar las coordenadas del trabajo, los ámbitos de intervención, los fundamentos conceptuales y los problemas y dilemas prácticos y éticos que se suscitan. Este programa ha sido adaptado según los diferentes destinatarios.

El programa se estructuró según una serie de núcleos problemáticos que operaron como eje organizador de cada una de las unidades temáti-

cas: **¿Qué es la Salud Mental?, ¿Qué relación existe entre la prisión y la salud mental?, ¿Cuáles son las formas paradigmáticas del sufrimiento mental?**

De modo general se podría decir que estas capacitaciones se orientaron a: por un lado, deconstruir cierta concepción hegemónica en la cual el campo de la salud mental se interpreta a la luz del par normal-anormal y que en esa dirección vuelven co-extensivos el campo del tratamiento penitenciario y el tratamiento en salud mental; por otro lado, a extraer el conjunto de consecuencias prácticas y los ámbitos de intervención que se derivan de la nueva ley de salud mental señalando las zonas de fricción entre la orientación disciplinaria y la orientación salud mentalista; y por último acercar elementos que permitan comprender el funcionamiento de las grandes estructuras del sufrimiento mental.

La experiencia ha sido de un enorme interés para este programa. Ha constituido una ocasión privilegiada para repensar los medios de la propia intervención como dispositivo civil y salud mentalista al interior de un escenario que, tal como existe en la actualidad, atenta de modo sistemático contra la salud mental.

Pero al mismo tiempo por su existencia misma, estas capacitaciones constituyen una interesante línea instituyente. Existen muchos aspectos a repensar en el futuro pero se parte de creer que se trata de un ámbito de trabajo altamente nutritivo por el diálogo que instituye y las posibilidades y potencialidades que abre en vistas de repensar las prácticas que definen a la institución penitenciaria.

## **2. Talleres Productivos**

En el último año se ha comenzado a trabajar para que desde el dispositivo de tratamiento se pueda integrar los distintos espacios donde los pacientes realizan tareas laborales remuneradas. Tradicionalmente, estos espacios se encontraban casi exclusivamente manejados por autoridades penitenciarias y regidos por una dinámica igual a cualquier otro módulo del SPF. Las tareas que se realizaban, si bien por su sencillez eran aptas para ser efectuadas por los pacientes más comprometidos por su cuadro psicopatológico, al mismo tiempo no brindaban la posibilidad de ejercitar destrezas que le sirvan tanto en el campo interpersonal como laboral.

El objetivo de este dispositivo ha sido ampliar las actividades laborales. Actualmente se está comenzando a desarrollar nuevas actividades, que apuntan a un trabajo de calidad donde los pacientes también puedan poner en juego el aspecto estético, tan relegado en los ámbitos de encierro.

Paralelamente, se ha trabajado de manera conjunta con los encargados penitenciarios del área de trabajo para integrar el desarrollo de los talleres con los demás espacios. Se ha logrado:

1. Mejor comunicación entre los profesionales en salud mental y los maestros del SPF. Esto abre una dialéctica dónde los maestros cuentan con más recursos para manejar el espacio de trabajo acorde a un dispositivo terapéutico y a su vez, los profesionales tienen mayor información sobre el estado de los pacientes en espacios que no son el consultorio, los talleres o la guardia psiquiátrica.
2. Establecer una dinámica en el espacio laboral que supere a la modalidad de un régimen común, que resulta expulsiva o perjudicial para la población con problemas de salud mental.
3. Mayor compromiso y presentismo en los distintos espacios laborales. Se ha trabajado sobre la dinámica interna de los espacios, dónde el presentismo era menor al 50%. En la actualidad se ha duplicado el presentismo y se han reducido casi a cero las ausencias por licencia médica.

Se está proyectando la donación de la producción de la huerta a un comedor comunitario, con el fin de poder darle un sentido distinto al trabajo y a la producción, acentuando el compromiso y la sensación de reparación sobre el sinsentido de una producción sin un fin claro.

El objetivo final es, en la medida de la posibilidad de los pacientes, contar con un lugar dónde se sientan alojados, donde encuentren un sentido a su labor diaria más allá de la monetaria, que sea parte de un tratamiento integral que apunte no sólo a su recuperación psiquiátrica sino comunitaria y social. También implica un trabajo con el personal del SPF, en tanto se necesita de un dialogo permanente, y un repensar de manera conjunta las funciones y los objetivos del área.



# Área sociocultural

## Presentación y fundamentación de los talleres grupales



En la actualidad puede advertirse, en el discurso cotidiano y concreto, un prejuicio: el arte y las actividades artísticas son accesorios, no son prioritarios ni necesarios, ya que no tienen una incidencia preponderante en las vicisitudes importantes de la vida, tanto en una sociedad como en el nivel individual.

Sin embargo, y ésta es la apuesta, el área sociocultural es para este programa una parte complementaria del abordaje terapéutico integral del dispositivo de tratamiento y quienes forman parte de este equipo la consideran fundamental en lo que respecta a la reconstrucción del lazo social, al entrenamiento y fortalecimiento de habilidades que contribuyan al proceso de recuperación de la salud. En este sentido, la grupalidad es un ámbito potencialmente enriquecedor y favorecedor de los procesos de desarrollo de la subjetividad y, al mismo tiempo, del crecimiento a partir de los intercambios producidos.

Las actividades que se realizan en los talleres, o las actividades socioculturales son un vehículo privilegiado para el crecimiento y enriquecimiento subjetivo.

Los talleres otorgan a los pacientes la oportunidad de sumergirse en la aventura de poder hacer algo nuevo desde uno mismo, permite al sujeto inventarse y desplegarse en su acto artístico.

La propuesta consiste en que todos los talleres pueden brindar una "apertura" a la subjetividad, ahí donde los sistemas o abordajes demasiado codificados y estandarizados no logran tener eficacia.



La posición en este campo es sostener la apuesta al sujeto; es otorgar una oportunidad al nacimiento y al crecimiento subjetivo, íntimamente ligado al acto de creación. Desde esta concepción, esto implica como efecto el nivel terapéutico máspreciado. El apuntar a una subjetividad singular que pueda instituirse en el mundo.

La implementación de normativas y reglamentaciones generales tiende a borrar las singularidades subjetivas que podrían manifestarse en conductas, deseos, acciones novedosas, ya que las mismas no están previstas ni incluidas en el reglamento (y nunca podrán estarlo, ya que se trata de manifestaciones de la singularidad, lo cual implica que son imprevistas, espontáneas y no generalizables).

Es en relación a esto último que los talleres pueden brindar dentro de una institución un lugar diferente donde lo que se privilegia es la iniciativa y creatividad singular, espontánea, no predeterminada ni reglamentada de antemano. Se lo puede imaginar funcionando como un “pulmón subjetivo” que evita el peligro de asfixia al cual, a veces, el sujeto queda expuesto cuando se siente demasiado “encerrado”.

En los talleres la propuesta apunta (entre otros objetivos) a la posibilidad que brinda el interactuar socialmente, ya que permite y facilita el contacto y la comunicación con el otro, quien a su vez aporta su mirada de aquéllo que se produce, favoreciendo el diálogo y la interacción de los pacientes con su entorno social.

Es por eso que una parte fundamental de los **talleres** está orientada a la realización de una muestra como momento de apertura del ámbito institucional al social que permita a los pacientes ser reconocidos y valorados como productores a partir de sus producciones.

Salir a mostrar las producciones es una forma de integración con la comunidad o sociedad, ya que les permite la interacción con el otro, la devolución, una respuesta del “otro social” que se afectó por la producción artística y le devuelve su visión, su opinión o emoción. Esto ya es un **lazo social**. Esto implica ya de por sí un logro subjetivo importante: la socialización, el poder inscribirse como uno en la sociedad (aun cuando sea en un sector restringido de la misma), ser reconocidos y reconocerse por y con relación al otro.

La población destinataria de los talleres es heterogénea en relación a grupos etéreos, diagnósticos psiquiátricos, momento evolutivo de la patología que padecen y situación legal. Se puede observar como factor común

la situación de vulnerabilidad social histórica y la situación de encierro que se encuentran atravesando.

En los talleres no se busca la excelencia técnica, sino el proceso creativo por el cual se va aprehendiendo una técnica específica al mismo tiempo que se trabaja grupalmente, encontrándose con el otro, recuperando lazo. Las producciones grupales son superadoras de las individuales: se recupera la potencialidad de cada individuo, poniéndola al servicio del grupo. Se focaliza la mirada en el proceso poniendo al aprendizaje como una excusa para encontrarse con el otro y recuperar lazo social.

Dice Carballada: "El lazo social, desde esta perspectiva, construye subjetividad a través de diferentes modalidades de relaciones, intercambios y formas de reciprocidad entre los individuos. De esta manera, la intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura en cada circunstancia singular".<sup>(1)</sup>

En la actualidad, en nuestra sociedad, el trabajo dejó de ser el gran articulador de la vida cotidiana de los sujetos; muchos de los pacientes alojados en el dispositivo no tienen historial laboral y es posible que tengan muchas dificultades para insertarse en ese contexto a futuro. En este sentido, el área sociocultural promueve la inclusión de los pacientes en un contexto social donde deben interactuar con otro y aceptar sus diferencias, promoviendo la tolerancia, el trabajo en equipo, la aceptación de normas y un encuadre. Por lo tanto, este espacio funciona como un articulador de la vida cotidiana de los pacientes dentro del Dispositivo de Tratamiento.

Se trabaja con encuadres definidos y flexibles al mismo tiempo. Por un lado, hay una necesidad de dinámicas claras con reglas que organizan la tarea. Pero, a su vez, los coordinadores deben tener la capacidad de ir tomando aquello que surge de manera inesperada en el encuentro, ir abordando los emergentes grupales, siempre priorizando la construcción de lazos.

Dentro de los distintos espacios, se trabaja creativamente con las capacidades, habilidades y virtudes de los pacientes, promoviendo la maximización de sus potencialidades, para que puedan adquirir herramientas para su futura inclusión social.

(1) CARBALLEDA, ALFREDO, "La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas", en *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n° 65, Argentina, julio de 2012, [en línea], <http://www.margen.org/suscri/margen65/carballada.pdf>

## 1. Taller de Arte

Este taller tiene como objetivo principal incentivar la producción artística por parte de quienes participan, atendiendo a sus posibilidades, favoreciendo el intercambio de ideas, generando un espacio de expresión y comunicación donde se vuelquen opiniones, inquietudes y experiencias, relajando el modo de pensar y sentir sobre la realidad cotidiana. Se trabaja con una actitud dinámica que permite vislumbrar la transformación de la realidad, con conciencia de que esto no se logra en forma individual sino que siempre es una tarea de todos.

Dicho espacio se plantea como un lugar recreativo, contenedor, motivador y, sobre todo, como un grupo de trabajo donde la colaboración, el intercambio de ideas y el respeto de las diferencias se ven potenciados. En especial, se intenta que los asistentes al taller puedan descubrir que son capaces de crear con sus propias manos, de convertir una idea en algo real, para así potenciar la confianza en el trabajo artístico individual.

Siguiendo a Paulo Freire (1993) se sostiene que:

“Enseñar es un acto creador, un acto crítico y no mecánico. La curiosidad de profesores y de alumnos, en acción, se encuentra en la base del enseñar-aprender. La relación dialógica no anula, como se piensa a veces, la posibilidad del acto de enseñar. Por el contrario funda ese acto, que se complementa y se sella en el otro, el de aprender y ambos sólo se vuelven verdaderamente posibles cuando el pensamiento crítico, inquietante del educador o de la educadora no frena la capacidad del educando de pensar o comenzar a pensar críticamente también. Y es por eso que el educador tiene que ser sensible, tiene que ser esteta, tiene que tener gusto. La educación es una obra de arte. Una de las tareas del educador es rehacer esto, en el sentido que el educador es también artista, él rehace el mundo, repinta el mundo, recanta el mundo, redanza el mundo”.

### 1.2. Propuesta metodológica

El taller se planteó en diferentes etapas. Una primera etapa que consiste en una charla introductoria que permite un primer acercamiento y diagnóstico con los asistentes. Se propone detectar conocimientos previos, intereses y preferencias de los mismos, que permitan plantear las etapas sucesivas de manera acorde a las necesidades detectadas.

Posteriormente, se desarrollan diferentes actividades lúdicas para experimentar con diferentes materiales y técnicas. Se intenta que los mismos sean lo más variados posibles, para no limitar las capacidades expresivas de los participantes. En este sentido, se incorporan también, además de los materiales más tradicionales, materiales descartables como papel de diario, cartón, etc.

Se implementan actividades grupales, con el fin de favorecer el intercambio, la colaboración y la complementariedad entre los asistentes al taller. También se propone la articulación con otros talleres socio-culturales: con el taller de teatro, por ejemplo, se trabajó en la elaboración de máscaras con materiales descartables (papel de diario, cartón, etc.), que luego fueron utilizadas para la expresión teatral favoreciendo la interacción y la construcción de lazos de los pacientes y de los profesionales entre sí.

Como uno de los principales objetivos del taller es favorecer la producción artística por parte de los participantes, en la siguiente etapa del taller se incentivará a los mismos a presentar un proyecto individual. Por lo tanto, se desarrollarán espacios de diálogo en los que los asistentes al taller puedan plantear intereses y el docente pueda guiarlos para el cumplimiento de este objetivo. Para facilitar la apropiación del taller por parte de sus asistentes, éste siempre queda abierto a sus propuestas, constituyéndose así en un espacio dinámico y flexible.

## 2. Taller de Circo

Se trata de un espacio artístico que está centrado en el desarrollo de destrezas circenses como ser malabares, monociclo, música, etc.

Una de las cuestiones que se tienen en cuenta es la polaridad "arte/técnica", entendiendo el primer término en su sentido de producción creativa y, el segundo, como el conjunto de aspectos que encuadran, ordenan y brindan medios para la expresión. Se considera necesaria la obtención de un equilibrio integral que posibilite el desarrollo de ambos aspectos.

En segundo lugar, el eje "procesos/resultados" es otra de las claves para pensar el espacio: ya desde su planteo inicial se buscó desarrollar la idea del aprendizaje a través del error, de la importancia de sostener un proceso de aprendizaje con escasos resultados inmediatos pero que, gradualmente, va mostrando sus frutos. Tolerancia a la frustración, la posibilidad del sostenimiento de proyectos y la recompensa no inmediata del esfuerzo son características que implícitamente se trabajan durante los encuentros.

Por último, el eje "individual/grupal" es otra de las claves: la posibilidad de tener en cuenta y trabajar tanto el desempeño individual de cada participante como el rol que ocupa en la dinámica grupal, así como al clima generado por la actividad es otra de las claves en este proceso.

Los objetivos principales que animan el espacio son: que los participantes puedan incorporar conocimientos técnicos específicos en lo que respecta a la práctica de malabares y otras vinculadas con el circo, que desarrollen formas para la expresión en general y que puedan incorporar el concepto de aprendizaje a través de error.

Se intenta propiciar un lugar de encuentro entre los participantes que posibilite a su vez el contacto e intercambio entre los mismos. Se busca fomentar el disfrute y la recreación como recursos fundamentales, tanto para la recuperación como para el mantenimiento de la salud psicofísica.

La dinámica del taller comienza con actividades de entrada en calor por medio de diversos movimientos que permiten el estiramiento y la relajación. Luego, se propone una actividad lúdica grupal (que implican destrezas relacionadas con los malabares) en donde todos los participantes intervienen conjuntamente. Se continúa con una actividad de malabares con diversos elementos; esto incluye la presentación de cada una de las rutinas específicas a realizar con cada elemento para continuar con un espacio de práctica libre. Finalmente, se realiza el cierre musical del encuentro con la participación de todos los integrantes, mediante el canto y la ejecución de instrumento. Se interpretan temas conocidos por los participantes y se componen canciones propias que identifiquen el espacio.

**Actividades especiales.** Periódicamente se plantean objetivos específicos planificados durante un número limitado de encuentros. Ejemplo: construcción de los "devil sticks" (elemento para la realización de malabares), actividad durante cuatro encuentros.

Al mismo tiempo, se realizan actividades conjuntas con otros espacios del área, lo que fomenta la articulación entre los mismos, la participación y contacto entre los pacientes que participan y los profesionales que lo coordinan.

### 3. Taller de Lectura de Diarios y Radio

El taller de Radio posibilita la utilización de la voz como un instrumento para poder expresarse a través de la palabra, herramienta fundamental para el tratamiento en salud mental. Un taller que se centra en este instru-

mento favorece el despliegue de la comunicación y fomenta la generación de vínculos con los otros, funcionando así, además de como espacio terapéutico, como un espacio socializador.

Es por esto que el taller promueve un modelo comunicacional participativo, que moviliza a los pacientes para que actúen según sus propias ideas y necesidades. Se genera así un espacio de pertenencia, en el cual se participa no como individuo anónimo, sino como un sujeto con nombre, que tiene una forma de pensar, de sentir y de trabajar.

Para realizar esta tarea se ha convocado a un experto en radiodifusión, quien acompaña a los profesionales, aportando su conocimiento específico.

En una primera etapa se trabajó a partir de la voz y las sensaciones que ésta genera al ser escuchada por uno mismo, realizando grabaciones que luego se reproducían. En un segundo momento, se comenzó con el armado de un programa de radio, con columnistas, conductor, noteros y entrevistas a los distintos actores que intervienen en la escena cotidiana.

A partir de este momento, surgió espontáneamente la interacción con el Taller de Lectura de Diarios, que funcionaba de manera independiente. Este taller aportaba el material necesario para el debate y discusión en el marco del programa.

El espacio de lectura de diarios intenta permitir a los pacientes el contacto y la vinculación con las noticias de la actualidad ya que la lectura que se realiza da lugar a pequeños debates sobre temas de interés propuestos por los mismos participantes del taller. El objetivo terapéutico está centrado en mantener el lazo social con la realidad en la cual los pacientes se encuentran inmersos, independientemente de su condición de detenidos.

El funcionamiento articulado de ambos talleres se organiza partiendo de la lectura de los titulares y luego de las noticias que cada columnista elige, procediendo a la lectura de la nota seleccionada y al debate que ésta habilita. Posteriormente, se comenta y reflexiona sobre ello, y se fomenta la opinión valorativa de cada uno de los integrantes.

Queda aún pendiente implementar una segunda etapa en la cual el proyecto de Radio pueda expandirse atravesando los límites del espacio terapéutico, siendo escuchada en primer lugar dentro de la sala y habitaciones de este dispositivo, para luego expandirse al resto de los módulos del complejo.

## **4. Taller de Cine**

El taller de Cine es un espacio lúdico que brinda la posibilidad de observar con los ojos de los protagonistas de los films y, por un instante, experimentar sus sentimientos, alegrías, sentirse héroes y protagonistas. Esto permite olvidar, aunque sea por un momento, el contexto cotidiano de encierro y aislamiento.

### **4.1. Modalidad de trabajo**

Para comenzar los encuentros se realiza el proceso de elección de la película a proyectar en el día; se intenta que este proceso se realice de manera consensuada entre los participantes y, en algunos casos, se somete a votación. Se intentan rescatar los saberes previos que cada participante trae consigo, sumando los aportes de cada uno.

Se propone la reflexión de los participantes, con el acompañamiento de los talleristas en relación a la temática presentada en las películas proyectadas. A veces, ésta aparece en el transcurso de la exhibición por tratarse de algún interés muy significativo para ellos, y en otras ocasiones puede darse hacia el final del encuentro.

Se observa una evolución significativa a lo largo del desarrollo del taller. En una primera etapa, se logró una integración grupal importante a lo largo de la cual se ha demostrado un aumento de la confianza y el respeto entre los participantes, al igual que una mayor solidaridad entre los mismos. Se incrementó la capacidad de escucha entre ellos y una atención más prolongada, logrando permanecer en actitud de espectadores durante todo el tiempo que transcurre la película.

Desde el comienzo se ha definido claramente el taller como un ámbito cuyo objetivo es que genere bienestar, una paradoja si se tiene en cuenta la violencia de la que muchos son víctimas y/o victimarios. Se considera que el hecho de sostener este espacio fue generando vínculos positivos entre los pacientes y una comunicación más fluida, lo que se traduce en una marcada disminución de la violencia cotidiana.

## **5. Proyecto de videoteca**

La videoteca surge a mediados del 2013 a partir de una demanda explícita de los pacientes que participaban del taller de Cine.

El proyecto fue pensado con el objeto de generar un espacio de intercambio de contenido audiovisual a fin de facilitar la inclusión social y el derecho

de acceso a la cultura de los pacientes internados en el dispositivo de tratamiento. Se parte de una concepción más integral de la salud mental, lo que incluye además de los componentes biológicos y psicológicos, los aspectos culturales, sociales e históricos.

Se pudo concretar en la práctica a partir de una donación privada que puso a disposición alrededor de 500 títulos, que fueron oportunamente catalogados en forma conjunta entre pacientes y profesionales. Como resultado de este trabajo, se ha consensado un reglamento por escrito a fin de regular el funcionamiento de la videoteca, designando un paciente responsable por planta de la entrega y devolución de las películas.

Actualmente, los pacientes retiran un promedio de 20 películas semanales, generando un espacio de sociabilización e intercambio que busca romper la lógica del encierro propia de la institución carcelaria.

## 6. Taller de Juegos

Desde este taller se intenta proporcionar mediante el juego (actividad cultural inherente al ser humano) situaciones que estimulen el sentido del humor como estado de ánimo y como actitud necesaria para afrontar la vida diaria del paciente que padece la situación de encierro.

El juego es un gran recurso de la humanidad, para llegar por vía optimizante a la persona y, así, convertirse como elemento humanizador de la sociedad a menudo violenta con él.

Se considera el hecho de “jugar” como una forma para mejorar, para realizarse, buscando o encontrando sin buscar experiencias placenteras de alegría y esperanza, en la que se representan momentos en donde la vida pueda por momento ser más y mejor vivible. En el juego se encuentra parte de la felicidad y el bienestar, porque el juego es algo propio, inherente a las personas.

El ser humano necesita de la seriedad y de la alegría al mismo tiempo, emociones que pueden ser proporcionadas por las vivencias del juego, que hacen posible el enriquecimiento integral en sus distintas formas y, por lo tanto, se constituyen en un medio liberador asociado a la capacidad de pensar y crear.

El taller tiene una frecuencia semanal, de una hora de duración y la coordinación es interdisciplinaria (psiquiatra, psicólogo y trabajador social). Se intenta acercar el juego al lugar de encierro donde viven los pacientes y



se los invita a traspasar por una hora dicho lugar para "jugar". Los coordinadores son los encargados de propiciar un entorno suficientemente satisfactorio para que los actores puedan desarrollar sus capacidades individuales. Asimismo, ordenan y legitiman la actividad teniendo en cuenta tanto las diferencias individuales como los intereses y las expectativas de los integrantes del grupo.

Se propician los encuentros en un espacio de convivencia donde los pacientes se observan a sí mismos y se relacionan con el otro fundando compromisos de respeto mutuo. En esa dinámica de relaciones se logrará la aceptación que conlleve a procesos de transformación, liberación, transmisión de experiencias y posibilidad de reflexión de las distintas realidades que los atraviesan.

El jugar con los otros posibilita la emergencia del sujeto que se apropia del espacio, es protagonista y libre en sus movimientos y en su búsqueda incesante de placer propiciado por el azar.

El taller de juegos también propicia la construcción de un lazo social con un otro, un intercambio solidario de aprendizaje, de respeto, de unión, donde poder acercarnos a ese otro, conocerlo desde un espacio distendido, de encuentro diferente.

Actualmente el taller se desarrolla desde dos modalidades:

- **Modalidad Libre:** Los juegos utilizados son elegidos por los participantes en los distintos encuentros. Generalmente son juegos de mesa basados en la estrategia y la habilidad mental (Carrera de Mente, Scrabel, Dominó, Damas, Ajedrez, Monopoly, Estanciero, Jenga, Batalla Naval, Burako, Dados, Naipes, etc.), y juegos de destreza física (Metegol, Ping-pong, Bowling, Tejo, etc.). En varias oportunidades alguno de los pacientes ha tenido el conocimiento sobre un juego determinado, lo que ha habilitado un intercambio de aprendizaje y enseñanza, marco donde cada uno pudo encontrar una potencialidad y ponerla al servicio del grupo.
- **Torneos:** Se organizan campeonatos con una frecuencia de una o dos veces al mes. De manera consensuada, se elige un juego que será el eje del torneo y los premios que se entregarán cuando éste finalice. Se busca crear intereses y motivaciones nuevas; un modo de responder, desde el ámbito psi, a los factores estresores que se vivencian en el contexto de encierro, y de motivar el trabajo en equipos.

También se realizan "Jornadas Especiales" para festejar algún evento, en las que suelen participar gran cantidad de pacientes. En esta línea se organizó una *kermese* como festejo del día del amigo con la idea de poder

conectarse por unas horas con una realidad diferente a la cotidiana, que recuerda momentos de la niñez, donde se pueda compartir con el grupo momentos diferentes a través del juego.

### 6.1. Objetivos

- Propiciar un espacio libre. El jugar se presenta como una manifestación de la libertad; juega el que quiere, no es impuesto.
- Favorecer la aceptación de normas: las reglas del juego, consensuadas y aceptadas, aportan cierto orden y estructura en un entorno percibido como propio. Suponen, además, el conocimiento de la norma social.
- Promover un entorno con valores como la cooperación, la solidaridad, el sentido de igualdad y el trabajo en equipo.
- Experimentar mediante el juego la sensación de destreza, exponerse a diferentes retos, canalizar el placer o el displacer provocado por la realidad caótica que atraviesa el ser humano y como vínculo simbólico con la realidad.
- Desarrollar la creatividad, establecer confianza, y fomentar la tolerancia a la espera y a la frustración de la pérdida.
- Promover al juego como modo de enriquecer las posibilidades de enfrentar la realidad y encontrar nuevos recursos para solucionar problemas.

Como dice George Bernard Shaw: “No dejamos de jugar porque envejecemos, envejecemos porque dejamos de jugar”.

## 7. Taller de Música

Este taller propone trabajar la subjetividad a partir de la música, en tanto elemento mediador del cuerpo y la palabra. La música es una forma de constitución subjetiva del ser humano; desde el surgimiento del hombre en la cultura ha sido un medio de expresión que condensa tanto la capacidad de transformarse en una experiencia estética como un medio de comunicación de sentimientos, pensamientos o ideas en y entre los hombres.

“La música es un elemento privilegiado para trabajar desde la salud puesto que en ella se condensan tres elementos clave para la promoción y protección de la salud: la acción sobre el sistema psicoimmunoneuroendócrino, la característica de ser construcción y transmisión cultural y portadora de identidad, y la posibilidad de dinamizar lo comunitario y la participación”<sup>(2)</sup>

(2) PELLIZZARI, PATRICIA y RODRIGUEZ, RICARDO, *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*, Bs. As., Ediciones Universidad del Salvador, 2005, pp. 59/60.

Dentro de las diversas variedades de los elementos musicales, el taller propone trabajar con canciones, por componerse éstas de dos elementos singulares y complejos: por un lado, la melodía, la armonía y el ritmo —que, con sus tiempos, silencios, intensidades y duraciones afectan y convocan al cuerpo más acá de la palabra—; por otro lado, las palabras —que, combinadas a través de la metáfora y la metonimia, conforman la poesía—. Ambas vertientes de la canción están interconectadas, pero en cada subjetividad resuenan de diferentes maneras: hay quienes se dejan afectar por la melodía despertando su sensibilidad, dejando en un segundo plano las letras de las canciones; y hay quienes se conmueven por estas últimas, dejando en segundo plano la melodía, posándose sólo en el valor metafórico de la poesía.

Se propone la construcción de un taller que funcione como dispositivo de simbolización, satisfacción y socialización. Las canciones serán el elemento común y mediador que permitirán un trabajo en diferentes registros: imaginario, simbólico y real. En este sentido, se piensa el taller artístico desde una orientación terapéutica que propone diferentes formas de anudamiento.

### **7.1. Objetivos**

La creación de un taller de Música implica necesariamente una interacción entre los pacientes mediante la conformación de un grupo de trabajo. Se conoce la dificultad que se presenta con frecuencia en escuchar y ser escuchados. Este obstáculo se puede trabajar, casi por definición, en un taller de Música en el que los pacientes se apropien del espacio.

Otro objetivo propuesto es ampliar los medios de expresión de cada paciente. Esto conduce a que cada uno pueda singularizarse, diferenciarse de su condición de "preso", y a que se puedan definir roles en esta escena. Habrá quien se sienta cómodo tocando un instrumento, y quien lo logre escribiendo o dedicando una canción. Una de las funciones principales de este taller es el abordaje de la relación entre locura, arte y conflicto con la realidad, lo que fortalece el lugar del espacio simbólico y la metáfora.

### **7.2. Actividades**

El taller comenzó con encuentros programados mediante conceptos que permitan el acercamiento a la música, con el fin de que se transmitan los elementos básicos mediante los cuales funcionara el taller. Estos encuen-

tros también actúan como disparadores para que los pacientes puedan manifestar sus intereses y expectativas, elijan su modo de participación y se apropien del espacio.

Cada encuentro cierra con un tema que será utilizado como disparador del próximo encuentro, el cual se plasmará tocando un instrumento, leyendo una canción, cantando, grabando, respetando el espacio de cada paciente, con la debida atención y respeto que el mismo merece.

Con los fines de promover la resocialización de los pacientes y promocionar los vínculos sociales se ha articulado, a modo de taller itinerante, la grabación de producciones musicales en el ámbito civil (por ejemplo, Hospital J. T. Borda) de pacientes egresados del dispositivo. Por otra parte, y con la misma finalidad, se ha trabajado en conjunto con otros espacios socioculturales, como los talleres de arte, teatro, radio, revista, circo y fotografía en vías de la producción interdisciplinaria del CD musical.

## 8. Taller de Cartas

Durante los últimos dos años, un grupo de colegas y un grupo de pacientes (no siempre los mismos colegas y tampoco siempre los mismos pacientes) se ha estado encontrando en un dispositivo particular y específico, en forma más o menos sistemática, llevando a cabo la tarea de intentar producir una propuesta para conformar un taller de Cartas o Escritura.

Este dispositivo se diferencia de lo que usualmente se conoce como literatura. Para empezar, se diferencia en atención a niveles educativos y culturales o a niveles de discapacidad o inhabilidad que restringen el acceso a un taller de literatura pero no de escritura, a la que se puede acceder incluso a través del dictado. Por otra parte, en el objetivo de mantener al otro, al destinatario del escrito, en un nivel menor de abstracción.

El modelo del tipo de escritura propuesto es la carta, aunque no la conformación necesaria de cada escrito en particular. Esto incluye cartas destinadas a familiares, amigos o conocidos; cartas dirigidas a instituciones u organizaciones incluyendo pedidos, reclamos, o mensajes de cualquier tipo; cartas a personajes célebres, diarios, programas televisivos o radiales; cartas en el interior de la unidad, dirigidas a otros pacientes, el personal o los directivos. También cartas sin un destinatario real, a personas ya muertas, al público en general, etc.

Más allá de las patologías particulares, la internación prolongada, y frecuentemente indefinida o definitiva, provoca una configuración muy particular del mundo. El objetivo de esta actividad es intentar establecer un vínculo, o al menos instalar la presencia virtual de un otro más allá del espacio de la internación, un otro a quien dirigirse a través de la correspondencia.

## 9. Taller de Teatro

El taller de Teatro intenta generar un espacio lúdico, en el cual, a través del arte, los pacientes se permitan explorar espacios subjetivos más allá de las contingencias físicas. La premisa es “derribar los muros a través de la imaginación”. La propuesta consiste en que el teatro se convierta y pueda utilizarse como un modo de expresión.

En el espacio de este taller se tiene en cuenta el deseo y las inquietudes de los asistentes. Se parte de la idea de un taller basado en la técnica de teatro pos dramático, cuyos ejes principales son la imprevisión y el juego corporal. Se intenta que los pacientes puedan crear, a través de la improvisación y el lenguaje, su propia dramaturgia, bucear en un teatro lúdico, lejos de la solemnidad y la ampulosidad teatral. Esta línea trabaja con el lenguaje y las formas, a partir de las cuales aparecen las asociaciones poéticas y la emocionalidad.

A través de la técnica se intenta que durante el entrenamiento se proponga una dramaturgia que rompa con lo cotidiano instaurando un “campo poético”. Se propone la construcción de un mundo dramático desde el comienzo de lo ficcional, fomentando en los pacientes el ejercicio de su autonomía.

Simultáneamente, se formula un “campo de opinión”: el sujeto improvisa sobre su parecer a partir de una situación determinada, es decir, la actúa, le da forma teatral. Así, el referido campo de opinión se define un “campo de improvisación” en el que se posibilita la construcción de movimientos en el espacio y la desorganización de lo cotidiano, lo que instauro un orden nuevo —es decir, una nueva manera de estar—, en el que el paciente elige deliberadamente determinadas zonas de representación.

A través del taller se sugiere potenciar una situación dramática en el espacio y en el tiempo, abriendo dicho entorno a otros encadenamientos de situaciones dramáticas, aunque no necesariamente se establezca cierre o final.

Se intenta que las temáticas a improvisar sean sugeridas por los pacientes, para lo cual se propone que, antes del inicio de las improvisaciones, se realice una ronda en la que los participantes, en una tormenta de ideas, formulen los tópicos a trabajar.

El taller comienza instalando un espacio de relajación en el que, a partir de la música y de una guía vocal, se conduzca a los pacientes para que puedan relajar el cuerpo. Este proceso de relajación tiene el objetivo de que el cuerpo se disponga para el espacio poético; es decir, se intenta que no esté impregnado de los vicios y las posturas corporales habituales para dar paso a cuerpos de personajes.

Se considera al teatro como una vía para el tratamiento del individuo aislado hacia el tratamiento del individuo en grupos, del tratamiento del individuo con métodos verbales hacia el tratamiento con métodos de acción. Ciertos aspectos de la enfermedad mental, como son especialmente los síntomas negativos de la esquizofrenia, generan en los pacientes restricciones en las habilidades sociales que producen el llamado "recorte de la cognición social". Si bien el teatro no es un método científicamente demostrado para el tratamiento de estos síntomas, sí se puede pensar que fomenta y desarrolla el vínculo y el lazo social.

El teatro resulta apto para ayudar a los pacientes con trastornos de la personalidad, ya que puede ayudarlos brindándoles herramientas para darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones, conductas y relaciones.

El teatro en este tipo de pacientes, muchas veces, es la vía para aprender a mirar al otro, para aprender a interrelacionarse y a escuchar al otro.

Las capacidades visuoespaciales también se practican en el teatro; la composición de una escena interpersonal ayuda a los pacientes a pensar en su ubicación, en el espacio y en su propio cuerpo; los límites corporales también se ponen en juego en la escena y en el juego teatral.

## 10. Taller de Revista

En el transcurso del trabajo en este dispositivo se ha podido apreciar la diversidad de cuestiones que tienen para transmitir los pacientes. Asimismo, notamos la gran preponderancia social, de marginalidad, de muchos de los casos que atendemos.

En innumerables ocasiones los pacientes llevan a la consulta escritos en forma de poesía, prosa e incluso protesta, pinturas, dibujos, fotos, buscando responder o reflejar sus propias necesidades. Es a partir de ahí que surge la idea de crear una revista en donde la producción individual de cada paciente se vea reflejada en busca de un objetivo común, elevando sus niveles de confianza, autoestima y consolidando un medio de comunicación, expresión, y generando vínculos.

### **10.1. Marco teórico**

La puesta en marcha de este proyecto está ligada directamente a la filosofía del empoderamiento como enfoque participativo, proceso por el cual las personas fortalecen sus capacidades, confianza, visión, autoestima y protagonismo como grupo social, para impulsar cambios positivos de las situaciones en las que viven, integrando la dimensión individual y colectiva. Cada paciente debe apropiarse de lo que produce, sentirse parte, accediendo al control de los recursos materiales y simbólicos.

Pierre Bourdieu fue el primero en hablar de capital social, al cual definió como “el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo”. Su concepto se basa en los beneficios que reciben los individuos en función de su participación en diferentes grupos. La adquisición de capital social es de apropiación individual y requiere la inversión de recursos económicos y culturales.

En lo que hace al término “participación”, básicamente y tomando su uso normal, estamos hablando de “tomar parte”. Participar es tomar parte de algo o en algo.

La participación social es considerada un mecanismo válido para la construcción de sociedades más democráticas, en las que se puedan ejercer los derechos ciudadanos, civiles, políticos y sociales. Una forma de alcanzar la integración y promover la solidaridad entre los miembros del conjunto social estaría dada por la identificación de factores que pongan en marcha procesos de movilización y organización, que junto a otros actores logren el pleno ejercicio de la ciudadanía, como así también el desarrollo humano y comunitario.

#### **Objetivo general**

- Realizar una revista con material aportado por los pacientes del dispositivo de tratamiento.

### **Objetivos específicos**

- Generar un medio de comunicación entre pacientes, profesionales, el SPF y la comunidad.
- Difundir temas de Salud.
- Informar sobre diversos temas que atañen a la población de pacientes.
- Proponer soluciones a problemas comunes.
- Desarrollar habilidades como la escritura, el dibujo, el humor, la crítica.
- Promover la creatividad.
- Difundir las producciones de los pacientes en diversas áreas.

## **11. Taller de fotografía estenopeica**

Este taller surge con el objetivo terapéutico de trabajar la mirada a través del proceso creativo de la fotografía. En esta línea, el aporte de este taller —que enfatiza el proceso mismo y no solamente el resultado— implica la posibilidad de un posicionamiento diferente de la mirada. La fotografía estenopeica no reproduce la imagen exacta que capta el ojo humano, motivo por el cual esta técnica sirve para reflejar diferentes formas de percibir la realidad. Se tiene en cuenta que para el psicoanálisis no existe una única realidad posible, sino que cada uno hace una percepción subjetiva de la misma, un recorte que está estrechamente vinculado con la singularidad de cada sujeto. Las personas con padecimiento mental que participan del taller, también tienen su propia realidad, y a través de esta técnica encuentran otra manera posible de transmitirla.

La fotografía estenopeica es un tipo de fotografía no convencional que se realiza con cámaras artesanales, construidas con cajas, latas o distintos objetos de cualquier forma y tamaño estanco a la luz.

En ellas se practica un pequeño orificio (“estenopo”, en griego), generalmente con una aguja. El resultado de esta construcción es una sencilla cámara oscura en la que se proyecta la imagen exterior invertida (parte óptica). Allí mismo se sujeta el material sensible, ya sea papel fotográfico o película de cualquier formato, que luego se procesará en un cuarto oscuro por medio del proceso de revelado (parte química de la fotografía).

El proyecto incluye en cada paso la toma de decisiones respecto de los intereses y gustos personales, fomenta la curiosidad, el intercambio



de ideas y el respeto por las opiniones diferentes, que incluye desde la elección de los materiales para la construcción de la cámara hasta la elección de lo que se va a fotografiar.

El objetivo terapéutico no es reflejar imágenes perfectas de la realidad, sino mostrar a través de la fotografía las imágenes que cada uno de los pacientes recorta de esa realidad que los rodea y que, por momentos, se les torna insoportable; tal vez tomando pequeños fragmentos de la misma, se logre hacerla más amigable para quienes se sienten amenazados por ella.

Las producciones que se logran a partir de esta técnica son un retrato de diversas emociones, que afloran incluso sin el consentimiento del fotógrafo, al igual que las producciones del inconsciente. Algunas reflejan soledad, tristeza, compañerismo, alegría; pero lo que resulta indudable es que las fotos que se obtienen en el trabajo con los pacientes no son de ningún modo indiferentes a la mirada de los otros.

Walter Benjamin nos dice:

“La naturaleza que habla a la cámara es distinta de la que habla a los ojos, porque un espacio elaborado inconscientemente aparece en lugar de un espacio que se ha elaborado con conciencia. La fotografía con sus medios auxiliares, como lo es el obturador (tiempos extremadamente largos o extremadamente cortos) hace patente el paso del hombre. Solo gracias a ella percibimos ese inconsciente óptico, igual que solo gracias al psicoanálisis percibimos el inconsciente pulsional...”.

## 12. Taller de la Mujer

### *Introducción*

A lo largo de la práctica clínica en una institución de estas características —que conjuga las dimensiones del encierro con el padecimiento mental—, el equipo de profesionales escucha diferentes cuestiones sobre el sufrimiento que se expresan a través del cuerpo como modos de inscripción, marcas, cortes y desinterés. El taller de la Mujer fue necesario para el tratamiento de las pacientes ya que intenta abordar al cuerpo desde diferentes miradas; cuerpo como sede de angustias, cuerpo del otro como algo amenazante al que es necesario lastimar, cuerpo que siente alivio si es cortado.

En relación a lo femenino específicamente se presentan distintos avatares y ciclos por los que atraviesa la vida de una mujer: la pubertad, los dolores menstruales, los embarazos, los partos, la crianza de hijos, la violencia de género, entre tantos otros. Por este motivo surgieron algunas preguntas en particular: ¿cómo van transcurriendo estos cambios en una mujer que se encuentra privada de su libertad en una institución total? ¿De qué modo se puede acompañarlas en el proceso de la elaboración de los mismos?

### **Fundamentación**

El cuerpo biológico con el que nacemos va constituyéndose en un cuerpo humano en la medida en que es libidinizado por otros, quienes, a través de la mirada, la voz, las caricias, canciones, sostenes, lo van armando y constituyendo. El otro primordial, con sus cuidados o sus descuidos, con su amor y sus violencias, tiene efectos subjetivantes o desubjetivantes. Puede brindar una imagen como sede de identificaciones o un lugar vacío, en el que el sujeto podría no hallarse, y las consecuencias de ello se observan en esta clínica en particular. La irrupción del otro y su manejo con este cuerpo no es sin consecuencias.

El cuerpo y su funcionamiento van teniendo una dimensión organizada a partir de la constitución del aparato psíquico y, por ello, son atravesados por la lógica del lenguaje. El cuerpo habla, emana verdades, resulta ser sede de satisfacciones pulsionales que tienden a la satisfacción.

En las personas con padecimiento mental algo de esto podría verse afectado, subvertido, conmocionado, leve o profundamente desarreglado, porque el otro como sostén, necesario para la constitución psíquica, se ha presentado muy fallidamente o no se ha brindado en absoluto.

Como profesionales de la salud se piensa en un cuerpo sensible a las palabras, recorrido por la libido, regido por la lógica del inconsciente, conformado por la relación del sujeto con sus otros personajes significativos. Por tal motivo, se considera de importancia la construcción y posterior desarrollo de este taller, donde participan las pacientes con muy buena predisposición y que marca un antes y después en distintos aspectos de la vida cotidiana, como el arreglo personal, la imagen de sí mismas, etc.

### **Objetivos**

- Brindar un espacio para que las pacientes puedan socializar sus vivencias cotidianas en relación al encierro y lo femenino.

- Trabajar cuestiones relacionadas con su esquema corporal: la representación del propio cuerpo, cómo se ven y cómo las ven.
- Posibilitar y fomentar el acercamiento con otras compañeras a partir de la identificación de vivencias similares.
- Posibilitar vivencias amables respecto al propio cuerpo.
- Promover la circulación de la palabra y la elaboración simbólica de experiencias y vivencias propias.
- Ubicar resonancias promoviendo sentimientos de empatía, solidaridad, cooperación.

### 13. Taller de Peluquería

#### *Fundamentación*

Este taller tiene sus orígenes en una propuesta de una paciente alojada en el dispositivo de tratamiento quien, al escuchar los diferentes talleres que oferta el área sociocultural y circulando por los mismos, y luego de participar del taller de la Mujer, propuso poder armar un espacio de peluquería para las pacientes, ya que poseía formación y experiencia laboral en este oficio. Por lo tanto, la paciente propuso aportar su saber específico en lo que respecta al quehacer de una peluquería y el profesional de la salud mental acompañó la instauración del espacio, aportando la línea terapéutica del taller, que continuó algunos objetivos trabajados en el taller de la Mujer en relación a la imagen personal, a cómo se ven y cómo las ven, con vistas a apuntar a los elementos que resalten lo femenino y al reconocimiento de una mirada como sostén de la constitución de la imagen corporal.

La planificación de dicho taller tuvo en cuenta los intereses y gustos de cada una de las pacientes, fomentando de esta manera la importancia de una elección personal en relación a lo femenino.

#### *Objetivos*

- Brindar un espacio para que las pacientes puedan socializar sus vivencias cotidianas en relación al encierro y lo femenino.
- Trabajar cuestiones relacionadas con su esquema corporal: la representación del propio cuerpo, cómo se ven y cómo las ven, a partir de la realización de lo que cada una quiere hacerse.
- Fomentar la importancia de poder elegir en relación a sus propios intereses y gustos.
- Posibilitar y fomentar el acercamiento con otras compañeras.

- Posibilitar vivencias amables respecto al propio cuerpo.
- Ubicar resonancias promoviendo sentimientos de empatía, solidaridad, cooperación.

### ***Modalidad y dinámica del taller***

Los encuentros tienen una modalidad de taller, con una frecuencia semanal de dos horas aproximadamente. En primer lugar, la paciente que lleva adelante el taller efectúa, el día anterior a la celebración del mismo, un listado con las participantes que asistirán, señalando qué trabajo desean solicitar, para poder organizar mejor el tiempo del espacio. Luego, el día de la peluquería las pacientes se van acercando conforme al listado efectuado. Los trabajos que se desarrollan son corte de cabello largo y corto, peinados diversos, planchado de cabello, manicura de manos y pies, y maquillaje de rostro.

## **14. Taller de Bordado**

La propuesta de conformar un taller de Bordado tiene como finalidad crear un espacio que esté centrado no solamente en el aprendizaje y perfeccionamiento de técnicas para la intervención de aplicaciones en ropa y accesorios, sino también constituirse como un lugar donde haya un acercamiento a una producción creativa.

Durante estos dos años de experiencia en el área sociocultural se pensó en la construcción de distintos talleres con una mirada integral para poder potenciar las distintas facultades que cada paciente dispone y ha aprendido a lo largo de su historia de vida. Desde este taller se trabaja con la historia de vida de cada una de las participantes, bordando y bordeando aquellas experiencias difíciles de la niñez, adolescencia y adultez, con el objetivo de que, entre punto y punto, puedan construir un espacio diferente de significación sobre dichas vivencias.

Es importante el armado de un encuadre que posibilite la creatividad, la expresión y las relaciones entre las participantes, promoviendo un espacio seguro, en relación a límites claros de tiempo, espacio y objetivos a trabajar.

La técnica de bordado, tiene reglas propias que es necesario conocer para lograr un buen trabajo. Por tal motivo, en un primer momento se apunta al conocimiento de los materiales y los distintos puntos básicos (hilván, sufilado, punto atrás y punto medio) que, en su combinación, producirán

trabajos que impliquen la creatividad de cada participante. Para ello, se tiene en cuenta la técnica del bordado como un proceso de aprendizaje cuya importancia radica en poder sostener la actividad en un tiempo determinado, donde los resultados al principio son escasos y se evidencian los errores en mayor grado. La tolerancia a la frustración, poder armar y desarmar, el reconocimiento del esfuerzo para lograr la finalización de un producto, el manejo de ansiedad, son aspectos que se trabajan en el taller.

### ***Objetivos específicos***

- Que las participantes puedan incorporar conocimientos técnicos específicos en lo que respecta al conocimiento de materiales de arrastre (formas y colores), procedimientos de aplicación sobre materiales diversos y los puntos básicos del bordado (hilván, sufilado, punto atrás, punto medio).
- Que las participantes desarrollen formas para la expresión en general, según sus gustos e intereses.
- Que las participantes puedan incorporar el concepto de aprendizaje a través del error: en tal sentido, se trabaja con el armado y desarmado de puntos.
- Promover un lugar de encuentro entre las participantes que posibilite, a su vez, el contacto y circulación de la palabra, facilitando así la elaboración simbólica de sus propias vivencias significativas.
- Fomentar el disfrute y la recreación como recursos fundamentales, tanto para la recuperación como para el mantenimiento de la salud psicofísica.
- Ubicar resonancias entre las participantes, para favorecer sentimientos de empatía, solidaridad y cooperación.



# Asambleas



## 1. Asambleas de convivencia

### *Fundamentación*

Se parte de considerar a las asambleas de convivencia como uno de los espacios privilegiados para avanzar en la deconstrucción de las condiciones que sostienen y reproducen formas de violencia y humillación al interior de la institución penitenciaria. En este sentido se concibe el espacio de la asamblea desde un punto de vista que conjuga la dimensión política y la dimensión afectiva de la disposición subjetiva de cada uno de los participantes.

### **Así entendida la asamblea se propone incidir sobre:**

- Las modalidades de lazo que tienden a instituirse entre los pacientes;
- Las formas de violencia que se reproducen al interior de las relaciones entre los pacientes.
- Las modalidades específicas de resolver las problemáticas que surgen en la convivencia.
- La lógica de la resignación que se actualiza en cierta disposición pasiva en relación a los malestares institucionales y predisposición a la queja que acaba siendo funcional al estado actual de las cosas.
- Los códigos propios de la cultura carcelaria que tienden a reforzar la dinámica relacional dentro de la institución.
- Esta definición de los objetivos se sostiene en la conceptualización que entiende que la violencia es un fenómeno en sí complejo, transversal a los distintos estratos y susceptible de adoptar formas variables según el nivel de análisis e integración.

## 2. Asambleas Multifamiliares

### *Introducción y Fundamentación*

La realización de las Asambleas Multifamiliares es de suma importancia en pos de una posible reinserción social de los pacientes, como así también para su tratamiento dentro del programa Prisma, trabajando en el fortalecimiento de los vínculos que los unen con el "afuera".

A partir de las intervenciones profesionales se ha podido apreciar la diversidad de dinámicas familiares al tiempo que se descubre cómo éstas influyen de distintas maneras en cada uno de los pacientes.

El Proyecto de las Asambleas consiste en generar la posibilidad de mantener encuentros semanales con los familiares y referentes afectivos de los pacientes. Para la realización de las mismas primero se mantienen entrevistas con las familias y los referentes afectivos de los pacientes, quienes demuestran un particular interés en poder mantener mayor contacto con los profesionales, así como poder contar con un espacio para manifestar sus angustias, miedos, dudas, necesidades, dificultades en los vínculos familiares.

Desde este espacio, y en lo que respecta al aspecto vincular, se trata de fortalecer los lazos familiares y sociales de los pacientes, entendiendo a la familia como eje fundamental y pilar de donde pensar todo trabajo. Es la familia quien puede aportar datos de diferentes vivencias subjetivas de cada paciente y colaborar con la historización cuando el paciente no puede hacerlo por diversos motivos.

Se sabe que la familia tiene lugar sobresaliente en organización social de todas las sociedades. La familia está encargada de la provisión de las necesidades básicas y fundamentales para la vida. Pero también se debe pensar en una comprensión más amplia de la familia, pensándola como una construcción social, la cual varía de una sociedad a otra y se modifica en el tiempo. Más allá de lo cual se entiende que la familia posee un rol tan importante para los sujetos, aportando pautas, formas de comportamiento, estableciendo límites y cuidados, que son transmitidos por medio de los roles que encarna los integrantes de la familia.

Por todo ello, se sostiene la importancia de otorgarles un espacio de reflexión, contención, un lugar propio para elaborar el vínculo con sus familiares, actualmente privados de su libertad y con padecimientos mentales

graves; brindarles un lugar para preguntar y preguntarse por la enfermedad mental, el sufrimiento, un espacio para poder escuchar a otros, con sus vivencias y así quizás poder encontrar puntos de encuentro que ayuden a entender y significar situaciones vividas.

En este aspecto se resalta lo fundamental el trabajo en grupo. El sentido y el valor del trabajo grupal radica en la relación que establecen los miembros entre sí, en la situación de grupo que actúa como contexto y medio de ayuda, en la potencia grupal. Con esto se quiere decir que la participación en un grupo donde se habla de diferentes situaciones, problemas o intereses comunes, ayuda a comenzar a hablar, y la presencia de los profesionales apunta a modificar o transformar aspectos sociales que fueron negativos para el sujeto o la familia, trabajar aspectos que generan conflictos, producen sufrimiento e impide desarrollar capacidades, afectos y relaciones.

### **Objetivos**

- Propiciar y favorecer un espacio de comunicación entre los profesionales y los familiares, un espacio de reflexión, contención y discusión de diversas situaciones problemáticas.
- Propiciar la circulación de la palabra.
- Proponer soluciones a problemas comunes.
- Trabajar sobre las potencialidades de cada grupo familiar.
- Trabajar con material específico que sirva como acompañamiento de los temas que aparecen en los encuentros.







# Algunas de las actividades desarrolladas en el Programa



Talleres productivos. Trabajo en la huerta.



Talleres productivos. Trabajo en la huerta.



*Kermesse*: actividad desarrollada en el marco de "Jornadas Especiales".



Taller de Juegos.



# Consideraciones finales



Este texto ha tenido la intención de transmitirles cuáles son los principios, algunos de los problemas y el sentido de nuestro trabajo para que conozcan la línea sobre la cual venimos trabajando.

Quisiéramos terminar afirmando que las cuestiones que pensamos y escribimos no son cuestiones que estén cerradas. Si bien tenemos claros los lineamientos generales, los trazos gruesos, resulta que en el ejercicio y la práctica siempre aparecen situaciones dilemáticas que nos obligan a repensar todo de nuevo o que nos presentan facetas y dimensiones que antes no veíamos con tanta claridad. Por eso el trabajo que venimos haciendo hace ya unos siete años en Salud Mental, al interior de la institución penitenciaria, ha ido mutando, ha ido repensando su orientación en la medida que el escenario fue cambiando a la luz de nuevos contextos políticos, institucionales y clínicos, en la medida que fuimos formando una experiencia, en la medida que aparecieron problemas nuevos y en la medida que nos fuimos planteando nuevos objetivos.

Este Programa es un gran desafío para quienes lo integramos: intentar realizar un tratamiento desde un contexto de encierro con sujetos con un doble atravesamiento desde lo penal y el padecimiento mental se transforma en un camino con muchos obstáculos pero con pequeños grandes avances que impactan favorablemente en la población con la que trabajamos todos los días.

Por supuesto, estas transformaciones no se realizan en soledad. Son parte de un movimiento mayor que logra encontrar y conectar fuerzas instituyentes que provienen de las regiones más heterogéneas.

*Equipo de Profesionales del Programa PRISMA*



# Bibliografía



BUTLER, JUDITH, *Marcos de guerra. Las vidas lloradas*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 2010.

CASTEL, ROBERT, *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*, Bs. As., Manantial, 2004.

CARBALEDA, ALFREDO, “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas”, en *Revista Margen de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, n° 65, Argentina, julio de 2012 [en línea], <http://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

CELS, *Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina*, Bs. As., 2007.

FERRARI, KARINA, *Musicoterapia, Aspectos de la sistematización y la evaluación de la práctica clínica*, Bs. As., MTD Ediciones, 2013.

FOUCAULT, MICHEL, *La hermenéutica del sujeto*, Bs. As., Fondo de Cultura Económica, 2000.

FOUCAULT, MICHEL, *Los anormales*, Bs. As., Fondo de Cultura Económica, 2000.

FREIRE, PAULO, *Pedagogía de la Esperanza. Un reencuentro con la pedagogía del oprimido*, Bs. As., Siglo XXI, 1993.

FREUD, SIGMUND, “Dos artículos de enciclopedia: “Psicoanálisis” y “Teoría de la libido”, en *Obras Completas*, vol. XVIII, Bs. As., Amorrortu Editores, 1923-1922.

GOFFMAN, ERVING, *Estigma. La identidad deteriorada*, Bs. As., Amorrortu Editores, 2006.

GOFFMAN, ERVING, *Internados*, Bs. As., Amorrortu Editores, 2001.

KANDINSKY, WASSILY, *De lo espiritual en el arte*, Tlhuapan Puebla, México, Premia editora, 1979.

LACAN, JACQUES, *Seminario 16. De un Otro al otro*, Bs. As., Editorial Paidós, 2012.

LAURENT, ERIC, *La escritura en la psicosis*, EOL, 2001.

MOISE, CECILIA, *Prevención y Psicoanálisis: Propuesta en salud comunitaria*, Bs. As., Editorial Paidós, 1998.

PELLIZZARI, PATRICIA Y RODRÍGUEZ, RICARDO, *Salud, Escucha y Creatividad. Musicoterapia Preventiva Psicosocial*, Bs. As., Ediciones Universidad del Salvador, 2005.

SCHAPIRA, DIEGO; FERRARI, KARINA; SÁNCHEZ, VIVIANA Y HUGO, MAYRA, *Musicoterapia*. Abor-



daje Plurimodal, Bs. As., ADIM Ediciones, 2007.

Sozzo, MÁXIMO, “¿Metamorfosis de la prisión? Proyecto normalizador, populismo punitivo y ‘prisión depósito’ en Argentina”, en *Urvio. Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, Quito, Ecuador, Programa de Estudios de la Ciudad, 2007.

MATERIAL TEÓRICO conceptual realizado por el Lic. Vitalich en el marco de las Capacitaciones al Personal del SPF.

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, ley 26.657.

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MUSICOTERAPIA DE ARGENTINA, Anteproyecto 2012.

