

# Salud mental y prisiones

R Herrera Valencia

Psiquiatra. Coordinador del Equipo de Salud Mental del Distrito Bahía-Vejer. Cádiz.

Las conclusiones finales del trabajo son resultado del trabajo desarrollado en un marco concreto observacional y operativo; posiblemente otros encuadres permitan la emergencia de otros fenómenos y otras teorizaciones.

La organización de un marco de colaboración estable y programado entre los servicios médicos de las prisiones del Puerto de Santa María I y II y el E. S. M D. "Bahía" se estableció en el año 1991, año en el que el equipo reestructura su organización basándose en el modelo asistencial comunitario.

Desde esa orientación entendimos que el conjunto poblacional de ambas prisiones constituían, por su volumen poblacional y por su perfil, una población en riesgo.

Por ello, se diseñó un programa específico que, aunque con algunas modificaciones, se mantiene vigente. Los servicios médicos de prisiones se definieron como equipo básico de asistencia primaria y les aplicamos el programa habitual de coordinación asistencial y formativo común para los centros de primaria de nuestro distrito sanitario. Ya, en este periodo de programación, pudimos percibir las ansiedades que la relación con el ámbito presidiario generaban en el seno de nuestro equipo; unas dimanaban de la relación con el aparato judicial (peritaciones, informes, declaraciones, juicios, etc.) y otras de la tipología socio-sanitaria de los usuarios (marginalidad, delincuencia, consumo de tóxicos, etc.); la dificultad para la elaboración de dichas ansiedades originó el que la coordinación asistencial fuera asumida por el coordinador del equipo.

Con estas premisas se estableció que las demandas asistenciales procedentes de la población reclusa, tanto las ordinarias como las urgentes, deberían seguir los canales y normas habituales para el conjunto de los ciudadanos; así los reclusos son atendidos en nuestro Centro, previa petición de cita, a demanda informada y valorada por el facultativo de prisiones. En general se procura que las demandas sean atendidas por el responsable de la coordinación a fin de facilitar el posterior seguimiento y colaboración; si la si-

tuación clínica lo requiere los pacientes son atendidos periódicamente como visitas sucesivas.

En nuestro criterio el que los reclusos sean atendidos en nuestros locales, pese a que comporta un esfuerzo de coordinación para el traslado con las Fuerzas de Orden Público, contribuye a mantener estable el encuadre observacional y terapéutico y a normalizar e integrar la asistencia a este grupo poblacional. Salvo algún caso aislado los agentes policiales aceptan quedarse fuera del despacho y respetar el derecho del interno a la privacidad e intimidad; en estos años no se ha producido un solo altercado, ni situación violenta.

Las ofertas terapéuticas, dentro de la gama de recursos disponibles en el equipo (programa de pacientes en riesgo, programa de atención comunitario a la psicosis, intervenciones familiares,...) quedan reducidas a intervenciones farmacológicas, entrevistas dirigidas al esclarecimiento emocional y, en casos aislados, a psicoterapias focales y breves.

Es evidente, y este hecho forma parte de nuestras reflexiones finales, que la pena de pérdida de libertad, conlleva, de hecho y no inevitablemente, la pérdida de otros derechos no incluidos en la condena, en este caso el derecho a beneficiarse de determinados recursos terapéuticos.

Las posibles indicaciones de tratamientos en un encuadre hospitalario encuentran serias dificultades. La asistencia en la Unidad de Agudos de nuestro hospital de referencia, por las distorsiones que conlleva la presencia en la sala de los agentes de custodia, es un hecho excepcional; salvo situaciones extremas en las que se solicita el ingreso del interno en el Psiquiátrico Penitenciario, la enfermería del Centro Penitenciario es utilizada como espacio de observación y tratamiento para la atención a situaciones críticas; se hace evidente que una enfermería general no es el espacio idóneo para la atención a situaciones críticas psiquiátricas.

La indicación de tratamiento rehabilitador, para los casos de trastornos psicóticos crónicos conlleva el traslado del interno al Psiquiátrico Penitenciario;

desconocemos los datos necesarios sobre el funcionamiento de estos Centros.

El programa de colaboración con los Servicios Médicos de Prisiones se completa con el desarrollo de actividades formativas. Media mañana al mes nos desplazamos al Centro Penitenciario; trabajamos material clínico, "casos problema", sobre el que se desarrolla una reflexión teórica y terapéutica. Cuando surge un interés específico sobre un tema (suicidio, psicosis, simulación, conducta violenta,...) dedicamos una o varias sesiones al trabajo teórico. El material clínico y las modalidades de intervención ha permitido ir desarrollando un análisis institucional.

Durante estos años se ha podido realizar un trabajo de investigación epidemiológica estudiando la "prevalencia Goldberg" en población reclusa y la incidencia del encarcelamiento como factor de riesgo dentro de los "stressfull life-events". También se han comunicado distintos aspectos de nuestra experiencia en Congresos.

El aspecto formativo se completa con las rotaciones por nuestro Centro de facultativos de prisiones.

Fruto de esta experiencia es la reflexión, que a continuación desarrollaremos, y las conclusiones finales del informe.

## ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Es suficientemente conocida la escasa capacidad rehabilitadora, último fin constitucional de nuestro sistema penitenciario que acapara altos índices de reincidencia delictiva. Con independencia de las causas ligadas a este hecho que tienen su origen en factores sociológicos que pesan sobre la población reclusa (bajo nivel cultural, extracción social marginal, bajos ingresos económicos familiares...), y al altísimo porcentaje de reclusos drogodependientes inmersos en procedimientos judiciales ligados directa o indirectamente con consumo de tóxicos, más de un 70% de los ingresos en prisión tienen relación con delitos contra la salud pública, creemos que en dicho déficit rehabilitador incide también de manera notable el funcionamiento institucional. Dicho funcionamiento tiende a evitar, en una colusión entre internos y funcionarios, el contacto emocional con el hecho delictivo que generó la pena de privación de libertad.

Al comienzo de nuestra relación con los Servicios Médicos de Prisiones nos llamó la atención el que en los informes clínicos que nos remitían sobre los pacientes no constara, ni se recogiera, dato alguno acerca del tipo de delito cometido, dato que consideramos de alto interés a fin de valorar aspectos ligados entre

el tipo de delito (estafa, homicidio, robo, tráfico de estupefacientes...) y la estructura de personalidad, la psicopatología expresada y las posibilidades terapéuticas. El que este dato sea habitualmente desconocido, no tenido en cuenta, no sólo por el personal sanitario sino, en general, por los funcionarios de prisiones, el que no se hable, no se conozca, no se trate, el hecho concreto por el que un ciudadano está en prisión, indica la colusión a la que nos referíamos. La convivencia institucional entre funcionarios e internos incluye una defensa fóbica, una separación dissociativa entre el antes y el ahora, entre la vida extramuros y la vida carcelaria. La consigna institucional se constituye en torno a una norma que sería: "Usted pórtese aquí bien, trabaje para reducir pena y salga cuanto antes". Las posibilidades rehabilitadoras desde esta dinámica institucional que evita activamente las posibilidades de contacto y elaboración emocional con los sentimientos de culpa está absolutamente imposibilitada.

Es llamativo en esta misma línea la ausencia de los psicólogos de prisiones en las actividades que venimos desarrollando; la función de estos psicólogos, los que serían los representantes de la vida mental en la institución, se reduce a, mediante el uso de pruebas instrumentales, valorar la peligrosidad potencial intrainstitucional del interno y clasificar su paso por los distintos grados regimentales; no intervienen asistencialmente sobre aspectos psico(pato)lógicos individuales de los internos, ni sobre las dinámicas grupales o institucionales.

De esta forma el mandato constitucional rehabilitador en la práctica se reduce a que el interno evite el desarrollo de conductas disruptivas intrapenitenciarias.

Otro aspecto que también nos llamó la atención y que ilustra el funcionamiento polusivo, fue el uso de un "argot" común, el lenguaje carcelario, por los funcionarios y los internos; como fenómeno grupal, creo que expresa la construcción defensiva de una cultura idiosincrásica que refuerza la disociación entre institución carcelaria y sociedad civil y que origina identificaciones confusas, adopción mimética de estilos, entre funcionarios e internos, lo que impide las necesarias diferenciaciones para que se pueda tratar el sentido último de la privación de libertad.

El tipo de ansiedad predominante es de tipo paranoide; la vida institucional se organiza como defensa muy primitiva para la contención, que no elaboración, de dicha ansiedad. Los internos se sienten amenazados entre ellos y por los funcionarios, éstos se sienten amenazados por los internos y por la Administración y ésta, a su vez, por los agentes sociales

(partidos políticos, sindicatos, prensa,...); las dificultades institucionales para organizar formas de elaboración de la ansiedad menos rígidas y primitivas, se ponen de manifiesto en el alto índice de bajas laborales, entre un 20 y un 30% que sufren los funcionarios y en el desarrollo en los internos de conductas sumisas, elaboración hipocondríaca de quejas a fin de objetar cuidados médicos que atenúen dichas ansiedades o incrementando dicha ansiedad paranoide, mediante su actuación creando terror en la institución con autoagresiones, secuestros, motines...

Las aportaciones de M. Foucault en "Vigilar y castigar", señalando cómo "la penitencia ha pasado, en nuestra cultura, del castigo corporal a actuar sobre la vida mental mediante la suspensión de derechos ciudadanos; esta actuación sobre la vida mental ejecutada a través de la pérdida de libertad, debe posibilitar la presencia en el ámbito institucional penitenciario, de una psicología operativa, no exclusivamente defensiva y al servicio del orden institucional; consideramos que hay que atender y minimizar el riesgo que la privación de libertad por sí misma, como factor de riesgo, comporta para la salud mental.

#### **1. Análisis interinstitucional: Salud mental-Prisión**

Consideramos a la institución psiquiátrica como la organización social que tiene por finalidad, entre otras, la atención de ciudadanos que, por diversos motivos biológicos, psicológicos y sociales, presentan, en mayor o menor medida, una disminución de su libertad interna que les genera limitaciones en el ejercicio de sus libertades sociales.

La institución penitenciaria, tal como es entendida actualmente, tiene por finalidad actuar sobre la persona que ha sido condenada a sufrir la pérdida de la libertad, con el fin de que durante su encarcelamiento rehabilite los factores que han incidido en el desarrollo de su conducta delictiva.

El ámbito epistémico de la moderna institución penitenciaria se dirige pues a un objeto próximo al definido para la psiquiatría; para una el significado y actuación sobre la conducta delictiva y para la otra la conducta anómala, compartiendo ambas instituciones, por lo tanto, zonas de intervención que tienen por objeto la vida mental y la conducta relacional significativa del ser humano.

El hecho de que hasta fechas muy recientes en nuestro ámbito, la institución psiquiátrica asumiera la potestad de privar de libertad mediante el internamiento y custodiar a las personas cuyas alteraciones de conducta, motivadas por trastornos mentales, pudieran promover daños para sí mismos o para los demás, delimitaba, a riesgo de introducir abusos, como es patente que se produjeron, con cierta nitidez, el campo de intervención técnica de la institución penitenciaria y de la institución psiquiátrica. El cierre de los psiquiátricos, el abandono de las funciones custodiales que en ellos ejercía la psiquiatría, está promoviendo que estas funciones sean asumidas por la administración de justicia ocasionando que por orden judicial y ante la carencia de garantías custodiales psiquiátricas, se estén promoviendo ingresos en prisión, al menos de modo preventivo, de enfermos psiquiátricos que presentan ciertos riesgos de generar con su conducta patológica "alarma" social. Queremos señalar el riesgo de que por esta vía el presidio vuelva a poblarse, como en una situación pre-pinehana, de psicóticos, trastornos graves de personalidad, deficientes mentales...

En esta situación que estamos describiendo, creemos inciden las dificultades que para su desarrollo está encontrando, por causas ideológicas y económico-sanitarias, el modelo comunitario que tiene por objetivo apoyar la capacidad de contención e integración por la propia comunidad de las conductas disruptivas de sus miembros con el apoyo de los recursos técnico, sanitario y social.