

# Vicisitudes en el ingreso y la emergencia de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario

**Luis Ohman**

*Médico Psiquiatra y Psicoanalista  
Director del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave  
Director del Proyecto de Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal)  
E-mail: luisohman@yahoo.com.ar*

**Germán Alberio**

*Médico especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal  
Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave  
Coordinador del Servicio de Observación y Evaluación Psiquiátrico (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)  
Docente autorizado de la Cátedra II de Medicina Legal de la UBA  
Médico Psiquiatra de planta del Hospital Braulio Moyano*

**Matías Bertone**

*Licenciado en Psicología  
Especialista en Neuropsicología Clínica (Neurobehavioral Institute of Miami, revalidado Colegio de Psicólogos de la Prov. de Bs. As. Distrito XV)  
Master Universitario en Neurociencias y Biología del Comportamiento (U. Pablo de Olavide)  
Doctor en Psicología con Orientación en Neurociencia Cognitiva Aplicada (U. Maimónides)  
Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave  
Psicólogo de la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)*

**Edgardo Márquez**

*Licenciado en Trabajo Social  
Miembro del Programa Nacional de Atención del Interno con Enfermedad Mental Grave  
Trabajador social de la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del SPF)*

---

## Resumen

En el presente trabajo se realiza una investigación exploratoria sobre la Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal), con el objetivo de estudiar el proceso de cambio que implicó la instauración de un nuevo modelo de atención de la salud mental del paciente psiquiátrico prisionizado y las consecuencias de el cambio de paradigma asistencial. Se concluye con el señalamiento que representa dentro de un Tribunal Penal que la situación del paciente-interno sea clarificada y encarrilada rápidamente y, por otro lado, desde el Cuerpo Médico Forense un trabajo de mayor celeridad; en ambos ámbitos, una reducción relativa del trabajo.

**Palabras clave:** Reforma - Servicio Penitenciario – Unidad 20 – Paciente psiquiátrico.

VICISSITUDES OF HOSPITALIZATION AND EMERGENCY IN A PRISON PSYCHIATRIC HOSPITAL

## Summary

This paper evaluates the Reform of the Psychiatrist Central Ward for Men (Unit 20 of the Federal Prison System). The aim is to study the process of adopting a new paradigm for medically assisting psychiatric prisoner-patients and its consequences. It concludes that the medical condition of a psychiatric prisoner should be clarified and referred to the Department of Forensic Medicine by a Criminal Court straightaway, and that the Department of Forensic Medicine should act more promptly. It also suggests the relative reduction in working hours of both teams.

**Keywords:** Reform - Prison system - Unit 20 - Psychiatric patient.

---

## Introducción

Este trabajo es el producto de una investigación exploratoria seria y amplia de la Reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20 del Servicio Penitenciario Federal), que estudia exhaustivamente el proceso de cambio que implicó la instauración de un nuevo modelo de atención de la salud mental del paciente psiquiátrico *prisionizado* y sobretodo, las consecuencias de este cambio de paradigma asistencial, donde lo crucial resulta el respeto radical por el enfermo mental encarcelado. Estos pacientes conforman un colectivo social en particular situación de vulnerabilidad, y un grupo de riesgo con “debilidad jurídica estructural”, lo que conlleva la necesidad de una protección especial por parte del derecho y del sistema judicial en su conjunto.

El cronograma de trabajo del presente estudio consiste en desarrollar la propuesta de cambio que implicó el proyecto de diagnóstico y reforma de la Unidad 20 en relación a la atención del paciente psiquiátrico *prisionizado* tras las denuncias efectuadas por Organismos de Derechos Humanos. Y finalmente, revisar la tarea realizada en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP), a través de consideraciones estadísticas y las conclusiones obtenidas en relación a la experiencia inédita que implicó la implementación de este dispositivo asistencial dentro del ámbito penal.

## Materiales y métodos

Este documento científico emplea como fuente la bibliografía y la experiencia cotidiana de quienes suscriben (miembros del equipo interdisciplinario del SOEP) y como método la búsqueda y el análisis de consideraciones estadísticas en relación al funcionamiento del SOEP, dispositivo asistencial de características inéditas en cuanto a su inclusión dentro del ámbito penal e independiente de la autoridad penitenciaria.

El desarrollo incluye un estudio descriptivo y transversal de una muestra de pacientes psiquiátricos prisionizados que ingresan en la Sala de Evaluación y Observación Psiquiátrica del Servicio Psiquiátrico Central de Varones.

La muestra (n = 706) fue seleccionada a partir de los sujetos ingresados durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011. El SOEP acoge los ingresos de pacientes procedentes de las distintas unidades penitenciarias federales, e incluso de los tribunales, cuando el sujeto ha sido recientemente detenido y se considera necesaria su evaluación por sospecha de afección psiquiátrica.

La valoración fue realizada durante las primeras 72 horas de ingreso. La información se recopiló a partir de la entrevista inicial del médico de guardia en el momento del ingreso, la historia clínica y la evaluación del equipo de salud mental interdisciplinario del SOEP.

La información de este estudio observacional se centró en los motivos de ingreso al SOEP, las diferentes modalidades de derivación, el diagnóstico efectuado (según DSM-IV), el cumplimiento de los criterios de admisión, la consideración de los problemas de convivencia, el estatuto de la simulación y finalmente, las externaciones.

El objetivo de este trabajo es transmitir la interpretación y análisis del resultado de dicha investigación.

## Resultados

La reforma del Servicio Psiquiátrico Central de Varones (Unidad 20) constituyó una decisión de estado en materia de una política de derechos humanos.

La perspectiva desde derechos humanos puede pensarse como un atravesamiento relativo a la tarea clínica que toma en consideración a la dignidad como valor.

Hace ya más de tres años se deconstruyó el régimen de aislamiento celular y encierro prolongado en condiciones degradantes y de maltrato que denunciara el Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el *Mental Disability Rights International* (MDRI) entre junio de 2004 y diciembre de 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental.

Hoy existe un nuevo dispositivo, un nuevo paradigma asistencial según el cual el juicio médico prevalece sobre cualquier otra consideración, la cual no sea priorizar el estado de salud del paciente. Estamos en la etapa fundacional de una psiquiatría razonable, calificada, oportuna y ética.

Existe una división de funciones de manera tal que el dispositivo de seguridad depende del Servicio Penitenciario Federal, mientras que el dispositivo de salud mental cuenta con una autonomía relativa, y de soberanía absoluta en la decisión médica.

Se trata de una nueva cultura institucional de respeto radical por el paciente psiquiátrico prisionizado. Una nueva cultura y un nuevo paradigma centrado en el sujeto que padece un trastorno psiquiátrico severo, una concepción de la salud mental de carácter interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Así se instaura un nuevo modelo de atención del paciente psiquiátrico prisionizado (acorde a la normativa internacional en la materia) en consonancia con las tendencias actuales señaladas por los fallos recientes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en cuanto al tratamiento del enfermo mental.

Creemos hondamente en la imposibilidad de abordar situaciones complejas desde marcos cerrados y totalizantes.

El sujeto de nuestro abordaje se caracteriza por su condición de doble vulnerabilidad. Expuesto a una doble condena, por un lado la que deviene de haber cometido un delito, y por el otro, la que deriva de padecer una enfermedad psiquiátrica grave. Es en este sujeto, con estas debilidades estructurales, donde este nuevo paradigma asistencial se propone como prioridad restituir subjetividad (dignidad).

Sintetizando la reforma operada, podríamos decir que ha consistido en los siguientes puntos:

- De identificar una Categoría a entender una Clínica de la Vulnerabilidad.
- De la “neutralización de un ente peligroso” a escuchar el sufrimiento del sujeto.
- De la Institución Total a la Democratización de los espacios.
- De la Desafiliación a la reconstrucción del Lazo

Estas consideraciones marcan el fin de una psiquiatría positivista (peligrosista y clasificatoria), situando el modelo asistencial de la reforma en el horizonte de la construcción de una psiquiatría democrática y de una clínica de la vulnerabilidad (recupera la idea de sujeto) que se propone como prioridad restituir juricidad (dignidad).

En este contexto de crisis y cambio paradigmático, nos interesa abordar las vicisitudes que surgen en el ingreso y en la urgencia de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP).

El ingreso de pacientes en esta "nueva institución" se realiza a través de un servicio de observación, evaluación y diagnóstico centralizada en pacientes agudos y subagudos penitenciarios (de ahora en adelante SOEP dentro del Hospital Psiquiátrico Penitenciario).

Los pacientes ingresan en esta nueva estructura de tipo clínico psiquiátrico como reemplazo definitivo a la modalidad de observación que se tenía en el S.I.T. (Sectores Individuales de Tratamiento).

Al ingreso se le realiza una entrevista con la presencia de por lo menos dos profesionales del equipo de Salud Mental, debiéndose arribar a un diagnóstico presuntivo, una aproximación terapéutica y una derivación acorde al flujograma establecido.

Algunos casos quedarán en el HPP, otros serán inmediatamente derivados a la unidad penitenciaria de origen, mientras que las personalidades anormales con adicciones serán tratadas en una unidad especial de desintoxicación y tratamiento (Anexo 20).

El "Anexo 20" se ubica en el ámbito del Complejo Penitenciario de Ezeiza, con capacidad de 44 plazas, tiene como destino el alojamiento de internos con trastornos de la personalidad severos asociado al consumo de sustancias. Allí se desarrolla el Programa Terapéutico Integral Multidisciplinario (Pro.T.I.M.) con objetivos ligados al tratamiento penitenciario.

La Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica es un dispositivo de atención para los pacientes que son derivados a la Unidad N° 20 del Servicio Penitenciario Federal.

Si bien existen experiencias en la Argentina con esta modalidad de atención, es inédito en cuanto a su inclusión en un Hospital Psiquiátrico que funciona en una unidad penitenciaria.

La Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica es una construcción bajo el modelo de una Cámara Gesell, que dispone de una capacidad para cinco personas, con instalaciones de calefacción, aire acondicionado y sanitario. Además incluye un monitoreo estricto por video-cámara.

El SOEP no es un lugar físico únicamente, esta estructura constituye el núcleo de diagnóstico y admisión a esta unidad psicoasistencial.

Dicho dispositivo constituye la puerta de entrada a la Unidad N° 20 del Servicio Penitenciario Federal (en reemplazo de los antiguos sectores individuales de tratamiento), una unidad destinada a la atención del paciente psiquiátrico prisionizado.

Si bien este dispositivo asistencial está integrado a una unidad penitenciaria, el SOEP está conformado por personal civil dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Un médico psiquiatra, un psicólogo/neuropsicólogo y un trabajador social trabajan en conjunto para realizar una evaluación integral de quienes son derivados a la unidad.

La independencia de la autoridad penitenciaria (carácter civil) ha resultado estratégica a la hora de que el juicio clínico prevalezca sobre cualquier otra consideración, priorizando de este modo el estado de salud de los asistidos (premisa básica del Juramento de Atenas de 1979 sobre instituciones penales).

El equipo interdisciplinario de salud mental parte de la premisa que todos los integrantes del SOEP están en idénti-

cas condiciones de detectar riesgo (distintos paradigmas), de tal manera tal que las decisiones son conjuntas y corresponsables.

Se realiza la evaluación de los pacientes diariamente y en distintos horarios. Así es como se ejecuta un modelo de intervención en crisis (entrevistas frecuentes y múltiples) que habilita un abordaje longitudinal e interdisciplinario diferenciándose del enfoque categorial, estático en el tiempo, de las evaluaciones periciales.

El pasaje de identificar una "categoría" a entender una "clínica de la vulnerabilidad" se orienta en la perspectiva de recuperar la idea de sujeto, a partir de una reconstrucción de su historia biográfica. Entendemos a "ésta" como el camino que debemos transitar para restituir subjetividad, en aquel sujeto donde la tendencia a la uniformización que se asimila en la institución total tiende a borrar toda singularidad.

El tiempo de internación previsto es de 72 hs., sólo en casos excepcionales se ha prolongado la internación de pacientes que planteaban algún grado de complejidad en el diagnóstico y tratamiento.

Se desarrolla una tarea de evaluación, diagnóstico y tratamiento que permite resolver la emergencia, realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado y decidir finalmente si el paciente reúne los criterios de internación en esta unidad.

Los diagnósticos y tratamientos que se efectúan en el SOEP son siempre fundados en base a las necesidades de los pacientes.

El funcionamiento del SOEP se rige por una normativa específica elaborada por la Comisión de Evaluación y Seguimiento del HPP y avalada por disposiciones ministeriales - "Normas Mínimas para el Ingreso, Egreso y Tratamiento en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica"- e incluye aparte del diagnóstico de DSM-IV o CIE-10, uno psicosocial realizado por los trabajadores sociales del HPP, una historia criminal del paciente recluso y una rápida batería de psicodiagnóstico de urgencia. Si fuese necesario se realizan otros estudios complementarios para arribar a este diagnóstico polidimensional que estamos tratando de explicitar.

Todo paciente derivado al Hospital Psiquiátrico Penitenciario deberá encuadrarse en las Normas de Admisión a la Unidad 20.

#### *Criterios de admisión al SOEP*

1. Deben ser ingresados todos los pacientes con Episodios Psicóticos Agudos y Subagudos de cualquier etiología, debiéndose realizar su evaluación inmediata en la sala ante citada y por el procedimiento ante dicho (diagnósticos del DSM-IV o CIE-10 u otro procedimiento de tabulación).

2. Paciente con Elevado Riesgo de Suicidio. Éste riesgo tiene que ser claramente especificado por el médico de la Unidad Penitenciaria desde donde proviene el recluso-paciente. Debe describirse con detalle las medidas tomadas para impedir este acto, el diagnóstico y el tratamiento realizado. Recién en estos casos se puede derivar al HPP, donde se tomarán las medidas adecuadas y se tratará de derivarlo lo más rápidamente posible al lugar de origen.

3. Cuadros de Excitación Psicomotriz de tipo maniaco, maníforme, esquizofrénico o tóxico. Entre estos últimos se prestará atención a los casos de delirium con agitación, producidos por el abuso de tóxicos adrenérgicos. En todos

los casos se deberá explicitar el diagnóstico, el motivo, el riesgo de auto o heteroagresión y se intentará disminuir en el mismo lugar donde ésta excitación se produce usando los medios verbales y psicofarmacológicos necesarios. Deberán ser diagnosticadas con cuidado las “excitaciones reactivas” de las excitaciones maníacas de los pacientes bipolares. Las primeras ceden rápidamente al ser llevados los reclusos a otro lugar del mismo penal o espacios de enfermería, con medidas farmacológicas simples.

#### *Criterios de NO admisión al SOEP*

1. No deben ser ingresados los pacientes con el sólo diagnóstico de “ideación suicida” o “ideación de muerte”, siempre que no presenten planes o tentativas serias de suicidio reciente, con un claro diagnóstico clínico psiquiátrico. Estas “ideas” serán tratadas en el lugar de origen por personal de la misma Unidad, asesorados por el personal de la HPP.

2. Pacientes psicóticos crónicos leves, con retraso mental, o síndromes cerebrales orgánicos de cualquier origen. Estos pacientes de estructura psicótica que no presentan cuadros de descompensación ni intentos graves de suicidio deben ser tratados a través de la medicación adecuada; realizándose consulta con la Unidad HPP ante cualquier duda (necesidad de medicación inyectable u otras). Igualmente la existencia de estos diagnósticos implica algunas veces un pasaje a un juzgado civil con tratamiento en el sistema público de salud.

3. Pacientes con personalidades anormales, según el eje II del DSM IV, con antecedentes de adicciones y autolesiones.

Estas últimas, frecuentes en muñecas y antebrazos, no se realizan con intención de morir, sino en su gran mayoría con intenciones de ser trasladados a un lugar de régimen más benigno o con la simple necesidad de ser escuchados en sus reclamos.

En este ítem se incluyen los reclusos-pacientes afectados por adicciones de todo tipo. Éstos, sí no presentan un cuadro tóxico agudo o subagudo deben ser tratados en Unidades especiales de desintoxicación y rehabilitación.

Previo a la remisión del paciente a la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP), se le efectúa un examen médico-psicológico inicial, que se lleva a cabo en un consultorio externo, adjunto al SOEP, donde se realiza el mencionado estudio clínico de urgencia. En este examen inicial es de fundamental importancia consignar con claridad y en pocas líneas el motivo del ingreso.

En la entrevista diagnóstica de urgencia se toman los primeros recaudos, tendientes a la contención terapéutica que corresponda. El procedimiento es el siguiente:

1. diagnóstico clínico psiquiátrico presuntivo,
2. una propuesta de tratamiento de inmediato y,
3. justificación de la internación del paciente en SOEP.

Este examen posibilita la evaluación respecto de la conveniencia de ingreso del paciente al SOEP.

4. Si las condiciones vitales del ingresante fueren críticas, y no pudiera recibir en el Hospital Psiquiátrico de Varones -U20- el tratamiento adecuado, se lo derivará inmediatamente a un hospital de agudos dando intervención al SAME o con intervención del propio SPF.

Todo ingreso y/o traslado del interno es comunicado al juzgado interviniente o de turno, especificando motivos y destino si correspondiere.

Resuelta la primera observación, el período de estudio que insume una evaluación definida, debe realizarse dentro de las setenta y dos horas (72 hs). A dicho término se forma una instancia denominada Junta Médica Obligatoria presidida por el Coordinador del Área y en la que se incluyen todos los integrantes del Equipo Interdisciplinario del SOEP, siendo avalada ésta por el Director del establecimiento. En ella se realiza un diagnóstico y se aconseja un tratamiento de acuerdo al mismo.

Durante el período de estudio que se extiende desde el ingreso a la unidad hasta la realización de la Junta se debe asentar en la Historia Clínica en forma ordenada y prolija las novedades evolutivas del paciente. Se consignan además, en un libro especial, “Libro del SOEP”, y bajo registro horario la evolución del mismo. Este registro es realizado por personal de seguridad controlado por turno, y con la firma del personal de enfermería.

Al realizarse la Junta Médica Obligatoria ya deberá constar en la Historia Clínica:

- Antecedentes familiares psiquiátricos, penales y de consumo.

- Consumo de tóxicos del paciente.

- Antecedentes psiquiátricos.

- Tratamientos anteriores.

- Motivo de Ingreso: en el examen inicial es de fundamental importancia consignar brevemente y con claridad el motivo por el que ingresa el paciente: Orden Judicial; derivación de otras unidades o aparición de un cuadro compatible con las normas de internación en un hospital psiquiátrico.

- Breve psicodiagnóstico de urgencia. Aparte de las pruebas elementales, las pruebas de personalidad tales como el: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R), el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI-2) y el Inventario clínico multiaxial de Millon (MCM1.3) resultan ampliamente validadas.

- Tratamiento efectuado con las prescripciones medicamentosas y sus resultados.

- Electroencefalograma y otros estudios complementarios que se consideren pertinentes acorde al cuadro psicopatológico u orgánico que presente el paciente.

- Técnicas diagnósticas administradas con sus correspondientes informes.

- Diagnóstico orgánico.

- Diagnóstico efectuado a través de DSM-IV o CIE-10.

- Diagnóstico situacional y social.

- Breve resumen de la historia criminológica del interno.

La información que surja de los ítems ya citados ineludiblemente deberá quedar asentada en la Historia Clínica del paciente. En relación a esto, es de mencionar que existe un derecho específico de los pacientes a la privacidad y confidencialidad de la información que les atañe. En el pasado las historias clínicas además de tener graves deficiencias intrínsecas permitían a cualquier empleado revelar datos del paciente que lesionan sus derechos.

Esta tarea es realizada por los médicos psiquiatras de guardia guiados por el Coordinador del SOEP.

Los informes psicológicos son confeccionados por un profesional psicólogo, preferentemente, aquel que atendió al paciente desde el ingreso.

El diagnóstico situacional-social es confeccionado por un Lic. en Trabajo Social y por todo el equipo interviniente. En relación a este punto estamos en condiciones de afirmar que lo social constituye parte esencial de nuestra clínica.

La historia sólo es consultada por el cuerpo de profesionales y por aquéllos que los jueces designen en su defecto, considerándose ésta como un documento legal de alta confidencialidad en los que deben figurar mínimamente la entrevista libre, el diagnóstico tipo DSM-IV, CIE-10 o cualquier otro aceptado internacionalmente; la anamnesis completa, los antecedentes procesales o historia criminal de los sujetos, indispensable para la correcta evaluación y discusión del caso, punto que en el pasado era inexistente.

Bajo ningún concepto el paciente permanece más de setenta y dos (72 hs.), en la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica.

Cuando se hubiere expedido la Junta médica obligatoria se hará efectivo el cumplimiento en forma inmediata.

- Alta del paciente del SOEP por internación en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario, especificándose Piso y Sala de alojamiento según consideraciones diagnósticas.

- Alta del paciente del SOEP por egreso del HPP y, restitución del interno a la unidad de origen con la indicación de seguimiento por los equipos de salud mental.

- Alta del paciente del SOEP por derivación al Anexo 20, dispositivo de tratamiento penitenciario especializado en el tratamiento de personalidades anormales con proclividad al acting-out y con antecedentes de abuso de sustancias.

- Alta del paciente del SOEP por derivación a Centros de Rehabilitación de Drogodependientes -CRD- dependientes del SPF, especializados en tratamientos de desintoxicación de sustancias.

El SOEP no es lugar de contención de ningún paciente interno del hospital psiquiátrico penitenciario, sólo puede ser usado para los fines para los que ha sido fundado.

El marco legal que regula el funcionamiento del SOEP está dado por un acuerdo tácito entre los diferentes actores que participan en el proceso de decisión respecto del destino de los pacientes que son derivados al dispositivo, a saber, el equipo tratante, el cuerpo médico forense, y las comisiones especiales de los tribunales de justicia.

La junta médica se expide dentro de un plazo breve, en informe único o de sus miembros por separado acerca de la conveniencia de que el interno permanezca en la unidad. En caso negativo, señalará el tratamiento que corresponda y las medidas a tomar. Si fuera el caso indicar las instituciones correspondientes.

La junta médica luego remite el informe al tribunal del que dependa la disposición del interno.

Resulta conveniente en este sentido, que la derivación judicial a la unidad 20 ordene la evaluación de la posibilidad de internación en reemplazo de la actual orden de internación psiquiátrica que reduce considerablemente el margen de manobra. De esta manera, el sistema de salud vuelve a tener la facultad de decir si una persona debe ser o no internada.

El objetivo de estos acuerdos y consensos es proteger la libertad individual y el derecho a la salud mental de aquellas

personas que padezcan severos trastornos de conducta, para las cuales el saber médico propone la internación como un medio para instaurar distintos tratamientos. La internación, por sí sola, no constituye un tratamiento. El objetivo de ésta no será "curar al enfermo mental", sino resolver el problema por el cual se decidió internarlo.

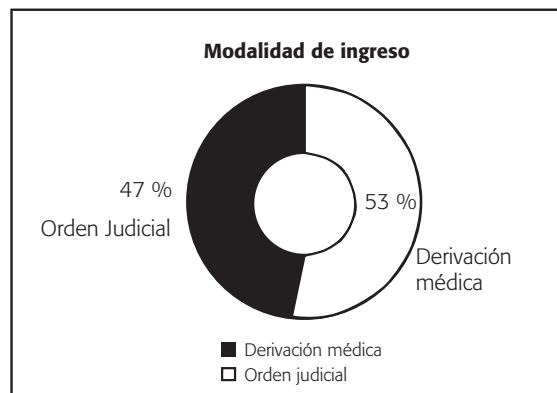
Como puede apreciarse, este proceder que regula el funcionamiento de este dispositivo de evaluación y diagnóstico, determina un mecanismo rápido, dinámico, de conexión fluida con el juzgado que resuelve en un plazo breve la conducta más adecuada para con el paciente, evita las internaciones psiquiátricas innecesarias, con lo gravoso que puede resultar para un sujeto una internación de esta naturaleza, pudiendo beneficiarse con otra medida asistencial; judicialmente permite encausar rápidamente la situación del individuo (si se lo protege o no resulta necesario), permite aunar los criterios de internación tanto jurídicos como del Hospital, evitando aquellas internaciones psiquiátricas en sujetos que también podrían requerir internación pero en otro tipo de institución (débiles mentales, dementes en sentido clínico, toxicómanos) y finalmente desde el punto de vista del Cuerpo Médico Forense, produce una merma en el ingreso de expedientes, ya que igualmente se satisface la necesidad del control judicial de las internaciones, requeridas por los señores magistrados.

Reiteramos que si bien existen experiencias en la Argentina con esta modalidad de atención, es inédito en cuanto a su inclusión en un Hospital Psiquiátrico que funciona en una unidad penitenciaria.

El SOEP es un dispositivo asistencial (no pericial) con dos funciones principales. La evaluación y tratamiento de los pacientes que son ingresados. No es posible aislar dentro del ámbito carcelario la función clínica de los profesionales de la salud, tras el ingreso de un paciente a la unidad, es preciso informar sobre su estado de salud mental, razón por la cual la evaluación debe ser lo más completa, precisa y objetiva posible.

A continuación se agregan algunos datos estadísticos que dan cuenta de la población asistida en el SOEP. Durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011, 706 pacientes fueron derivados para ser evaluados por el SOEP, 335 han sido derivados por orden judicial y 371 por servicio médico desde otra unidad penitenciaria (ver Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Modalidad de ingreso de la población asistida por la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP) durante el período comprendido entre el 22/11/2008 y el 18/03/2011.



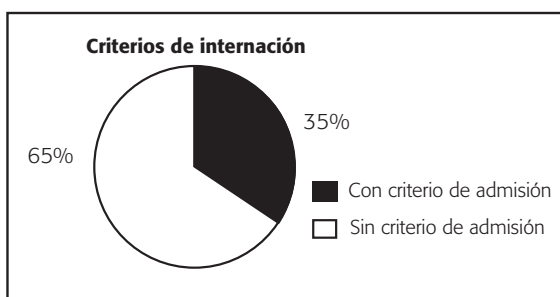


Analizando el perfil de la población asistida en el SOEP podemos encontrar las siguientes características epidemiológicas:

- Adultos jóvenes (edad promedio de 30 años)
- Baja escolaridad (en su mayoría con estudios primarios incompletos)
- Desocupados (el 78% sin empleo)
- Toxicómanos (el 88% abusa de sustancias psicoactivas)
- Sin grupo de apoyo (el 53% carece de visitas)
- Reincidentes (el 78% posee antecedentes penales)

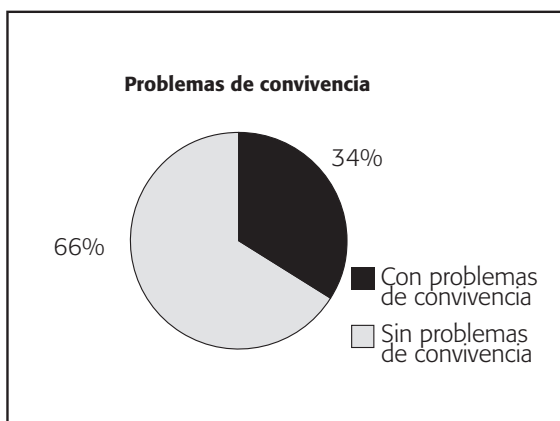
Debe destacarse que desde la implementación de este dispositivo de atención es elevado el número de pacientes que son derivados para su evaluación y que se consideran sin criterio para ser alojados en esta unidad, lo cual da cuenta de la necesidad de reforzar la comprensión de esta unidad asistencial como espacio de alojamiento de enfermos psiquiátricos graves (Gráfico 2).

**Gráfico 2.** Modalidad de ingreso de la población asistida por la Sala de Observación y Evaluación Psiquiátrica (SOEP): cumplimiento o no de criterios de internación psiquiátrica.



El 66% de los derivados desde otras unidades penales han reconocido padecer de problemas de convivencia con otros internos o con personal del SPF, propiciando esto la realización de un episodio autolesivo (generalmente cortes en antebrazos) no con fines ni en virtud de planificación suicida, sino mas bien con el objeto de ser escuchado en sus reclamos o lograr un traslado y así descomprimir la situación (Gráfico 3).

**Gráfico 3.** Problemas de convivencia reconocidos por los internos.



Recordemos que la cárcel es una institución total, en el sentido sociológico del término, y en ella conviven los presos con sus custodios en un equilibrio que con demasiada frecuencia es muy precario y cuyos desequilibrios pueden desencadenar consecuencias fatales. En relación a esto, está ampliamente demostrado que las prisiones, en tanto estructuras cerradas y totalizantes (en el sentido de que arrasan con toda marca de individualidad) son facilitadoras de descompensaciones psíquicas.

Como queda expuesto, el SOEP no se circunscribe estrictamente a problemas psiquiátricos-psicológicos. La problemática dentro de las unidades penitenciarias intenta ser resuelta de manera particular (y errónea) a través de este dispositivo, que sin ser el indicado para esos casos, intenta resolver los conflictos existentes o brinda las herramientas necesarias al paciente para afrontarlos.

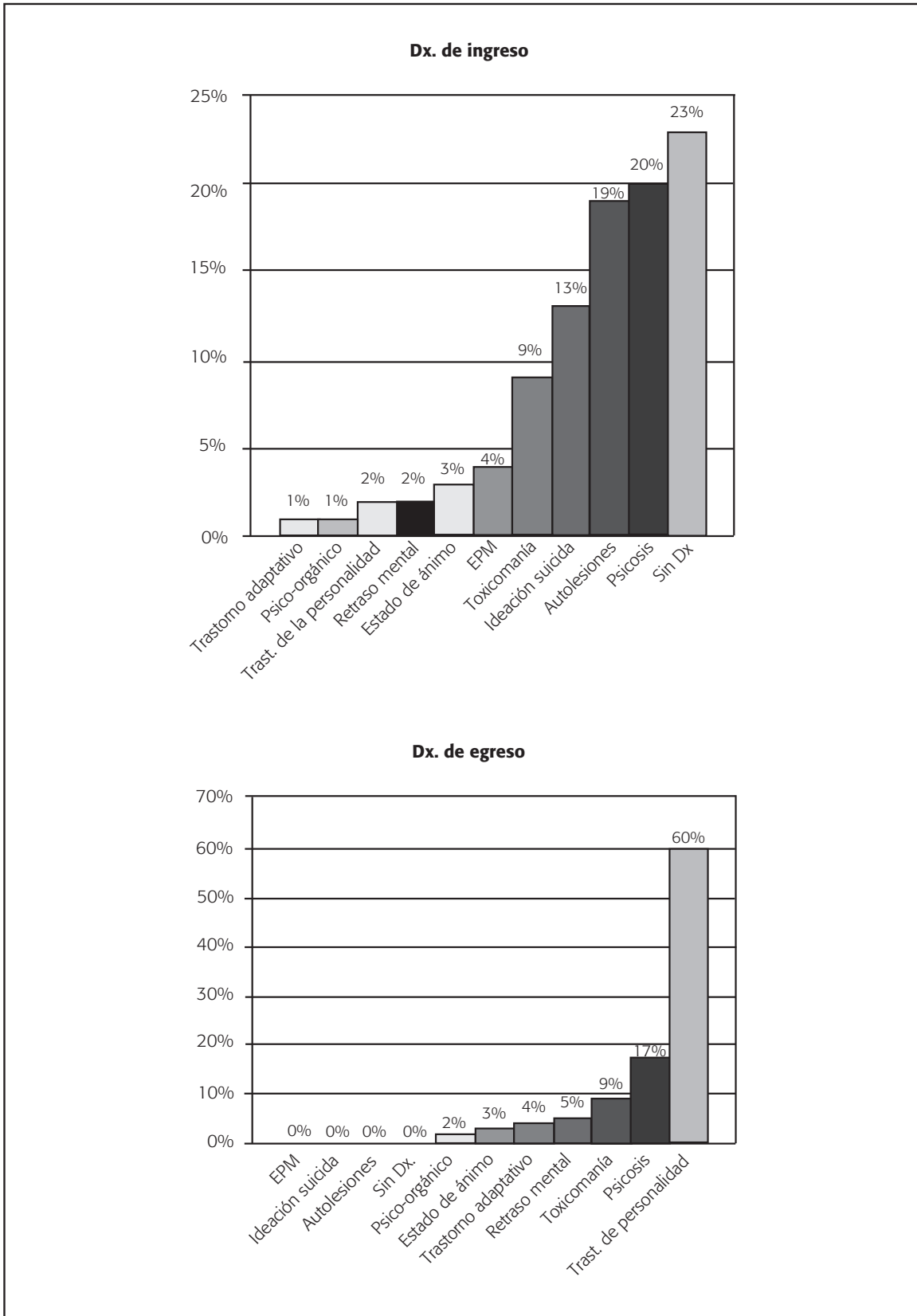
Por eso es también un espacio de estabilización/compensación, el SOEP intenta evitar la "psiquiatrización" de los pacientes, se intenta armar de recursos a quienes por su atención transitan, esto es un esfuerzo por ofrecer y facilitar nunca imponer un cambio en la autopercepción de la persona con el fin de elevar su nivel de invulnerabilidad al sistema punitivo y acotar todo lo posible su estadía en una unidad psiquiátrica.

Teniendo en cuenta las características de la Unidad 20 y la función que cumple el SOEP, podemos afirmar que la gran mayoría de los pacientes allí derivados están "descompensados" de alguna manera. Algunos están descompensados psiquiátricamente, allí el abordaje psicofarmacológico y un seguimiento exhaustivo permiten iniciar un trabajo provechoso con el paciente. Pero como se comentó anteriormente, la Unidad 20 es una unidad psicoasistencial en la cual, no siempre el principal problema a resolver es psiquiátrico. Muchos pacientes llegan descompensados emocionalmente, han sido detenidos hace pocas horas y deben enfrentar un nuevo proceso penal o el alejamiento familiar, la abstinencia a sustancias o simplemente el darse cuenta, luego de una observación de su historia autobiográfica que ha ingresado en una patología de la marginalidad social y delincinencial de la cual no encuentra la manera de salir. Todo eso descompensa, tanto que a veces, estos problemas superan la complejidad de los trastornos psiquiátricos "severos", para ese primer abordaje, para el trabajo en la emergencia, para la contención en la ideación suicida y la estabilización del paciente, sea cual fuera el origen de su descompensación, para esa función esta el SOEP.

Los motivos por los que han sido derivados los pacientes al SOEP han diferido significativamente con los diagnósticos con los que fueron externados (Gráfico 4).

Este fenómeno se da en parte por lo expuesto anteriormente. El contexto en que se evalúa a los pacientes es un contexto de crisis, donde las respuestas conductuales son desadaptadas, la emoción se encuentra lábil, ambivalente y la capacidad para reflexionar y meditar los hechos que acontecen, está en el mejor de los casos, disminuida.

**Gráfico 4.** Diagnósticos de ingreso y egreso al SOEP

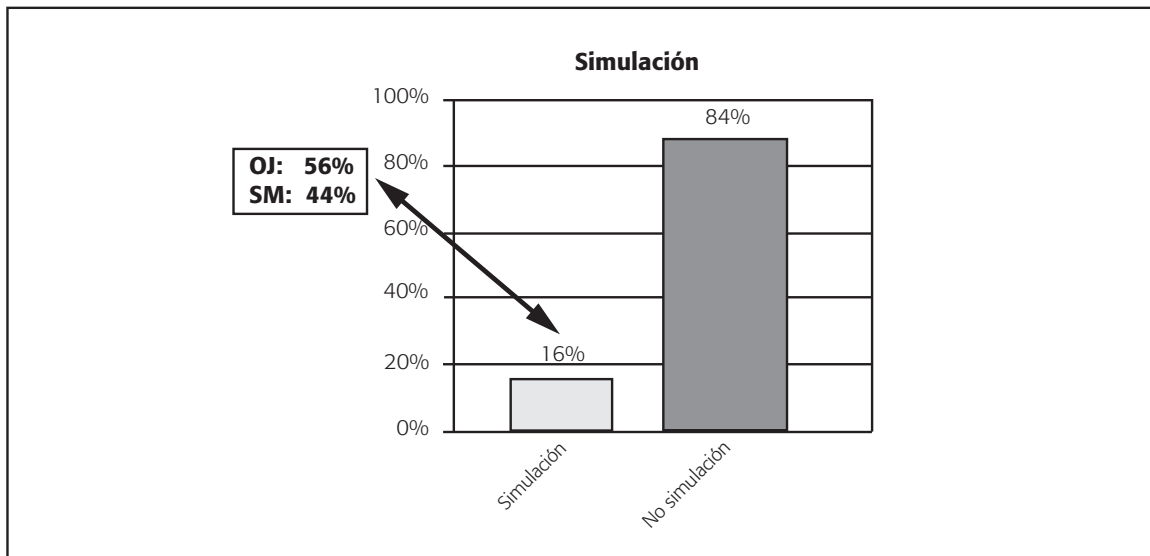


Estas crisis pueden emular ser una patología mental, es por ello que resulta de vital importancia la evaluación longitudinal e interdisciplinaria. La problemática que se trabaja en dichas situaciones de crisis excede la polaridad "loco-sano", no se encuentra en manuales de clasificación de trastornos mentales, ni es posible de dictaminarse en un corte estático de tiempo. Precisa de varias miradas y de las mismas en distintos momentos y exige de una gran formación teórica, práctica y competencias humanas suficientes en quienes abordan la problemática.

Como dispositivo de ingreso en el SOEP se presentan varios casos de simulación de enfermedad mental. Los motivos son comprensibles. En algunos casos ser diagnosticado como enfermo mental repercute positivamente en la causa penal que se imputa, hasta a veces, esto

es utilizado como una estrategia legal para evitar una sanción. En otros casos, por ejemplo, personas ya condenadas, la simulación de enfermedad mental funciona como boleto de traslado desde un lugar de alojamiento en el cual los problemas de convivencia con otros internos representaban un riesgo real para la integridad física de una persona. Existen otras causas que motivan la simulación para el ingreso a la U20, una de ellas es la cercanía familiar, más aún en casos donde la pena se cumple en penales del interior del país, siendo la U20 la única unidad central psiquiátrica de varones con la que cuenta el Servicio Penitenciario Federal, la "locura devenida" de alguien alojado en la provincia de Chaco, por ejemplo, obligaría su traslado nuevamente a la Capital Federal (Gráfico 5).

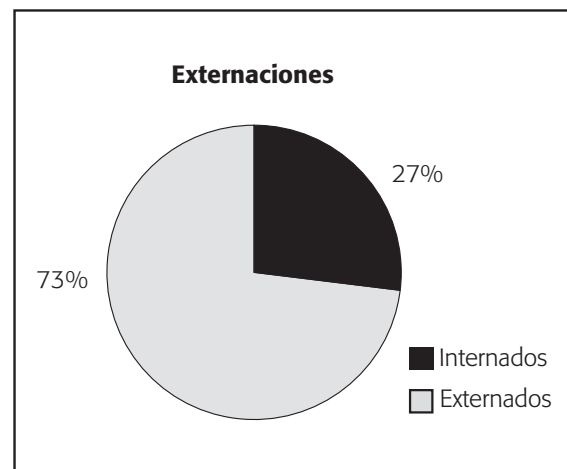
**Gráfico 5.** Porcentaje de simulación de los pacientes alojados en el SOEP.



¿Cuál es entonces la función del SOEP en esos casos? Resolver el problema. Como sabemos, no siempre este problema es psiquiátrico, pero puede seguir siendo un problema. Obviamente la solución diferirá según sus características y habrá distintas complejidades para cada uno. La función del SOEP no es "detectivesca", no tiene como fin descubrir al impostor, el simular estar "loco" habla de la existencia de un conflicto del cual podemos ser parte de la solución. Dicha solución no está vinculada al ingreso del paciente al dispositivo de atención psiquiátrica, los pacientes alojados en la U20 necesitan ser atendidos en un lugar que se parezca más a un hospital que a una cárcel. Esto sólo se logra con criterios de admisión claros, que respeten la creación de un espacio de salud que no sea depositario de todos los conflictos personales o institucionales que existan en el resto de las unidades carcelarias (Gráfico 6).

Como puede observarse, solo el 27% de los pacientes que son enviados a evaluar al SOEP resultan internados, y el 73% debiera egresar del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de

**Gráfico 6.** Porcentaje de externaciones logradas por el SOEP.





diferentes maneras. Se evitan así las internaciones psiquiátricas innecesarias o se efectúa el internamiento en un lugar adecuado a la patología del sujeto. De esta manera, este dispositivo asistencial, resulta una efectiva intervención sanitaria.

En la realidad del trabajo cotidiano existen de hecho dos aspectos a considerar para mejorar en un caso y resolver en el otro. Uno de menor jerarquía y de ajuste más inmediato (en las ocasiones en que se ha presentado) es la coordinación con el tribunal interviniente, y el segundo; el problema de las derivaciones de los pacientes.

Con relación al primero de los puntos antedichos es relativamente frecuente que el oficio judicial no es claro en cuanto a lo indicado por el tribunal, si es que éste ordena la internación o la evaluación del paciente, en algunas otras ocasiones se pide la evaluación y luego no se dispone de fax para recibirla, en otras oportunidades se solicita la evaluación e igualmente se envía el expediente al Cuerpo Médico Forense para ser evaluado por los psiquiatras de allí, produciéndose así una potencial redundancia de informes.

En este sentido la situación se resuelve con relativa facilidad, sea comunicándose vía telefónica con el tribunal y exponiendo la situación, sea reenviando en el expediente el informe oportunamente confeccionado en la SOEP y elevado vía fax.

En cuanto a las derivaciones la situación es más com-

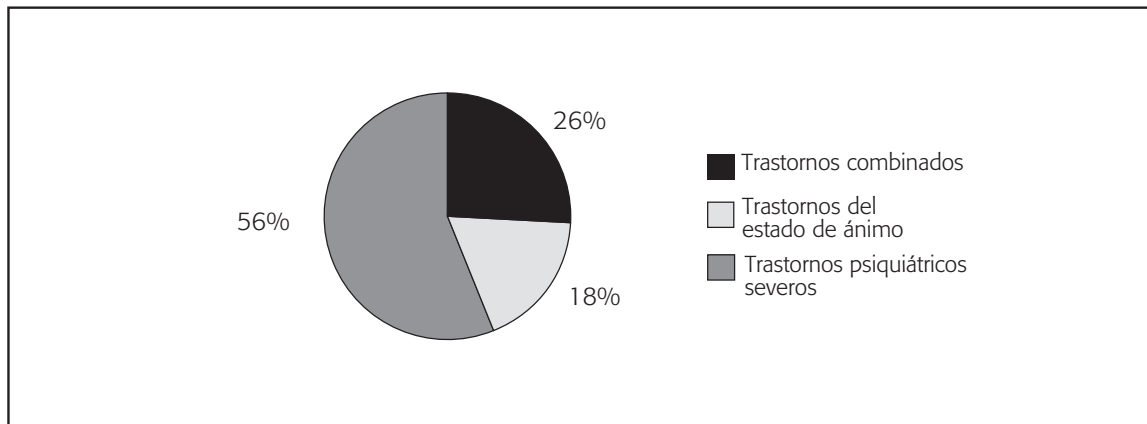
pleja ya que son múltiples las variables intervinientes y el esfuerzo tanto a nivel individual como del equipo en este sentido siempre ha sido denodado.

Digamos en principio que existe un ascenso en la prevalencia de los trastornos de la personalidad en general, y de los consumidores de sustancias en particular, lo cual conlleva un tipo de asistencia posterior al diagnóstico efectuado en SOEP, que generalmente no se corresponde con una internación psiquiátrica y amerita una derivación para internación en otra institución.

En este sentido el rápido acceso a las instituciones especializadas adquiere una relevancia sustancial, aquí los juzgados tienen limitaciones ajenas a su incumbencia, y el paciente no puede ser dado de alta y por consiguiente permanece en el Hospital Psiquiátrico sin que constituya la indicación terapéutica correcta.

Ya en un trabajo efectuado en enero del 2010, que daba cuenta de los trastornos psiquiátricos prevalentes en la sala de internación, encontrábamos que había un total de 56% de pacientes con trastornos psiquiátricos severos (trastornos psicóticos en general), contra un 26% de pacientes agrupados en abuso de sustancias, y trastornos de la personalidad que se encuadramos dentro de los trastornos combinados (Gráfico 7).

**Gráfico 7.** Diagnósticos evaluados en la población alojada en la U20 (enero de 2010).



En este sentido se dispone de una única institución pública en la cual es difícil la obtención de vacantes y por otra parte las becas del SEDRONAR (Secretaría de Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico) ya son difíciles de obtener cuando no están suspendidas, y cuando se las logra, en la mayoría de las veces insumen un tiempo prolongado de gestión, por factores diversos que abarcan desde el paciente, pasando por el hospital, la instancia judicial, la Secretaría de la Drogadicción, la institución que lo recibirá, la eventual evaluación para su traslado, etc.

Otro tanto debe plantearse con los trastornos psiquiátricos severos, dado que las instituciones psiquiátricas argumentan que se hayan imposibilitadas para la atención de pacientes psiquiátricos con antecedentes penales, ya que al

presentar estos, tanto trastornos de conducta como de la personalidad, se requiere un sistema de internación cerrado con personal especializado para su atención. En resumen, se refugian en la idea de que brindan atención con fines terapéuticos y no custodiales con lo que restringen su admisión e incorporación al dispositivo de tratamiento.

### Conclusiones

En general ya han sido expuestos en los párrafos anteriores, pero vale la pena insistir en dos aspectos fundamentales: por un lado lo que representa dentro de un Tribunal Penal que la situación del paciente-interno sea clarificada y encarrilada rápidamente, y por otro, desde

el Cuerpo Médico Forense un trabajo de mayor celeridad y en ambos ámbitos, una reducción relativa del trabajo, que en la época actual del Poder Judicial es algo que debe celebrarse sin más.

El dictamen producido por el equipo interdisciplinario del SOEP tiene como cometido notificar al juez acerca de la conducta terapéutica más adecuada para cada paciente. Este accionar generó una sensible reducción de las internaciones, derivándose también a pacientes a otras alternativas terapéuticas o a establecimientos más adecuados por su patología.

Recordemos que su concreción ha posibilitado un ahorro de internaciones del 70%, evitándose así a los pacientes la privación ambiental; la identificación por el síntoma, la institucionalización de las necesidades básicas; los beneficios secundarios del paciente y la familia.

Constituye ésta una forma eficiente de articular la acción de protección judicial con la pertinencia sanitaria, a través de un equipo interdisciplinario que evalúa al paciente-interno durante un breve periodo apropiado y con los recursos asistenciales a su disposición, generando derivaciones adecuadas a su problemática e, incluso, situación legal. Todas estas herramientas y recursos, resultan de imposible aplicación en el medio penitenciario, al no contar con el adecuado soporte y articulación asistencial.

La intervención de un equipo interdisciplinario facilita la instrumentación de abordajes terapéuticos en los casos en que no es necesaria la internación. De esta forma se habilitan y promueven procedimientos que priorizan el eje terapéutico y asistencial de la internación psiquiátrica, dentro del contexto aceptado universalmente en la actualidad por juristas y médicos, de una medida extrema y transitoria, alejada de una reclusión carcelaria de sujetos peligrosos, orientada sí a una rápida y efectiva intervención sanitaria, así como a la estable resocialización del paciente-interno.

El modelo de la SOEP inauguró una experiencia de abordaje totalmente diferenciado en cuanto no se posicionó en el discurso del amo, sostenido tanto desde la tradición médica internista como desde la acción judicial "operativa", sino en una nueva instancia auténticamente personalizada que trasciende la etiqueta diagnóstica. Esta experiencia desdibuja, definitivamente, la tradicional concepción de internación como sinónimo de tratamiento.

La tradición hospitalaria y el accionar médico, buscando respuestas concretas a demandas urgentes ha gestado una peligrosa intersección con la problemática social y económica, donde la respuesta terapéutica queda imbricada en la necesidad social, deslizando el eje de trabajo a un plano custodial y benéfico.

La experiencia de la SOEP se desarrolló fuera de esa intersección y significó un desafío totalmente nuevo, un modelo de atención en crisis.

En resumen, cuando hablamos de SOEP, hablamos de un lugar de evaluación, de un tiempo de estabilización, psiquiátrico, emocional, familiar, social, etc. Hablamos también de un dispositivo que cuida el espacio de los pacientes que se tratan en la U20 del SPF. Hablamos de un equipo de profesionales de la salud que integra otro equipo aún mayor, que brinda día a día atención psiquiátrica, psicológica y social sin juzgar al paciente e independientemente del crimen atroz que haya cometido. Hablamos de un periodo de adaptación, del aceptar que se está nuevamente detenido, a soportar la incertidumbre de un proceso penal o a neutralizar los temores propios de una primera detención penal. El SOEP representa el tiempo necesario que debe existir para permitir a la persona pensar y sentir, logrando así una mejor valoración del paciente, fuera de la crisis y la emergencia ■

## Referencias bibliográficas

1. Agamben G. Lo que queda de Auschwitz. Madrid, Pre-textos, 1999.
2. Centro de Estudios Legales y Sociales. Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, CELS, 2007.
3. Clemente Díaz M. Los efectos psicológicos del encarcelamiento. Madrid, Alianza, 1986. p. 253-258.
4. Guilis G, Amendolaro R, Wikinski M, Sobredo L. El encierro dentro del encierro. Vertex 2006; 17: 72-77.
5. Hernández M, Herrera R. La atención a la salud mental de la población reclusa. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003; p. 315-319.
6. Herrera R. Salud mental y prisiones. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2000; 2: 138-140.
7. Informe anual del CELS 2005. Disponible en: <http://www.cels.org.ar>
8. Oficina del Alto Comisionado de la UN para los DDHH. "Protocolo de Estambul" en Manual para la investigación y documentación eficaces para la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Serie de capacitación profesional N° 8, Nueva York y Ginebra, 2001.