



PENSAR Y HACER EDUCACIÓN EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

Educación y salud

Algunas reflexiones
sobre las consecuencias del encierro



Ministerio de
Educación
Presidencia de la Nación



PENSAR Y HACER EDUCACIÓN EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

Educación y salud

Algunas reflexiones sobre las consecuencias del encierro



Ministerio de
Educación
Presidencia de la Nación

PRESIDENTA DE LA NACIÓN
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

MINISTRO DE EDUCACIÓN
Prof. Alberto Estanislao Sileoni

SECRETARIA DE EDUCACIÓN
Prof. María Inés Abrile de Vollmer

JEFE DE GABINETE
Lic. Jaime Perczyk

SUBSECRETARIA DE EQUIDAD Y CALIDAD EDUCATIVA
Prof. Mara Brawer

DIRECTORA NACIONAL DE GESTIÓN EDUCATIVA
Prof. Marisa Díaz

COORDINADORA NACIONAL DE LA MODALIDAD
EDUCACIÓN EN CONTEXTOS DE ENCIERRO
Lic. María Isabel Giacchino de Ribet

Ministerio de Educación de la Nación

Educación y salud : algunas reflexiones sobre las consecuencias del encierro. - 1a ed. -
Buenos Aires : Ministerio de Educación de la Nación, 2011.

112 p. ; 22,5x17 cm. - (Pensar y hacer educación en contextos de encierro / Paloma
Herrera y Valeria Frejtman; 8)

ISBN 978-950-00-0870-9

1. Formación Docente. I. Título.
CDD 371.1

Fecha de catalogación: 14/07/2011

© Ministerio de Educación, 2011

Pizzurno 935, CABA

Impreso en la Argentina

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

La imagen que ilustra la tapa y las aperturas de los capítulos pertenece al mural *Colores de Magdalena* (Proyecto mural comunitario), realizado por los alumnos de la Escuela de Educación Media N° 2, con sede en la Unidad Penal N° 28 del Complejo Penitenciario de Magdalena.

COLECCIÓN PENSAR Y HACER EDUCACIÓN EN CONTEXTOS DE ENCIERRO

COORDINACIÓN PEDAGÓGICA Y AUTORA *Paloma Herrera y Valeria Frejtman*

AUTOR *Jesús Valverde Molina*

COLABORADORES *Mirta Marina, Lía Bargallo, Daniel Cano,
Héctor Guillermo Buitrago, Sebastián Andrés
Pinto, Victoria Paulesu*

PROCESADOR PEDAGÓGICO *Armando Minguzzi*

COORDINACIÓN DE MATERIALES EDUCATIVOS *Gustavo Bombini*

RESPONSABLE DE PUBLICACIONES *Gonzalo Blanco*

CORRECCIÓN *Cecilia Pino*

DISEÑO *Clara Batista*

DIAGRAMACIÓN *Paula Salvatierra*

Palabras del ministro

En la década 1997-2007, de acuerdo con los datos oficiales disponibles (SNEEP, 2007), la cantidad de personas privadas de libertad en cárceles se duplicó, pasando de 29.690 a 52.457 y la tasa de población detenida en establecimientos de ejecución penal trepó hasta 134,61 personas cada 100.000 habitantes, lo que nos ubica entre Colombia y Australia. A esta población se agregan cerca de 2000 adolescentes acusados de delito en institutos y un número poco preciso pero creciente de personas en centros de tratamiento de adicciones. El aumento de la población en contextos de privación de la libertad acompañó la crisis socioeconómica más importante de la que tengamos memoria que produjo la exclusión de vastos sectores, muchos de los cuales aún no han logrado recomponer su situación.

Del análisis del perfil sociodemográfico de quienes habitan estos contextos surge con claridad que, a pesar de que el delito y la transgresión atraviesan todos los sectores sociales, las instituciones de encierro están destinadas a pobres y excluidos, individuos cuyas múltiples privaciones y conculcación de derechos se inició desde la misma cuna. Su bajo nivel educativo evidencia, entre otras cuestiones, que su paso por el sistema educativo fue fugaz y frustrante. Por ello, el Estado es responsable de garantizar condiciones propicias para la restitución del ejercicio de tales derechos. Todas las leyes y normativas existentes son coincidentes en este punto, pero necesitan ser aplicadas mediante políticas públicas concretas que tiendan a la construcción de una sociedad más justa. Por tal motivo, desde el Ministerio de Educación de la Nación apostamos decididamente al fortalecimiento del espacio institucional de la escuela en tanto ámbito de libertad que a través de sus propuestas educativas genera condiciones para una inclusión social posible, y reconocemos que directivos y docentes siguen siendo irremplazables para el logro de estas metas.

La colección de libros **Pensar y hacer educación en contextos de encierro** tiene como destinatarios a los actores de la labor educativa y han sido elaborados desde una posición política que apuesta a la formación profesional docente continua. Esperamos que las propuestas para la reflexión y la acción que aportan estos materiales, contribuyan a visibilizar buenas prácticas educativas, vitalicen compromisos personales y consoliden buenas prácticas en la educación de jóvenes y adultos. Confiamos en que los docentes argentinos con su capacidad de reflexión, espíritu crítico y creatividad, trascenderán el individualismo que aún perdura en muchos ámbitos escolares para crear espacios de trabajo colaborativo en equipo.

Animamos, desde nuestro rol, la realización de todo tipo de acciones que pongan en situación de diálogo interdisciplinario a lectores y escritores, a directivos y docentes y, especialmente, a los destinatarios de todos estos esfuerzos: los alumnos y las alumnas de escuelas en contextos de encierro, capaces de hallar en la educación y la cultura verdaderas puertas de salida hacia la calle y hacia la vida.

Prof. Alberto Estanislao Sileoni
Ministro de Educación de la Nación

Presentación

Ponemos en sus manos los libros de la colección **Pensar y hacer educación en contextos de encierro**, elaborada con la finalidad de aportar elementos para la problematización de un tema escasamente abordado hasta el momento, en particular en el ámbito de la formación docente. Los materiales que integran la serie han sido elaborados para la utilización de quienes desean profundizar la cuestión así como para docentes y alumnos de diversas propuestas formativas. Esta publicación integra el conjunto de acciones que se vienen desarrollando desde hace una década en este Ministerio de Educación de la Nación; se inscribe en el marco normativo de la Ley de Educación Nacional N° 26.206 del año 2006, que incorpora la educación de las personas privadas de la libertad como una de las modalidades del sistema educativo, y en la Resolución N° 58 del Consejo Federal de Educación del año 2008, que aprueba la primera Especialización Docente de Nivel Superior en Educación en Contextos de Encierro.

La decisión de atender las necesidades de las escuelas en cárceles, en institutos para adolescentes acusados de delito y en centros de tratamiento de adicciones es manifestación de una política educativa orientada a la restitución del derecho a la educación de todas las personas como aporte para la construcción de una sociedad más justa, basada en la inclusión con calidad y el fortalecimiento de las instituciones educativas. Por ello, el centro de la escena lo ocupan las escuelas y sus directivos, los docentes y sus alumnos, actores y protagonistas de acciones educativas contraculturales a la violencia del encierro, capaces de reducir sus efectos negativos, mientras generan proyectos de inclusión y desarrollo personal. En estos espacios la tarea de los directivos y de los docentes adquiere una relevancia particular.

Cada uno de los materiales es resultado de una producción colectiva. El grupo de especialistas argentinos y extranjeros convocados se caracteriza por tener diversos perfiles en su formación de base, que abarcan variados campos disciplinarios y de la experiencia. Ellos, en labor conjunta con los equipos del Ministerio de Educación de la Modalidad y de otras áreas y programas, han aportado una mirada interdisciplinaria y coherente que logra dar cuenta de la complejidad de los temas y problemas que se recorren a lo largo de la colección, que sostienen la decisión de evitar simplificaciones, etiquetamientos o prejuicios. Les transmito a todos mi reconocimiento, por el compromiso, capacidad, generosidad y paciencia que han puesto en esta tarea, minuciosamente elaborada. Sabemos que los lectores serán los mejores evaluadores de los productos obtenidos.

La colección **Pensar y hacer educación en contextos de encierro** pone nuevamente de relieve la gran potencialidad y multifuncionalidad que tienen los libros, transmisores de información, habilitadores de reflexión, disparadores de creatividad, promotores del pensamiento crítico y medios idóneos para la renovación de las prácticas docentes, en un camino tendiente a la innovación y el replanteo didáctico. Dado que la educación a lo largo de la vida nos implica a todos, los libros siguen siendo esos magníficos compañeros de camino que nos desafían y animan a transitar nuevas sendas de libertad pedagógica.

Llegados a esta etapa de la publicación de la colección, quisiera manifestar con satisfacción que funcionarios, directivos y docentes seguiremos avanzando cotidianamente, cada uno desde su rol y tarea, para que el derecho a una educación de calidad sea efectivamente ejercido por todos los compañeros privados de la libertad, claros emergentes de una sociedad desigual que, al privarlos de ella, consolida una situación que los constituye en individuos “invisibles, olvidados y guardados”. Finalmente, recogiendo el mensaje de su vida, evoco las palabras de Evita cuando manifiesta que “donde hay una necesidad nace un derecho”.

Lic. María Isabel Giacchino de Ribet

Coordinadora Nacional

Modalidad Educación en Contextos de Encierro

Índice

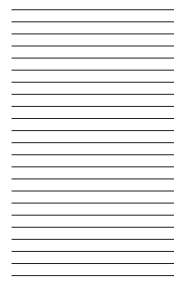
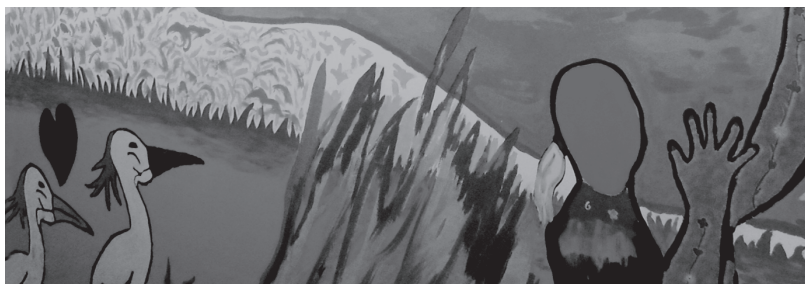
Introducción	11
Primera Parte	13
CAPÍTULO 1. Marco teórico	15
1. Introducción	15
2. Superar el concepto puramente sanitario	15
3. Promoción de la salud	18
4. Prerrequisitos para la salud	20
5. Elaboración de una política pública sana (la cárcel y la salud del preso)	22
CAPÍTULO 2. Consecuencias del encierro. Aspectos somáticos, psicosomáticos y psicológicos	27
1. Consecuencias somáticas	27
2. Consecuencias psicosociales	31
3. Peculiaridades del internamiento penitenciario en las mujeres.....	50
CAPÍTULO 3. La problemática de adicciones y el uso de drogas en el encierro	55
1. Aportaciones de la droga en la vida de la persona detenida	56
2. Consecuencias de la drogadicción en la cárcel	58
Anexo. Carta de Ottawa para la promoción de la salud	60
Segunda Parte	66
CAPÍTULO 4. La Educación Sexual Integral en la Modalidad de Contextos de Encierro	69
1. Un poco de historia	69
2. ¿Por qué Educación Sexual Integral en la modalidad?	71
3. ¿Por qué Educación Sexual Integral en lugar de prevención de ITS?	72
4. Develando algunas preguntas	77
5. ¿Qué criterios sustentan la ESI?	87
6. ¿Cómo pensar la ESI en la modalidad?	92
CAPÍTULO 5. Estrategias educativas vinculadas a la promoción de la salud	99
1. La salud en los contextos de encierro. Docentes y alumnos	99
2. Taller de Educación Física en Unidades Penitenciarias	103
Referencias bibliográficas	109

Jesús Valverde Molina

Doctor en Psicología. Profesor Titular de la asignatura “Intervención Psicológica” en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid; recientemente fue nombrado Profesor Emérito.

Se desempeña como terapeuta de personas que salen de la cárcel y que quieren superar el consumo de drogas, y de madres de chicos con la misma problemática. Acaba de fundar la Escuela Andaluza de Formación en Exclusión Social, para formar profesionales de las asociaciones de Lucha contra la Droga, dentro de la Federación ENLACE (Federación Andaluza de Asociaciones de Lucha Contra la Droga); dicta cursos de formación y da conferencias en maestrías, carreras de grado, congresos nacionales, regionales e internacionales.

Es autor de diversas obras referidas al tema de este módulo y otras. Además escribió una novela que fue publicada en el año 2010.



Introducción

En nuestro país, el encierro no solo es penal, para adultos en cárceles; también existe el encierro para niños, niñas, adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley penal; existe el encierro llamado asistencial, el encierro para tratamientos psiquiátricos, tratamientos de adicciones, ;existe el encierro para ancianos en geriátricos, etc. En la actualidad, la Coordinación de Modalidad de Educación en Contextos de Encierro, dependiente del Ministerio de Educación de la Nación (CMECE de MEN), está trabajando en tres contextos específicos: institutos de régimen cerrado, que alojan a adolescentes y jóvenes acusados por la comisión de delito; centros de tratamiento de adicciones de régimen cerrado o de contención acentuada, y cárceles. En este último lugar, penal por naturaleza, se centró este libro ya que es en este contexto, entre ellos, donde más experiencia y trabajo de sistematización se ha realizado.

A lo largo de este módulo se utilizan varias nominaciones, entre ellas, “detenido”, “preso”, “recluso”, “interno”, etc., como sinónimos de la persona que se encuentra privada de la libertad y alojada en una unidad penal, sin definir, porque no es necesario, si se trata de un procesado o condenado, por ejemplo, dado que lo significativo es que las personas se encuentran atravesando una situación de encierro. Se está preso, no se es preso. La detención es una situación por la que se atraviesa, pero no dice nada acerca de las personas que se encuentran en esa situación. Se eligió no homogeneizar y publicar todas las palabras que los autores decidieron utilizar para que se visualizara cómo se generan diferentes valoraciones a partir de la descripción de una circunstancia no elegida por las personas que la padecen. En algunos países se utiliza la palabra “reo” para referirse a la persona que se encuentra en prisión, privada de libertad. La CMECE de MEN eligió la palabra “deteni-

do” para todas las personas que se encuentran encerradas en una cárcel por considerarla, hasta la actualidad, la más descriptiva y la que menos dotación cualitativa aporta.

El presente módulo está separado en dos partes.

La primera, escrita por Jesús Valverde Molina, describe padecimientos generales que las personas sufren en situaciones penales de encierro, es decir, en las cárceles. El objetivo es acercar a los docentes una sistematización acerca del padecimiento que el encierro produce, las consecuencias que el autor pudo definir y describir después de años de estudio y observación de detenidos en diferentes cárceles del mundo, principalmente en España, que es el país donde, y hasta la actualidad, siempre residió. El propósito es informar los resultados de un estudio realizado por el autor para tener otra mirada acerca del padecimiento de los alumnos de este contexto. Estar en condiciones de conocer las formas de dolencia que más se repiten en los detenidos por estar encerrados en una prisión, sin desconocer que las diferencias personales y situacionales son importantes. Se debe aclarar que la CMECE de MEN no acuerda necesariamente con todos los conceptos del autor, aunque sí en lo fundamental y, por eso, es la responsable de este Módulo, y además acuerda con la descripción de las consecuencias que la cárcel produce porque resulta apropiada, ajustada, conveniente, correcta, procedente y fundada.

La segunda parte toma lo existente en la práctica y en la actualidad acerca de la salud, o sea, Educación para la Salud en la escuela ubicada en la cárcel. Probablemente haya otras experiencias a las que no hemos accedido, pero esperamos que, a partir de este módulo, se puedan intercambiar prácticas y construir conocimiento en forma colectiva y conjunta.

Se pensó que era posible comenzar a delinear el tema de salud sin simplificar su complejidad ni sus múltiples atravesamientos interdisciplinarios, encarando, por un lado, la descripción del padecimiento que el encierro produce para acercar al docente a la situación integral de los alumnos, conscientes de que el conocimiento acabado en esta área es una ilusión y, por otro, colocando en la escuela que funciona en la cárcel la temática de Salud en sentido amplio, desde ciertos interrogantes de los docentes hasta prácticas educativas actuales que responden a inquietudes vinculadas con esta temática.

Para terminar con estas palabras preliminares que advierten al lector, y para introducir la lectura de este libro sin naturalizar la aberrante situación de encierro y mucho menos legitimarla, citamos a Michel Foucault, quien plantea que “meter a alguien en la prisión, encerrarlo, privarlo de comida, de calefacción, impedirle salir, hacer el amor..., etc., ahí está la manifestación del poder más delirante que se pueda imaginar” (Foucault, 1995).

Victoria Paulesu

Primera Parte

La primera parte de este libro fue escrita por Jesús Valverde Molina, quien nació, estudió y reside hoy en Madrid. Su trayectoria profesional es impecable y su talento literario está reconocido y es uno de los pocos “especialistas en cárceles”, como le gusta decir a él, que elabora conceptos y los trasmite con absoluta solvencia teórica y con una inmensa sensibilidad y delicadeza. En su escritura adquiere importancia lo que se dice, cómo se lo dice y por qué se lo dice, ya que expresa una coherencia que trasunta lo racional e invade de humanidad a los que tienen la suerte de convertirse en sus lectores. Su capacidad para transmitir experiencias tan profundamente dolorosas y conceptualizar los procesos, permite que los lectores que conocen las prisiones puedan entender características e interpretar situaciones, mientras que aquellos que aún no conocen este contexto puedan tener acceso a una realidad diversa, cruel y extremadamente dramática, en forma concisa, precisa y certera.

El objetivo fundamental de estos tres capítulos iniciales es brindar al docente un conocimiento sistemático acerca de los padecimientos, lesiones, sufrimientos, limitaciones, alteraciones, etc., que sufren las personas por encontrarse en situación de encierro. Para este fin, el autor realizó un recorrido que parte del primer capítulo, donde, a partir de la lectura franca y literal de la Carta de Ottawa, piensa y reflexiona acerca de las definiciones y alcances que esta declaración adquiere en la cárcel como contexto específico. Así, va estableciendo un *marco teórico*, a partir del cual pondrá en marcha su aparato descriptivo, conceptualizador e interpretativo, que se intensificará a medida que avanza su texto que, repetimos, resulta muy personal, llano, sencillo y profundamente conmovedor por la destreza que demuestra en la escritura y la justeza con que estudia una realidad cotidiana y vivencial tan difícil de abordar. Sus extensos años de trabajo en la cárcel quedan atestiguados fundamental-

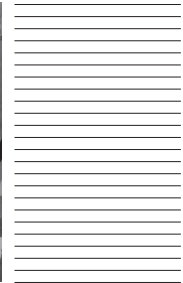
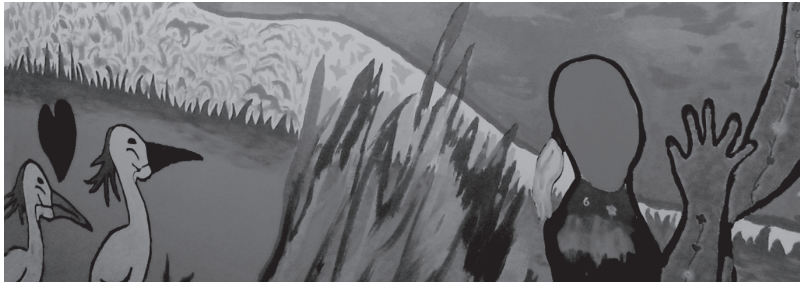
mente en el capítulo segundo, donde se sistematizan las *consecuencias del encierro*, y en el tercero, que se centra en la *problemática de adicciones y uso de drogas en el encierro*.

Cabe señalar que Jesús Valverde Molina esboza algunas *peculiaridades del internamiento penitenciario en las mujeres* (punto 3 del capítulo 2), tema que se encuentra tratado más profundamente en el módulo *Sujetos educativos en contextos institucionales complejos* a cargo de Alberto Florio.

Para terminar con esta breve introducción y a la vez interrogar al lector, se cita al autor con el objetivo de interpelar conceptos naturalizados:

[...] la cárcel pretende aniquilar. Por eso es un obstáculo importante para la recuperación del preso y por eso cumple con la misión contraria a la que la sociedad, al menos en sus leyes, le asigna. (Valverde Molina, 2002: 63)

Victoria Paulesu



CAPÍTULO 1. Marco teórico

1. Introducción

La cárcel es un espacio insalubre y la salud, entendida de manera integral, ha de ser inexorablemente el objetivo esencial de toda intervención psicosocial, en todos los ámbitos, y esencialmente en aquellos en los que se pretende dar una oportunidad a quienes no la tuvieron. Por ello, iniciamos este trabajo utilizando como soporte algunos aspectos de la Carta de Ottawa, redactada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, reunida en Ottawa, en 1986.¹ Más de veinte años después, sus objetivos siguen siendo una utopía. Sin embargo, los que trabajamos para erradicar la exclusión social sabemos bien que la utopía no es más que un objetivo a largo plazo.

2. Superar el concepto puramente sanitario

Es importante superar un concepto tradicional de salud basado casi exclusivamente en aspectos puramente sanitarios, donde se realzan los aspectos somáticos y se ignoran, o se consideran de una manera muy secundaria, otros aspectos que influyen, y de una manera poderosa, en la calidad de vida de la persona y, por lo tanto, en su salud.

Así pues, es preciso incorporar los aspectos socioeconómicos de la historia de vida de la persona, el lugar en el que nace y se socializa, que posibilita o dificulta su formación y su maduración y, por consiguiente, su proyecto de futuro.

¹ El texto completo de la Carta de Ottawa se incluye como anexo a esta Primera Parte.

El ser humano es un proyecto que, sobre una indudable y bastante desconocida base genética, va siendo modelado por su peculiar aventura biográfica, en la que inciden, y de una manera notable, las condiciones en que se desarrolla su vida, tanto físicas como psicológicas y relacionales. Obviamente, se trata de una enorme cantidad de factores que influyen de manera continuada en el camino de cada persona, y todos ellos han de ser incorporados en el concepto de salud. No es posible profundizar en todos ellos, pero sí es necesario enfatizar que todos han de ser tenidos en cuenta para comprender a la persona, su mundo y su vida. Esa enorme complejidad ambiental nos da cuenta de la maravillosa complejidad de todo ser humano, elemento esencial para que abordemos la educación desde el respeto a la irrepetitividad de cada persona.

A menudo he mantenido que la cárcel es cosa de pobres, que allí, salvo excepciones, nos encontramos con personas nacidas y crecidas en la pobreza, con todo lo que ello implica, en mayor o menor medida en función de las condiciones de cada país, pero son inevitablemente pobres los que se hacían en las miles de cárceles que existen en nuestra humanidad, con frecuencia inhumana.

No pretendo mantener que la pobreza genere exclusión social, y mucho menos conductas desadaptadas. Ya he tenido ocasión de profundizar en ello en casi todas mis obras anteriores (Valverde, 1988, 1991, 1996, 2000, 2010), pero sí mantener que la pobreza dificulta al menos el normal desarrollo de las capacidades del individuo, en todos los niveles; así, lo que nos interesa aquí especialmente, dificulta la educación, elemento esencial de la maduración y la libertad de la persona, no permitiendo su desarrollo intelectual, lo que va a tener múltiples repercusiones:

Va a anclar profesionalmente a la persona, y en los niveles profesionales y salariales más bajos, al margen de sus posibilidades, de sus intereses y de sus actitudes, con lo que la situación de pobreza se va a prolongar a lo largo de su vida y, tal vez también, en la de sus descendientes, a los que no podrá dotar de medios de educación, como ocurrió con sus ascendientes, que tampoco se la pudieron proporcionar. Es por ello por lo cual la situación de pobreza con frecuencia se hace crónica y se extiende a lo largo de generaciones.

El déficit educativo le va a dificultar tener una imagen integrada de sí mismo y de su propia historia, lo que lo va a anclar en el presente, convirtiendo su vida en una serie ininterrumpida de situaciones actuales, sin utilizar apenas la experiencia del pasado y sin proyección de futuro, en una continua primariedad y un comportamiento reactivo, como he analizado más extensamente en otras publicaciones.² Esas van a ser, precisamente, características de las personas consideradas delincuentes, según muchos estudios en el

² Acerca del concepto de primariedad, ver Valverde Molina (1988, 1991, 1996, 2000)

ámbito psicológico, pero que no son causa de la delincuencia, como se suele afirmar desde la perspectiva diferencial basada en un concepto de rasgo frío y estático, sino consecuencia de la pobreza.

Además, en tercer lugar, el déficit en el desarrollo intelectual dificulta la capacidad de análisis,³ de crítica y de autocrítica, con lo que difícilmente será capaz de hacer uso de la experiencia, a causa de lo cual caerá en los mismos errores repetidamente. Esa deficitaria capacidad de crítica viene asociada a otra cuestión importante: ausencia de intimidad personal, refugio último desde el cual la persona se abre al mundo. Sin intimidad, la persona no tiene un “yo mismo” desde el que relacionarse con el mundo, con de modo que su comportamiento será eminentemente gregario, y la persona será seriamente manipulable, sin capacidad de “mirar dentro de sí”, ni de tomar decisiones autónomamente.

A lo anterior se asocia la situación de estar anclado en el presente, con un profundo vacío de sí mismo, una ausencia de temporalidad en su vida, es decir, sin pasado y sin futuro. El pasado constituye los cimientos de la vida, desde los que caminamos a lo largo de nuestra trayectoria vital, y el futuro es el faro que nos ilumina, hacia donde caminamos. Sin pasado y sin futuro, y con un presente exclusivamente situacional, basado en el “aquí y ahora”, la persona se encuentra atrapada en el tiempo.

Este estar atrapado en el tiempo lleva a la persona, por otra parte, y en íntima relación con lo anterior, a no tener una imagen integrada de sí misma ni del mundo relacional, institucional, etc. Si uno no se tiene a sí mismo, tampoco puede tener un mundo en que vivir, asumido, internalizado, sentido como propio. Por eso, he mantenido con frecuencia que la intervención a menudo es un esfuerzo conjunto por ayudar a encontrar un lugar en el mundo y un mundo en el que vivir.

He planteado siempre, y repetidamente, que el trabajo no libera al hombre, que lo que lo libera es la cultura, y que la cultura y la educación han de ser el elemento esencial de la intervención en cualquier ámbito, así como, y sobre todo, uno de los derechos fundamentales de la persona, porque ha de ser considerado uno de los factores fundamentales de la salud.

En consecuencia, y siendo consciente de la excesiva brevedad de este apartado, al menos he intentado plantear la simplicidad de reducir el concepto de salud a un simple dolor de estómago, a aspectos puramente sanitarios, en los que, a menudo, ni siquiera entran aspectos somáticos como la desnutrición, aspecto también dolorosamente asociado a la pobreza en muchos países. Es preciso, pues, ampliar, y muy extensamente, el

³ Desde la Coordinación Nacional de la Modalidad ECE consideramos otras perspectivas teóricas que sostienen que la situación de pobreza no determina directamente déficit o falta intelectual, sino que se trata de relaciones complejas en las que intervienen múltiples factores.

concepto de salud, para plantearlo en su dimensión global y compleja, que responda a esa maravillosa complejidad de todo ser humano.

3. Promoción de la salud

Desde esta perspectiva compleja, la salud, entendida de manera integral, es seriamente deficitaria en las personas que suelen estar hacinadas en las cárceles, y este es un hecho derivado de la situación de pobreza, así como de la inexistencia o falta de énfasis en políticas educativas adecuadas que incidan seriamente en la erradicación de la pobreza a través de la educación, camino sin duda lento, que precisa de generaciones, pero seguro, profundo y con garantías de éxito.

En consecuencia, la cultura y la educación deben ser actuaciones esenciales en las instituciones penitenciarias. Es cierto que no deben ser consideradas solamente como aspectos de la reinserción, sino que son derechos fundamentales, con cárcel o sin cárcel, pero también si se ha fracasado antes o no se ha abordado, en la cárcel se ha de llevar a cabo la acción educativa y cultural, no porque sea un lugar adecuado para la educación, que no lo es, sino porque si la persona está en la cárcel, en la cárcel debe estar la educación. Es preciso, pues, poner en juego los medios adecuados para mejorar la salud en la situación en la que se encuentre el individuo, en nuestro caso, en la de encarcelamiento.

Pero antes de abordar la educación en la cárcel quiero al menos hacer alusión al concepto de prevención, pero prevención, no entendida para evitar la delincuencia y el posterior encarcelamiento, sino prevención como calidad de vida; es decir, poniendo el énfasis en el individuo, su vida y su mundo. Será misión de otras instancias prevenir el delito, proteger a la sociedad; nuestro objetivo no es ese, sino posibilitar que la persona desarrolle sus capacidades, sean las que fueren, muchas o pocas, abriéndole las puertas de la educación, con riesgo de cometer delitos o sin riesgo. Con nuestros alumnos no ha ocurrido así, sino que esas puertas les han sido cerradas. Por lo tanto, ellos parten ya de un déficit, y de un déficit importante.

Quiero enfatizar aún más la idea de la prevención como calidad de vida, porque está en íntima relación con la personalización, con el respeto a la persona, al margen incluso de su conducta social. He planteado en el apartado anterior que el déficit de desarrollo intelectual, asociado a la primariedad y el comportamiento reactivo, influye en la persona de manera que obstaculizan su posibilidad de lograr intimidad. En este sentido, la prevención, centrada en el individuo y sus necesidades, y no en las demandas sociales,

supone un reconocimiento de su valor como ser humano, al margen de cualquier otra consideración; y la educación, integrada en ese concepto de prevención, permite a la persona avanzar en su proceso de construcción de intimidad personal.

En este mismo sentido, es importante evitar la etiqueta de delincuente, inadaptado, drogodependiente, etc. Conceptos negativos en la educación; para nosotros se trata de personas con déficits educativos⁴, y con derecho a la educación. Muy frecuentemente, en mi presencia en las cárceles, no he sabido el motivo por el que estaban encerradas las personas con las que trabajaba. Mi trabajo terapéutico o educativo no tenía nada que ver con su delito, sino con su historia de vida, con su necesidad de reconciliarse con sus recuerdos y proyectarse al futuro, y con su derecho a la educación y la cultura.

Siguiendo a la Carta de Ottawa, la promoción de la salud consiste en proporcionar al individuo los medios para mejorar su salud, y ello implica, en primer lugar, “identificar sus aspiraciones”, mediante una formación que posibilite el desarrollo de su inteligencia, superando fracasos escolares previos, y creando una escuela en la que contenidos y metodología facilitan el encuentro educativo y propician una escuela donde hay lugar para aquellos que llegan.

Mediante la formación, una formación centrada en su desarrollo personal, el individuo será capaz de identificar sus aspiraciones, y sobre todo de crearlas, dejando de lado la primariedad y el comportamiento reactivo y dotándose a sí mismo de un futuro, como planteaba en el apartado anterior, una razón por la que luchar, un lugar en el que asentarse en el futuro superando las rejas de las cárceles; es decir, conseguir una autonomía personal, una libertad y una madurez que se logran mediante la educación y la cultura, y de ninguna otra manera.

En segundo lugar, la promoción de la salud implica la “posibilidad de satisfacer sus necesidades”, necesidades previamente creadas mediante su identificación. En este sentido, esa satisfacción de las necesidades precisa, por un lado, un desarrollo intelectual del que estamos hablando aquí y, por otro, un ambiente que permita esa satisfacción, y ello nos lleva a la consideración de la importancia del ambiente de la persona, y en una doble dirección; por una parte, es necesaria una modificación de las condiciones del encarcelamiento, lugar en que se produce el proceso educativo. Sí, sé que eso es casi utópico, pero en esa dirección hemos de caminar y nunca renunciar a humanizar las condiciones en que vive la persona presa, lo que redundará en unas mayores posi-

⁴ En vías de aclarar alguna confusión teórica, desde la Coordinación Nacional de la Modalidad consideramos también otras perspectivas que afirman a la educación en términos del ejercicio del derecho para el desarrollo personal y no para la compensación de algún déficit.

bilidades de educación y de crecimiento personal. Por otra parte, la consideración del ambiente implica la posibilidad “de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

Este es un aspecto esencial que hemos de abordar y que está profundamente vinculado a la educación, incluso que solo se puede abordar desde el desarrollo educativo de la persona presa. Es evidente que si llegó a la cárcel, en la mayoría de los casos, fue por un ambiente socialmente empobrecido, por una falta de oportunidades, en el pasado, de comportarse de otra manera, como la mejor forma de conseguir gratificaciones que tuvo a su alcance. Por lo tanto, necesita otras maneras de comportarse para, o bien adaptarse al entorno al que volverá después de su periodo de encarcelamiento, o bien cambiar dicho entorno. Para ambas cosas, va a necesitar todos los instrumentos de que disponga, y el más importante de ellos es la educación, que le va a permitir realizar análisis, crítica, y la capacidad de prever, etc. Con ello conseguirá, o tendrá la oportunidad al menos, de romper su historia de vida de perdedor, superar el determinismo que lo llevó inexorablemente a la cárcel como algo claramente previsible en su vida.

Se trata, pues, desde esa consideración global de la salud, de ayudar a la persona presa a tener alternativas de vida, a asumir el control de su vida, a ser libre, lo que no solo implica salir de la cárcel.

4. Prerrequisitos para la salud

Dice la Carta de Ottawa que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos”. ¡Nada menos!

A varias de estas cuestiones hemos hecho ya referencia. Vamos, pues, a avanzar en los planteamientos que aquí pretendo defender.

La paz, entendida de manera individual, implica un estado de serenidad interior que nuestros educandos están muy lejos de poseer. Es necesario, pues, abordar su inquietud, su tristeza, su egocentrismo autodefensivo, y tantas y tantas cosas que limitan y condicionan su mente y su vida. Se deberá hacer no solo mediante una intervención terapéutica, sino mediante un presente humanizado al menos, aunque sea en la cárcel, y unas perspectivas de futuro que den a la persona razones para cambiar y para vivir.

La educación. En ello estamos centrados. En este momento, me interesa avanzar en la relación entre educación y cultura. En un proceso normalizado, la educación precede a la cultura; es decir, mediante el proceso educativo la persona va accediendo a la cultura,

concepto que incorpora la educación, pero que es más amplio, ya que implica, por decirlo de una manera simplificada, y tal vez no demasiado exacta, la puesta en escena de la educación para enriquecer la vida de la persona, para posibilitar su apertura al mundo. Sin embargo, cuando ese proceso educativo no se ha producido, o ha sido deficitario, y a menudo incluso anormalizado por un desencuentro entre la persona y la escuela, retomar una educación ya previamente fracasada⁵ es difícil y, en mi opinión, el punto de partida no debe ser la educación, sino la cultura; es decir, motivar al individuo, abrirlo a la necesidad de apertura, de conocimiento.

Evidentemente, el punto de partida de todo proceso educativo ha de ser el individuo, su vida y su mundo; partir de donde esté él, ya veremos luego hacia dónde nos dirigimos. Es decir, el punto de partida ha de ser el reconocimiento de su realidad, no de la nuestra. Desde mi experiencia de intervención, no solo en el ámbito penitenciario, he partido siempre de la motivación a la lectura, una lectura adecuada a su situación, a su edad, a su primariedad, etc. Desde la lectura se enriquece el lenguaje, lo que posibilita la profundización del pensamiento, porque pensamos en palabras; es decir, el lenguaje no solo es la manera de comunicar el pensamiento, sino de estructurarlo. De ahí podemos avanzar hacia otras cuestiones, por supuesto, pero más adelante podemos motivar para iniciar un proceso educativo, importante también. Porque vivimos en un mundo donde es necesario al menos una mínima titulación, y porque la educación también posibilita la estructuración del pensamiento.

Desde la cultura y la educación se hará posible un proyecto de futuro, que no podemos darle, porque es algo personal, muy íntimo, pero que sí podemos ayudar a plantearse, superando la primariedad, ampliando su tiempo mediante la reelaboración del recuerdo para reconciliarse con el pasado y proyectarse al futuro, ayudándolo a que se asiente en el mundo, a que encuentre su lugar. En consecuencia, cultura y educación no son cuestionables, no cabe intervención sin ponerlas en un primer lugar, sin considerarlas el principal objetivo. La cultura es lo que de verdad libera al hombre, y su libertad —interior y exterior— ha de ser nuestra prioridad.

La justicia social es otro aspecto al que alude la carta de Ottawa y a lo que querría referirme. De una u otra manera, la cárcel es cosa de pobres, como he mantenido a menudo, al igual que las leyes penales de todos los países, que hacen especial hincapié en los delitos contra la propiedad, más frecuentes desde la situación de pobreza, y no,

⁵ Cabe señalar que desde la Coordinación Nacional de la Modalidad consideramos perspectivas que plantean la educación como la posibilidad de un desarrollo singular a partir del cual el sujeto va trazando sus propias trayectorias, más que en términos de éxito y fracaso.

por ejemplo, en los delitos fiscales, más frecuentes entre los grupos acomodados, que son, precisamente, quienes elaboran las leyes. En consecuencia, la justicia social, como elemento de salud, implica reconocer que la mayoría de las personas que se hacían en las cárceles a menudo no tuvieron la oportunidad de comportarse de otra manera. Justicia social es, por tanto, reparar esa injusticia social y ofrecerles la oportunidad de buscar con éxito otras maneras de adaptación, que no solo pasen por la resignación a su papel de pobres. En todo caso, y también dentro del concepto de justicia social, hemos de recordar y tener muy presente que somos educadores, que no somos ni policías ni jueces, que nuestra misión no es ni juzgar ni justificar, sino comprender para intervenir, comprender los déficits de su educación, comprender el fracaso que la escuela ha tenido con ellos, y dar respuestas a eso.

En consecuencia, si, como sigue diciendo la Carta de Ottawa, para promocionar el concepto, es preciso que “una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida”, nuestro objetivo como educadores está claro: la educación de nuestros alumnos, su calidad de vida, su capacidad de adaptación al entorno y de modificación de este para poder vivir de otra manera, más eficaz, más adaptada y más gratificante. Por ende, como dice la Carta que estoy usando como referente, nuestro papel como educadores ha de estar relacionado con otros factores “políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos que pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud”.

5. Elaboración de una política pública sana (la cárcel y la salud del preso)

Ya he comentado que no hay nada positivo en la cárcel. Además, la cárcel es un profundo atentado contra la salud de la persona presa. La vida le machacó primero y después la cárcel fue el remate. Pero eso es lo que tenemos. Siempre he mantenido que hay muchas razones para no trabajar en la cárcel, y solo una para hacerlo, pero es una razón suficiente: que ahí hay personas que necesitan ayuda y tienen derecho a que la sociedad se la proporcione para alcanzar un estado de salud que, con frecuencia, les ha sido negado en su historia de vida. En consecuencia, si la cárcel es negativa, pero es una realidad que no podemos cambiar, al menos sí podemos minimizar sus consecuencias e incluso hacer que tenga utilidad en el cambio de signo de la vida de la persona. Por ello, para que la cárcel se convierta en un espacio, no ya saludable porque eso es impo-

sible, pero sí menos insalubre, la primera y mínima condición es elaborar leyes penales “sanas”, dentro de lo posible, que vayan más allá del concepto de castigo, y no solo en la letra de la ley, sino en su espíritu y, sobre todo, en su puesta en práctica. Si la llegada a la cárcel no evidencia únicamente la comisión de un delito, sino también un pasado carencial que no permitió a la persona presa un desarrollo personal, la ley debe incidir también, y prioritariamente, dentro del concepto de justicia social de que hablaba antes, y según la Carta de Ottawa, en la posterior reinserción social del individuo, y a ello debe estar dedicada una parte muy importante de la intervención en la cárcel, y no primar solo la seguridad, la evitación de la fuga. La inserción, pues, se puede considerar como un elemento esencial de la salud de nuestros presos, y debe incorporar todo lo que hemos visto aquí, desde la educación hasta las posibilidades de construirse un futuro.

Si hemos de caminar hacia la salud, en todos los ámbitos, también en el encarcelamiento, y a pesar de ser considerado utópico, todo el personal debe convertirse en un agente de salud.

Por una parte, el papel de la dirección no debe consistir en promover solo la seguridad, sino coordinar la acción integral dirigida al crecimiento personal del preso. Sí, sé que las cosas no suelen ser así, pero así deben ser, y en esa dirección hemos de trabajar. A eso no podemos renunciar porque si la dirección del centro no se compromete en la salud del preso, todo será deficitario. La cárcel es un espacio donde han de vivir personas, entonces debe ser un espacio que respete la dignidad de la persona e incluso que la promueva. Y eso compete a la dirección.

Por otra parte, si la cárcel es insalubre, y lo va a ser siempre, por mucho que hagamos, y tenemos que hacerlo, porque el encierro nunca será bueno, hemos de tener en cuenta dos cuestiones esenciales: la primera es poner un especial énfasis en que la persona no pierda el contacto con el exterior, mediante visitas, salidas programadas, permisos, etc. La segunda, y en íntima relación con la anterior, es preparar la salida, ayudar al individuo a que se integre a la sociedad de la mejor manera posible. A menudo he visto la soledad del preso cuando sale a la calle, su desvinculación relacional y su ausencia de ubicación, incluso urbanística. Incidir en ambas cosas: el contacto con la sociedad de fuera y la preparación de la salida son elementos imprescindibles de salud, y corresponde su diseño a la dirección del centro penitenciario.

El personal técnico de la prisión, psicólogos, educadores, criminólogos, etc., tienen también un papel importante en la salud de la persona presa, sobre todo en la elaboración y puesta en práctica de programas “saludables” de intervención, en mi opinión, a partir de los siguientes requisitos: que la cárcel dañe la menos posible; atender sobre todo

a la persona, su mente, su mundo y su vida; preparar la salida, como ya he comentado. Además, se la debe preparar para que no regrese a la cárcel, que inicie un nuevo camino, en otra dirección.

Por su parte, los trabajadores sociales deben ser el principal nexo de unión de la persona encarcelada con el mundo exterior. Por ello, su misión es especialmente importante y cercana para el preso y para las personas de su entorno. También, obviamente, tienen mucho que decir y que hacer en la preparación de la salida, orientarlo en una preparación laboral que posiblemente no tenga, entre otras cuestiones a resolver.

En cuanto a los maestros, lógicamente quienes aquí más nos interesan, deben ser un elemento muy importante en la elaboración del futuro más allá de las rejas. Su trabajo es muy importante. La educación implica muchas cosas que seguramente los lectores que son docentes siguen y seguirán pensando y repensando. De los aspectos educativos quiero resaltar especialmente uno: el punto de partida. Posiblemente la historia de la persona presa ha sido una historia de desencuentro con la escuela, o incluso de inexistencia de escuela en su historia de vida. En los dos casos, su escolarización será seriamente deficiente.⁶ Ese es su punto de partida y de él hemos de salir, y ello debe implicar: la individualización de la acción educativa, mediante el estudio exhaustivo de su situación, para conocer no solo sus carencias, sino, sobre todo, sus potencialidades; elaborar estrategias escolares, por una parte, que tengan en cuenta la población de que se trate y, por otra, que posibiliten la individualización del aprendizaje. Se pretende cuidar al maestro de los efectos de la prisión y contribuir a que se convierta en un viento de libertad.

He de aludir también a la programación educativa; sobre todo se debe huir de la repetición de una escuela ya fracasada y a edades en que ya no tendría sentido y, además, se debe conjugar la relación cultura-educación de que hablaba antes, motivar la educación mediante el acceso a la cultura.

Otro tipo de personal muy importante para convertir la cárcel en un espacio menos insalubre es el personal de vigilancia, que no suele tener funciones de intervención, pero que es quien más cerca suele estar de la persona presa y durante más tiempo. A menudo el hándicap es su escasa formación. Ha de ser formado, y en la dirección que estoy aquí planteando, para que no utilice el poder que les da la institución como una manera de aumentar su autoestima personal a costa de la dominación del recluso. Desde la separación de funciones, todo el personal debe participar en el proyecto común de la inserción

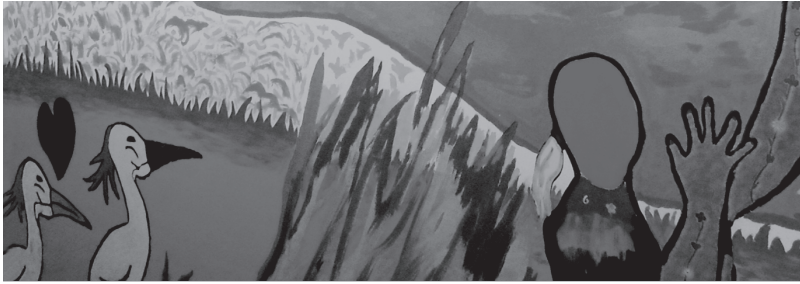
⁶ Como se señaló anteriormente, desde la Coordinación de la Modalidad de Educación en Contextos de Encierro se considera a la escolarización en términos de proceso y trayectoria más que en términos de déficit.

social de la persona presa como objetivo esencial, por lo tanto, es importante una formación “*saludable*” de todos los profesionales de la prisión.

En último extremo, y como conclusión de estas notas sobre salud y encarcelamiento, quiero acabar con una reflexión: se puede privar al preso de espacio y encerrarlo en su celda, se lo puede privar de relacionarse con el mundo, pero no se lo puede privar del aire, de la alimentación, ni de la educación.

Actividad

- A partir de la lectura de la Carta de Ottawa —que aparece en el Anexo a la Primera Parte— y del marco teórico presentado en este capítulo, ¿de qué modo y a través de qué acciones concretas considera que el docente puede convertirse en un “agente de salud” en los contextos de encierro?
-



1.1. Alteraciones sensoriales

El primer efecto al que tendré que aludir es a las alteraciones sensoriales. Desde mis observaciones en prisiones, desde la metodología de la investigación-acción, casi todos los sentidos se encuentran afectados como consecuencia del encierro:

En primer lugar, la **visión** es tal vez el sentido que más afectado se encuentra por el encerramiento. Básicamente se debe a dos causas; por una parte, la permanente ruptura del espacio, consecuencia del énfasis en la seguridad, tanto para evitar la fuga como para prevenir motines. Se diseña el espacio dividiéndolo en compartimentos estancos para aislar cualquier brote de motín, evasión, etc. Esta estructuración del espacio dificulta la visión a distancia, con lo que, a partir de un tiempo en la cárcel, la persona presa precisa la utilización de gafas. Esta ruptura del espacio tiene otra consecuencia a la que aludiré más tarde: el poco espacio disponible para la movilidad del preso.

Ciertamente, las nuevas construcciones penitenciarias minimizan, de alguna manera y parcialmente, esta ruptura del espacio, y cambian la separación tajante del espacio por módulos independientes, eso sí, aislados entre sí. Pero al menos, la sensación de encerramiento no es tan grande, salvo en los departamentos celulares donde se encierra a las personas presas con mayores medidas de seguridad: para ellas la situación apenas ha variado. Sobre todo, para estos presos, además de los que se hallan en las cárceles antiguas, existen grandes contrastes de iluminación, que los obligan al uso de gafas de sol, lo que en muchas partes se ha convertido, además, en un elemento de la subcultura penitenciaria.

A nivel cromático, la inversión en seguridad, pero no en habitabilidad, se manifiesta en un escaso contraste de colores, con lo que “llevar una vida gris”, también es aplicable a la visión. Esto es un elemento más que empobrece la vida de la persona presa, obviamente no el único ni el más importante, pero tiene importancia, porque contribuye a llevar una “vida en blanco y negro”.

Las consecuencias de todo esto son al menos las siguientes: En primer lugar, frecuentes dolores de cabeza, provocados por la escasa corrección de los problemas visuales, así como por estar muchas horas al día en espacios cerrados. Lógicamente, las alteraciones de la visión son una de las causas de los dolores de cabeza, pero no la única; a ello se añade, por ejemplo, el elevado nivel de ansiedad que existe en la cárcel. En segundo lugar, y sobre todo en los presos a los que se les aplica unos niveles de control mayores, primeros grados, celdas de castigo, régimen celular, etc., se produce una deformación de la percepción visual y perturbaciones espaciales, que implican dificultad para medir

las distancias, lo que está relacionado, además, con un déficit en la asunción del propio cuerpo, que abordaré más adelante.

En resumen, la persona presa se encuentra atrapada en el espacio penitenciario, que encierra no solo su cuerpo, sino su mente y su vida, con lo cual no solo vive en la cárcel sino que “vive la cárcel”.

He querido centrarme en la visión, como el sentido más afectado por la cárcel, pero al menos quiero hacer referencia a los demás. Así, la audición también se encuentra afectada por la estructura penitenciaria, cuya construcción afecta, al igual que a la vista, al oído: rumor permanente, elevado nivel de ruido, sonidos metálicos, sonidos que resuenan, etc. Algunas de sus consecuencias son: problemas de oído, dolores de cabeza, problemas de concentración, etc. En especial, quiero hacer referencia a la monotonía de los ruidos, la ausencia de sonidos propios de la calle, esto contribuye también a “vivir la cárcel”, a metérsela dentro de sí, lo que va a llevar a que la cárcel mental se prolongue en el tiempo después de que haya salido en libertad.

También se ve afectado el olfato, en dos direcciones: la cárcel huele, y huelen todas igual, lo he comprobado en diferentes países y diferentes continentes, y existe una profunda monotonía de olores, sobre todo, ausencia de olores de fuera, de olores de la libertad. Esta pobreza olfativa contribuye, como ocurre con el resto de los sentidos, a empobrecer, también sensorialmente, la vida del preso.

El gusto igualmente se ve alterado, una vez más por la monotonía de los sabores, propio del encerramiento, y también del hacinamiento endémico de todas las cárceles de todos los países; no se puede cocinar una comida sabrosa en cocinas diseñadas para mucho menos de la mitad de los presos y con un presupuesto endémicamente limitado, por lo que la comida suele ser insípida, con ausencia de muchos tipos de sabores, cuyo recuerdo se llega a perder conforme aumentan los años de encarcelamiento.

1.2. Alteraciones de la imagen personal

La cárcel también afecta a la imagen personal, y ello en varias direcciones.

En primer lugar, la prolongación del encierro, una vez más, sobre todo cuanto más anormalizado es el espacio penitenciario y más duras las condiciones de vida, lleva a un déficit en la percepción del propio cuerpo, lo que implica dos fenómenos relativamente distintos; por una parte, una pérdida de la imagen de su propio cuerpo, asociada con la falta de intimidad de la vida en la cárcel: evita mirarse al espejo (si es que dispone de él); en segundo lugar, mide mal las distancias, por las perturbaciones visuales que planteaba

antes, debido a una confusión entre los límites del propio cuerpo y los del entorno. Como consecuencia de todo ello, la persona presa tiene problemas para asumir su propio cuerpo, lo que la lleva también, con otros factores que iremos viendo, a tener problemas para asumir su propia identidad. Llega un momento en que hasta su propio cuerpo le es ajeno.

Una segunda consecuencia de esta alteración de la imagen corporal, que no tiene su mayor importancia en la cárcel, pero sí cuando la persona sale en libertad, es la falta de cuidado personal. No ha aprendido a quererle y no se quiere, con lo que no se cuida, ni en lo que respecta a su cuerpo, ni en lo que respecta a su mente. La cárcel, y seguramente la vida previa, lleva a que el preso descuide su cuerpo, descuide su alimentación, no prevenga posibles enfermedades, y el consumo de drogas agrava esta situación aún más. Es una de las consecuencias de vivir en un permanente presente, sin proyección de futuro y sin experiencia del pasado, como lo que analizaba en el capítulo anterior. Por otra parte, la cárcel también repercute en su aseo personal, seriamente deficitario, tanto por deficiencias en las instalaciones (una vez más a causa del hacinamiento, del escaso énfasis institucional en la habitabilidad de las cárceles), como por la ausencia de motivaciones para asearse. Esto va a contribuir, con otros muchos elementos, a que el preso tenga una mala imagen de sí mismo, y va a repercutir en sus posibilidades posteriores de adaptación social y de vida relacional.

El nivel de cuidado personal es un indicador (lógicamente, no el único ni el más importante) del estado de ánimo del preso. Cuando voy a la cárcel a ver a una persona detenida, si me es posible, procuro no avisarle, para hallarla de la manera en que se encuentra habitualmente, y ese es un indicador que suele funcionar.

1.3. Agarrotamiento muscular (tensión muscular)

En tercer lugar, en cuanto a las consecuencias somáticas del encarcelamiento quiero aludir a que, una vez más, en función de la prolongación del encierro y de su dureza, el preso suele tener los músculos fuertemente agarrotados, y ello debido al exceso de grasa en la alimentación, la escasa movilidad que provoca la restricción del espacio disponible y el hacinamiento, así como la ansiedad y la permanente sensación de peligro con que se vive en la cárcel, que lleva a la persona a estar en un permanente estado de alerta.

Las consecuencias más importantes son: frecuentes contracturas musculares, sobre todo si se pretende realizar algún tipo de deporte, por supuesto, a menudo sin calentamiento previo, a causa de la extremada primariedad del comportamiento; frecuentes

dolores musculares; movimientos rígidos; y sobre todo, alteraciones del sueño, profundas dificultades para dormir por no poder encontrar una postura en la que no le duela todo. De ahí la importancia del uso de técnicas de relajación como intervención en la cárcel; ayudar a la persona a poder dormir no es poco importante y mejorará su calidad de vida.

2. Consecuencias psicosociales

2.1. Cotidianización de la vida

La cárcel es un ambiente total, un ambiente de veinticuatro horas, donde vive la persona presa durante días, semanas, meses, años y, en ocasiones, décadas. A esta situación ha de adaptarse, y lo hará de la manera más eficaz, para ella y en ese contexto. Por ello, como no podría ser de otra manera, todo se estructura en torno a la cárcel que, por otra parte, es una realidad tan apabullante que difícilmente se podrá pensar en otra cosa.

Eso tendrá muchas consecuencias, a las que me iré refiriendo. La primera de ella es la cotidianización de la vida, vivir el “día a día”, sin ninguna otra consideración. Para esa adaptación inevitable que se le obliga a vivir, su experiencia de vida le sirve de gran ayuda. He analizado en diferentes ocasiones que el adolescente en conflicto social se ve abocado a una adaptación puramente situacional, con una absoluta primariedad de la conducta y un comportamiento reactivo que le hace responder, adaptativamente, a lo que se le viene encima, algo que, por otra parte, no controla, y ello porque adolece de una ausencia de historia personal, sin pasado, sin futuro y con un presente que es únicamente el “aquí y ahora”, lo que puede captar casi sensorialmente. Sin duda, eso va a tener graves consecuencias en su vida, como la dificultad de hacer uso de la experiencia y de planificar. Pero ahora, en la cárcel, esa primariedad lo va a ayudar a sobrevivir, a adaptarse al encarcelamiento.

Eso es lo que llamo la cotidianización de la vida, vivir al día, tratando de evitar el máximo de dolor y conseguir el mayor placer posible (en la cárcel, casi no lo hallará, en verdad). Se trata simplemente de la adecuación a la situación de encarcelamiento de la primariedad previa. Por eso, he mantenido a menudo que la cárcel no genera contingencias comportamentales nuevas, sino que desarrolla las previas de la vida de exclusión, las *prisioniza*, con lo que más tarde la inclusión social, si es que algún día se plantea, será más difícil.

Esa cotidianización de la vida es la manera más adaptativa de vivir la cárcel, pero tiene consecuencias dentro de la prisión y después, cuando la persona salga en libertad y pretenda integrarse en la sociedad que llamamos normal.

En la cárcel, esa adaptación al aquí y ahora, ese vivir, tiene como consecuencia fundamental la relevancia que adquieren las pequeñas cosas de la vida, que, por su ausencia en ese lugar, se convierten en esenciales, y es una evidencia más de la pobreza de la vida en la cárcel. Desde nuestra perspectiva de personas de fuera, esto se podría interpretar como una exageración de las situaciones, pero no desde su vida. Para el preso, esas pequeñas cosas son lo único que tiene. Es una manera más de “vivir la cárcel” de metérsela dentro, de la mente y de la vida, y le va a costar salir de esa cárcel mental más que de la cárcel física. Pero ahora, en el encarcelamiento, es una manera de vivir, de sobrevivir al menos, la única a la que tiene acceso. Eso sí, adaptarse a la cárcel implica a menudo inadaptarse a la vida, y eso lo tendremos que abordar más adelante, pero ahora *eso es lo que hay*, ahí tiene que vivir, y vivir al día es la mejor manera de mantener la cordura.

Lo malo es cuando sale de la cárcel y pretende dar un “grito por la vida” y cambiar de rumbo. Ese es a menudo mi trabajo, cuando acuden a mí personas que salen de la cárcel y no quieren regresar a ella. Para ello, no solo es preciso dejar la droga, sino que es esencial que encuentren una razón para vivir, un proyecto de futuro, que yo no les puedo dar, que tienen que construir ellos, y en este sentido, la cotidianización de la vida en la cárcel, el haber estado atrapados en ese tiempo de cárcel, es un poderoso hándicap.

De la misma manera, esa cotidianización de la vida, que dificulta mirar hacia adelante, también crea dificultades cuando la persona pretende mirar atrás, reelaborar el recuerdo para conseguir tener una historia, porque nadie, ni ella tampoco, puede vivir sin una biografía en la que asentarse o contra la que rebelarse. Ese vivir en un permanente presente, procedente de la vida en la cárcel y del vacío previo de historia personal va a ser una dificultad importante cuando el individuo salga de la cárcel e intente sacarse también la cárcel del alma y de la vida.

Además, en la cárcel, y fuera de la cárcel después, la cotidianización de la vida dificulta elaborar el pensamiento que trasciende lo inmediato, a lo que contribuye también su frecuente trayectoria educativa discontinua. En la cárcel, no pensar es una buena manera de sobrevivir (no la única, por supuesto, pero para poder pensar sin angustiarse, sin “comerse la cabeza”, necesita ayuda, y esa ayuda se la puede proporcionar la escuela dentro de la prisión). Pero cuando salga afuera y quiera dar ese grito por la vida del que hablaba antes, va a necesitar pensar, reflexionar, tomar decisiones, mirar adelante y sacar experiencia del pasado. Solo no lo puede hacer. Va a necesitar ayuda para poder disponer del tiempo como dimensión de la vida.

Por último, la cotidianización de la vida contribuye a la dificultad para superar el fatalismo. Para lograrlo, ha de poder pensar en el futuro más que en el presente, pensar,

y soñar también, que las cosas no tienen por qué ser lo que han sido, que el cambio es posible. Pero para ello ha de conseguir “despegar” del presente; pensar y soñar, ¡nada menos!, pero lo ha de conseguir si quiere superar su historia.

2.2. Autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución

La cárcel es una estructura poderosa, que sin duda ha conseguido que el preso sea consciente de su propia vulnerabilidad. Es lo que en otros lugares he considerado como “percepción de la propia vulnerabilidad”. Esto conduce a una inevitable pérdida de autoestima, que necesita recuperar de alguna manera, y la única que está a su alcance, con las limitaciones de su aventura biográfica y su situación, es el enfrentamiento ante ese medio tan hostil. Lo malo es que es un enfrentamiento absolutamente desigual, una lucha entre un Goliat todopoderoso y un David que no tiene ninguna posibilidad.

No olvidemos que la cárcel ha sido concebida como un espacio para castigar. Es cierto que algunos estamos empeñados en que también sea un espacio para integrar, pero no ha sido esa su misión ni es lo que se plantean la mayoría de las instituciones penitenciarias. Por lo tanto, frente a un intento institucional de aniquilamiento, la persona presa ha de defenderse. Y lo hará eligiendo entre extremos: el enfrentamiento o la sumisión.

En realidad, tampoco esas opciones las elige el individuo, sino que, en gran parte, le vienen impuestas; por ejemplo, el violador no podrá integrarse en la sociedad de los reclusos, por consiguiente, su única opción va a ser casi invariablemente la sumisión a la institución, y ello va a tener unas consecuencias muy importantes en su vida. Pero no es el momento de profundizar en casos particulares.

Entonces, para la mayoría de las personas presas, precisamente a causa de la violencia institucional y también de la necesidad de autoestima, de afirmación agresiva ante intento de aniquilamiento, el enfrentamiento es la única opción; uno no se vincula con quien le encierra. (Por cierto, esa va a ser una importante dificultad para una intervención recuperadora en la cárcel desde la perspectiva institucional). Será un enfrentamiento completo, sin concesiones, y será distinto según las personas y según su tiempo de cárcel y las características de su encarcelamiento.

Una vez más, va a ser diferente la consideración de ese enfrentamiento para la institución y para la persona presa; para la institución, ese enfrentamiento, mayor cuanto mayor sea la dureza de la vida en la cárcel, va a ser considerado como una muestra de anormalidad, patología, inadaptación. Sin embargo, si tratamos de ver la percepción

del preso, el enfrentamiento tiene una consideración completamente diferente, y puede ser interpretado como un sano mecanismo de supervivencia, frente a ese intento de aniquilamiento, como una defensa de la propia autoestima. Incluso puede ser considerado como un indicador de salud mental. De hecho, en mi relación terapéutica con personas que acababan de salir de la cárcel, he encontrado un menor deterioro en los que se han enfrentado que en los que se han sometido. En ello me centraré más adelante, en este mismo apartado.

Este enfrentamiento tiene consecuencias, por supuesto, en la cárcel y más tarde, cuando la persona alcance la libertad.

En la cárcel, la principal consecuencia sin duda va a ser el endurecimiento institucional: se inicia con una cadena de conductas desadaptadas por parte de la persona presa que van a ser respondidas por la institución con sanciones que dañan aún más la autoestima del preso y aumentan su necesidad de defenderse, generando un acrecentamiento de las conductas desadaptadas en la misma prisión, lo que lleva a sanciones más duras y más frecuentes, que provocan en el preso nuevas agresiones...

En consecuencia, se va produciendo una necesidad de “anormalizarse” para adaptarse al aumento de la “anormalidad” institucional. Es por ello por lo que, jugando con las palabras para evidenciar lo absurdo de la situación, he sostenido a menudo que, en un ambiente anormal, lo normal es anormalizarse. Así, tratar de ser normal implicaría una fuerte anormalidad.

Ya he planteado que es una lucha desigual, y el preso va a necesitar apoyo; el principal a menudo es la droga, que contribuye a que el preso pueda resistir la agresión institucional. Esta es una de las razones, no la única, claro, de la necesidad de la droga en la cárcel, donde muy posiblemente el preso va a disparar su nivel de consumo. El otro apoyo que va a necesitar es la pertenencia a un grupo que le sirva de sostén y donde pueda sentirse, de alguna manera, acogido e incluso protegido, aunque esa protección, al menos frente a la institución, será muy endeble. No así frente a la sociedad de los reclusos, lo que plantearé en el siguiente apartado. En todo caso, el enfrentamiento en solitario tiene como consecuencia inevitable la locura, el aniquilamiento de la persona presa.

En cuanto a la sumisión, implica un sometimiento absoluto a la institución, que tiene también consecuencias en la cárcel y, sobre todo, después del encierro.

En la cárcel, sin dudas, la reclusión será más suave, con más concesiones por parte de la institución, y con pocas o ninguna sanción. A cambio, se va a encontrar al margen de la sociedad de los reclusos, con lo que su sentimiento de soledad será muy intenso.

2.3. Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales

En un entorno violento todo se vuelve violento, y quien puede dominar lo va a hacer. La amistad es difícil, sobre todo a causa de la violencia de la situación en la que ha de vivir la persona presa, a lo que probablemente se añade la historia previa, egocentrismo, primariedad, etc.

En la cárcel la sensación de peligro es evidente, se vive en peligro, y ese peligro viene de todas partes: de la sociedad institucional, basada en el castigo, que puede ser provocado casi por cualquier conducta y que depende demasiado frecuentemente del humor del personal de vigilancia, y también de la sociedad de los reclusos. Por eso, aumenta la ansiedad, como plantearé mas adelante, y se cronifica. Evidentemente, desde la historia de vida de la mayoría de las personas, y desde su situación de encerramiento, es decir, desde la imposibilidad de huir, la forma más “adaptada” de afrontar peligro y ansiedad va a ser la droga cuya demanda y necesidad de conseguirla se van a ver aumentadas y, por tanto, también el peligro y la ansiedad (capítulo 3).

Esto va a llevar a unas relaciones rígidas entre los reclusos, que dificultan a menudo los vínculos interpersonales, la amistad, y aumentan, en consecuencia, la soledad.

Cuando la persona sale en libertad, también esta consecuencia se prolonga más allá del tiempo pasado en la cárcel, sobre todo, si decide salir adelante dando un giro a su vida que la saque de la exclusión. En primer lugar, tiene que asumir su vida, no puede seguir siendo un “extra” en la película de su propia existencia. Le toca ser el protagonista. Pero no sabe cómo hacerlo porque el gregarismo de su vida en la cárcel, y otras circunstancias, claro, que más adelante analizaré, le dificultan asumir su autonomía personal. Paralelamente, y también en parte a causa de la vida en la cárcel, es muy posible que tenga problemas de identidad. Todo ello es muy difícil que pueda abordarlo solo, pero sí es eficaz abordarlo en una intervención terapéutica que no solo se ocupe de la droga, sino que se centre en la vida.

2.4. Alteración de la sexualidad

Como todo lo demás, la sexualidad también se anormaliza en la cárcel, y en todas sus manifestaciones, tanto a nivel de relaciones con los demás, como consigo mismo. Así, las relaciones sexuales, tanto a nivel heterosexual como homosexual, se encuentran seriamente perturbadas en la cárcel.

En primer lugar, las relaciones sexuales con personas del exterior se encuentran afectadas por el espacio penitenciario, por las normas de funcionamiento y por el hacinamiento. En cuanto al espacio, el énfasis en la seguridad y no en la habitabilidad hace que los lugares en que se producen los encuentros íntimos –en las cárceles en que esto es posible– sean como todo en esa institución: fríos y deficientemente equipados. Claro que no es posible que sean de otra manera espacios que están preparados para eso, y sólo para eso. Las normas de funcionamiento llevan a un control de las personas de fuera y también de las de dentro, para evitar intercambios, que entren cosas que no deben entrar y que salgan cosas que, parece ser, no deben salir, con lo que se producen cacheos, al menos para los presos, que deshumanizan aún más el encuentro. Por otra parte, como efecto del hacinamiento y de la escasez de espacios para esa finalidad, el tiempo es corto, y no da lugar a acercamientos, caricias, etc. Hay que ir deprisa, porque enseguida han de entrar otras parejas. No hay tiempo para sutilezas. No se trata de “hacer el amor”, se trata de otra cosa. Es decir, la relación sexual no se produce como resultado de un proceso de acercamiento, con seducción o con complicidad al menos, e incluso con rutina; “allí vas a lo que vas”. Y tiene consecuencias, en la cárcel y después, cuando se consigue la libertad.

En la cárcel, la sexualidad así diseñada tiene como consecuencia un serio embrutecimiento del sexo; como planteaba antes, apenas tiene cabida la ternura, ni siquiera la pasión, sino que su función es casi exclusivamente la penetración y la eyaculación, sin más historias. Esto tiene que ver también con otros aspectos de la vida en la cárcel, como el estado permanente de ansiedad, que más tarde veremos, la primariedad absoluta del comportamiento, el egocentrismo, etc. Evidentemente, este tipo de relación sexual tiene también consecuencias para la pareja, que a menudo se va a sentir mal, y llega al encuentro íntimo con miedo, con ansiedad y vergüenza. Muchas mujeres me han comentado que les daba vergüenza pensar que todas las personas con las que se cruzaban sabían a qué iba o de donde venía, que no había ninguna intimidad y que él (su pareja, el preso), no era así, que en la cárcel se comportaba de otra manera, que hasta le hacía daño la penetración porque, evidentemente, la situación no favorece ni mucho menos la lubricación vaginal. Por tanto, muy frecuentemente se produce frigidez en la pareja y una gran resistencia e incluso negativa a asistir a esos encuentros íntimos, lo que aumenta aún más el deterioro que la cárcel supone para las relaciones de pareja. Recuerdo una vez que un preso me pidió que hablara con su pareja para pedirle que volviera a los encuentros íntimos. Yo le hablé de lo que acabo de comentar. Ella me escuchó atentamente, y por toda respuesta me dijo: “¿Y yo?”. No supe qué contestar.

Cuando acaba la cárcel y la persona decide cambiar de rumbo dando un grito por la vida, también respecto de la sexualidad, surgen problemas derivados de esa prolongación mental del encarcelamiento.

En la cárcel suele existir una separación tajante entre sexo y amor; derivado de lo que acabamos de ver, y de la dureza emocional que, como reacción normal ante la necesidad de sobrevivir, suele ser una consecuencia del encarcelamiento como más tarde plantearé. Pero esa dureza es, por otra parte, muy frágil, y cuando la persona sale fuera de la prisión e intenta dar un giro a su vida, se convierte en una gran necesidad de amar, y no sabe cómo. En el aspecto sexual, que es lo que nos interesa ahora, pero que no puede deslindarse de lo demás, aparece una profunda pobreza sexual. En la cárcel, su sexualidad se basaba en la genitalidad, en la penetración, y nada sabe de caricias, de erotismo. No sabe qué hacer cuando se presenta la situación, que ya no es un encuentro íntimo en la cárcel, que es otra cosa, cuando tiene tiempo, cuando ama a la persona con la que está. Ello lleva también a una rigidez profunda en la relación sexual, una profunda ausencia de fantasía, de acompañamiento del sexo con palabras, con sueños compartidos, y todas esas pequeñas cosas que hacen que el amor endulce el sexo.

Esa pobreza sexual genera problemas, tanto para la persona como para la pareja. Para la persona implica, en primer lugar, desconcierto. No sabe analizar sus sentimientos. Esto va a ir vinculado a su situación emocional general y a sus vinculaciones que más tarde veremos. Además, esta pobreza sexual, que, unida al aumento del nivel de ansiedad por no saber cómo comportarse, lo pueden llevar a problemas de erección, a menudo conducen al miedo a padecer impotencia.

Frecuentemente se me han presentado este tipo de problemas en mi relación terapéutica con personas que salen de la cárcel y piden ayuda para cambiar la dirección de sus vidas. Es preciso ayudar, y es esencial hacerlo con una gran ternura.

Obviamente, si no existe un encuentro sexual al menos mínimamente satisfactorio, existirán problemas en la pareja, muy posiblemente unidos a otros de convivencia que también analizaremos más adelante.

Otra manifestación sexual, en la cárcel y fuera de la cárcel, es la relación homosexual. Cuando la persona presa no tiene posibilidades de encuentros sexuales, incluso cuando su tendencia sexual es heterosexual, puede llegar a mantener relaciones homosexuales, sobre todo cuando el encarcelamiento se prolonga, como alternativa sexual ante una realidad de necesidad. Este tipo de relaciones, cuando la persona sale en libertad, no es frecuente que se prolongue, ni suele dejar secuelas. Simplemente se acepta como normal.⁷

⁷ El uso del término "normal" no implica en ningún sentido un juicio de valor, sino que apunta a señalar la frecuencia con que se produce esta situación.

Por último, la masturbación, como todo en la cárcel, también se anormaliza. Desde luego, también en la cárcel es la manifestación sexual más frecuente. Pero en el encierro, por sus condiciones especiales, adquiere matices importantes. Por una parte, hay una ausencia de imágenes eidéticas que introduzcan la fantasía, porque no suele ser un acto puramente mecánico. A menudo se consigue un desahogo, pero con muy escaso placer, por lo que no es infrecuente que ni se consiga la eyaculación. La masturbación se convierte, pues, en un elemento más de la pobreza de la vida en la cárcel.

2.5. Alteraciones de la afectividad: sensación de desamparo y sobredemanda afectiva

Quizás sea este el momento de abordar la afectividad y su relación con la cárcel, ya que acabo de hacer referencia a ello en el apartado anterior y puede dar una mayor coherencia a lo que escribo; coherencia relativa, soy consciente de ello, porque todo se relaciona con todo, y cada consecuencia depende de las demás. El ser humano es una unidad, y cualquier diferenciación que hagamos, a pesar de ser ineludible, introduce elementos de artificialidad. Por eso, tampoco tengo claro cuál debe ser la secuencia para exponer las consecuencias de la prisión sobre la mente y sobre la vida.

Obviamente, los problemas de la afectividad comenzaron antes de la entrada en prisión, y durante el encarcelamiento se profundizan y se prisionizan, y aumentan conforme se prolonga el tiempo de cárcel. De esta manera, también los afectos se acaban viendo atrapados en el tiempo de cárcel.

Cuando la persona, casi siempre a edades tempranas, apenas llegada a la mayoría de edad penal, entra en la cárcel, incluso aunque ya tenga experiencia en centros de menores, experimenta un profundo impacto. Es lo que he llamado “percepción de la propia vulnerabilidad”, que marca un hito importante en su vida. De alguna manera, hasta entonces, con la enorme ayuda de la droga, se había sentido poderoso, importante, casi invulnerable. La llegada a la cárcel va a cambiar eso, cuando descubra que la institución es mucho más poderosa de lo que se imaginaba y él es mucho más vulnerable, y que ha de aprender a defenderse, porque allí no lo va a defender nadie. En consecuencia, en la cárcel va a cambiar, se va a ver afectado todo en su interior, le cambia la afectividad como le cambia la vida y experimenta un aumento muy considerable de la ansiedad.

Hablemos primero de la afectividad. Las alteraciones de la afectividad también se van a ir profundizando conforme se prolongue el tiempo de cárcel y también en relación con la profundización y anormalización de las condiciones del encierro.

En unas primeras etapas, las manifestaciones más evidentes suelen ser una elevada agresividad y una acusada dureza emocional. La agresividad es tanto una rebelión contra la percepción de la vulnerabilidad, a la que no estaba acostumbrado, como contra una institución que pretende domarlo, no recuperarlo, con una dosis importante de despersonalización. Se inicia así una peligrosa agresión mutua entre el individuo y la institución penitenciaria que, si la situación se prolonga, va a tener unas consecuencias devastadoras sobre la mente y la vida del recluso. La primera va a ser la dureza emocional: bloquearse emocionalmente para que las agresiones institucionales, absolutamente poderosas por la fragilidad de su situación, lo dañen lo menos posible. La persona presa bloquea profundamente su capacidad de afecto y, por eso, aparece como inafectivo, indiferente, lábil incluso; necesita proteger su yo, su propia autoestima, fuertemente puesta en peligro por el encarcelamiento. Esa dureza emocional no es, como a menudo se mantiene desde una perspectiva lejana al preso y al ambiente en que se lo obliga a vivir, una causa de la delincuencia, sino una consecuencia del encarcelamiento, un sano mecanismo para sobrevivir de la forma más adaptativa.

A esto se añade la brusquedad de la entrada en prisión, la obligación de pasar de vivir deprisa, a una velocidad desquiciante, de “beberse la vida a chorros”, a la lentitud desesperante de la vida en la cárcel, sin nada que hacer y sin poder hacer nada. Se convierte en una especie de “fiera enjaulada”, y es muy difícil conectar con él. Para explicar esta situación mental y vital suelo acudir a un conocido refrán: “Estás más loco que una cabra en un garaje”, porque las cabras en los garajes se vuelven locas, porque es un ambiente absolutamente diferente al suyo; y la persona presa, sobre todo al comienzo del encarcelamiento, y mucho más si es joven, se vuelve “loca”, también para adaptarse a la “locura” que significa estar encerrado.

Aún no ha llegado al fatalismo. Lo hará “más temprano que tarde”, mejorando su conducta, eso sí, a costa de una profunda amargura que lo va a acompañar durante mucho tiempo, quizás para siempre.

Si su tiempo de cárcel en esta primera entrada es corto, cuando salga, posiblemente va a necesitar recuperar el tiempo perdido y la autoestima quebrantada, con lo que “saldrá disparado”, con el riesgo de cometer nuevos delitos que lo lleven de nuevo a la cárcel, y cada vez por más tiempo. Va a querer que las cosas vuelvan a ser como antes, pero ya no lo va a conseguir; la cárcel ha dejado ya sus huellas.

Si regresa a la prisión, la situación va a ir cambiando; ha madurado, va a ir aprendiendo a vivir en la cárcel y, a la vez, se va a ir metiendo la cárcel en la mente y en la vida. Su enfrentamiento con la institución no ha desaparecido, incluso es más profundo, pero ha cambiado, será más sórdido, aparentemente menos agresivo, porque el recluso se mete dentro

de sí; su caparazón autoprotector ha aumentado de tamaño y de grosor. Su capacidad de afecto permanece cuidadosamente oculta; por eso, en general, sigue manifestándose como desconfiado e inafectivo, al menos en su comportamiento manifiesto. Otra cosa va a ser su vida interior; va a comenzar un proceso de idealización del recuerdo que, de momento, le va a servir, eso sí, a costa de lo que pasará cuando salga en libertad. Irá caminando cada vez más profundamente hacia el fatalismo, que será un hándicap en el futuro cuando intente, si es que ocurre alguna vez, dar un golpe de timón a su vida.

Así pues, en la cárcel se va a manifestar como duro, inafectivo, indiferente, lo que es una estrategia de supervivencia, la mejor y tal vez la única manera adaptada de vivir en un ambiente violento en el que necesita defenderse. Pero si nos acercamos, si rompemos la distancia, sobre todo en el caso de las personas que venimos de afuera, encontramos que, oculto debajo de múltiples capas de dureza emocional, a menudo se encuentra lo contrario: una profunda sensación de desamparo y una, a menudo patética, sobredemanda afectiva, consistencias comportamentales,⁸ obviamente derivadas de la vulnerabilidad de que hablaba antes, que tanta importancia tiene, y que se manifiesta en la cárcel de una manera muy compleja, como no puede ser de otra manera. Ambas características emocionales —desamparo y sobredemanda afectiva— han de estar cuidadosamente tapadas para no “bajar la guardia” en la cárcel donde, por otra parte, tampoco son frecuentes las situaciones que llamen a la ternura.

Cuando salga en libertad, si intenta dar un giro a su vida y vivir de otra manera, las cosas le van a resultar muy diferentes, y difíciles. Las secuelas que deja la cárcel en la vida afectiva son un hándicap importante para salir adelante en una vida relacional normalizada, y han de ser abordadas con mucha delicadeza y ternura en la relación terapéutica, si la persona tiene la suerte de no tener que abrirse camino en soledad.

Ambas, sensación de desamparo y sobredemanda afectiva, se van a manifestar en libertad de diferentes maneras, evidentemente, muy interrelacionadas entre sí.

En primer lugar, se evidencia una *infantilización* de sus relaciones afectivas. No ha aprendido a relacionarse afectivamente, porque apenas habrá tenido ocasión y, claro, no sabe hacerlo. Trata de utilizar estrategias propias de otras edades, como el chantaje afectivo o provocar lástima. Y ello porque debajo de su caparazón autoprotector, que una psicología lejana llama dureza emocional, se esconde una profunda *necesidad de amar*, a pesar de tener *profundas carencias amorosas*, que lo conducen a *enamoramientos casi compulsivos*. Enamoramientos a menudo absolutos, tajantes, sin saber dosificar el amor, que suele agobiar, y mucho, a la pareja. Ser atendido por nuestra pareja es bonito, pero ser atendido minuto a minuto, pue-

⁸ Para más precisiones acerca de este término, consultar la bibliografía del autor.

de resultar desesperante, porque además implica una enorme cantidad de demandas, que es imposible que se puedan satisfacer.

Por eso va a *fracasar* posiblemente en sus relaciones amorosas una y otra vez, hasta que logre asentarse en el enamoramiento y la pareja, si es que lo consigue. No sabe amar, pero necesita amar. Esa sobredemanda afectiva viene acompañada por una muy frecuente ausencia de aprendizaje en experiencias amorosas. Cualquier persona a su edad ha tenido experiencias, ha amado y ha sentido el desamor. Todas estas experiencias se incorporan a la vida en forma de aprendizajes que, mal que bien, vamos utilizando en futuras relaciones. Él no. Muy posiblemente no ha tenido experiencias amorosas, y no sabe cómo amar. Se une la sobredemanda afectiva, con sus chantajes y sus agobios y su inexperiencia.

Este continuado desamor implica un profundo sufrimiento y aumenta la soledad de la persona; sirve de amplificador de otros problemas con los que, obviamente, se relaciona, como la ausencia de control de la propia vida, la ansiedad o el egocentrismo y, sobre todo, con la ausencia de perspectivas de futuro. No es de extrañar que sea causa de recaídas en la droga. Entonces, el terapeuta, si está cerca, debe saber que el problema no es la droga, sino, como siempre, la vida, en este caso el desamor.⁹ Por eso, a menudo mis pacientes, sobre todo al comienzo del diálogo terapéutico, me piden que les enseñe a amar. Pero ¿cómo se enseña a amar?

Además, si la persona consigue asentarse con una pareja, la vida en común va a ser otro problema; no sabe convivir, nunca lo ha hecho y la experiencia penitenciaria le va a suponer un serio hándicap: problemas de aseo personal y de limpieza de la casa, control de la economía doméstica, y toda esa enorme cantidad de cosas que supone la convivencia y que cada una por su parte no son nada, pero juntas tienen una enorme importancia. De nada de eso tiene experiencia y puede ser un serio impedimento para el futuro de la relación.

En resumen, en cuanto a la afectividad, es importante que sepamos que esa dureza emocional esconde una vulnerabilidad que no es más que un intento, a menudo patético, de supervivencia.

2.6. Pérdida de vinculaciones

A partir de la detención y posterior entrada en prisión, la persona se encuentra en una situación de aislamiento tajante. A partir de ese momento, sus contactos con el mundo exterior van a ser filtrados por la institución, que va a decir, de alguna manera, cuándo

⁹ Esta conclusión surge de los años de escucha que el autor tiene en su espacio terapéutico y se menciona ya que es importante que el docente lo sepa para conocer mejor a sus alumnos actuales o potenciales.

y dónde, como hemos visto ya. Este aislamiento del mundo exterior tiene consecuencias durante el internamiento, que, como siempre, se prolongan después de salir en libertad.

En la cárcel, en primer lugar, se produce una importante *restricción de las relaciones interpersonales*; la persona presa no puede ver a quien quiera, sino a quien sea aceptado por la institución. En consecuencia, esto lleva a una pérdida gradual de las vinculaciones con seres del exterior. Además, muchas de las personas de afuera, incluso las que pueden acceder a los locutorios, si la situación de reclusión se prolonga, irán distanciando sus visitas, (no es cómodo ni agradable ir a una cárcel), y muchas de ellas acabarán por desaparecer, lo que va a aumentar el sentimiento de soledad y de desubicación. Más tarde, en libertad y durante los permisos penitenciarios, esto traerá problemas añadidos.

Los encuentros con las personas del exterior, además de ser filtrados por la institución, se van a ver anormalizados en su realización. Casi en todas las prisiones con medidas de seguridad, se impide que las personas se puedan tocar y, a menudo, casi se puedan escuchar; además, los encuentros íntimos, como ya he analizado, se producen en espacios que no invitan precisamente a la intimidad, al igual que los encuentros familiares.

El tiempo de prisión va a ser un *tiempo vacío de contenido*, no sé si como negación hacia el lugar o, más bien, creo yo, como protección de la mente. Es una reacción adaptativa que lo va a ayudar a sobrevivir allí y que está muy relacionada con la provisionalidad con que se vive la cárcel, por muchos años de condena que se arrastren. Pero la prolongación del encierro hará que la persona presa vaya *perdiendo la noción de la realidad exterior*, con lo que *sus recuerdos se irán distorsionando e idealizando*, también como reacción adaptativa, y eso también le traerá problemas más tarde.

En libertad, asociadas a esta pérdida de vinculaciones es muy posible que se produzcan dos consecuencias: la primera suele ser la sensación de no encajar, de haber perdido su sitio; las personas de su entorno, a la vez que van distanciando cada vez más las visitas a la cárcel, van continuando con sus vidas, y la persona que está en la cárcel va dejando de contar con ellas; por eso cuando regresa, ya en libertad, tiene la sensación, a menudo acertada, de “estar de más”, de no tener sitio en la vida de los que antes componían su entorno. Esta situación puede ser un problema importante, sobre todo durante los permisos, y no es infrecuente que sea causa de recaída en la droga o de comportamientos desadaptados, simplemente por soledad, por no saber qué hacer.

Cuando sale en libertad, sobre todo si intenta cambiar su vida de rumbo, que es cuando yo me encuentro con estas personas en una relación terapéutica, suelen tener una considerable *dificultad para establecer vínculos emocionales*, y no solo a nivel amoroso, como ya he analizado, sino también a nivel de amistad, por lo que su soledad es más dolorosa. Esa

es la razón por la que es frecuente que se aferren al terapeuta. No solo se trata de dependencia, también se trata de soledad, de que no tienen a nadie más. Por eso, es importante ayudarlos a construirse un lugar en el mundo, un lugar en el que puedan vivir.¹⁰

2.7. Estado permanente de ansiedad

En la prisión se está siempre en peligro, y ello desarrolla en el recluso un estado de permanente ansiedad, que no solo lo va a hacer muy propenso a padecer enfermedades digestivas, sino que va a derivar hacia la manifestación de la ansiedad como una consistencia comportamental que se generalizará a todo tipo de situaciones y que lo conduce a vivir, aun con más estrés, las permanentes tensiones de la vida en la cárcel, aumentando con ello las situaciones de riesgo y, por lo tanto, la ansiedad.

Las consecuencias en la cárcel son evidentes, esencialmente la dependencia de la droga, con la que consigue “pasar de todo”, eso sí, cada vez por menos tiempo, y a cambio de aumentar, a menudo muy profundamente, la dependencia, lo que lo va a poner prácticamente a merced de los que controlan la droga en la cárcel y, con ello, sus últimos resquicios de autocontrol van a desaparecer.

Cuando salga en libertad, obviamente, la profundización de la dependencia de la droga va a ser un hándicap para afrontar la vida. Por otra parte, todo lo va a vivir con una elevada carga de ansiedad, sobre todo, si intenta dar un golpe de timón a la vida. En este caso, se va a encontrar con muchas situaciones muy distintas a las que ha vivido, de las que no tiene experiencia y que va a transitar con gran ansiedad, aumentando a su vez el riesgo de recaída en la drogadicción y las dificultades para salir adelante en la vida.

2.8. Exageración del egocentrismo

Su historia lo ha llevado a centrar la vida en sí mismo, sobre todo desde que comenzaron los enfrentamientos con la justicia y percibió su vulnerabilidad. Todo esto se va a ver aumentado en la cárcel que, como ya he comentado, no suele generar consistencias comportamentales nuevas, sino profundizar las previas. En este sentido, ante unas agresiones que le llegan por todas partes, el detenido se ve obligado, como íntimo mecanismo de defensa de la propia salud mental, a proteger su propio yo, lo que, en ese ambiente, lo

¹⁰ Una vez más, la experiencia como terapeuta del autor puede ayudar a los docentes para profundizar el conocimiento de sus alumnos.

lleva a una exageración del egocentrismo. Todo se ve en función del interés propio. La sensación de peligro es tal que difícilmente puede el individuo establecer relaciones de solidaridad con sus compañeros.

Las consecuencias son evidentes. En la cárcel, la principal es la *soledad*, que lo va a llevar también a la droga y al fatalismo, que veremos enseguida. Cuando salga en libertad, este egocentrismo, unido a la pérdida de vinculaciones, a la sobredemanda afectiva, infantilismo, etc., que ya hemos abordado, le traerá una dificultad para establecer relaciones amorosas y de amistad, con lo que la soledad consecuente vuelve a ser un riesgo de recaída en la droga si un día intenta salir de ella.

2.9. Ausencia de responsabilización

Como en la prisión todo está preestablecido, y la vida sigue su curso al margen del recluso, que apenas tiene influencia sobre las decisiones que se toman sobre él, acaba adoptando una actitud pasiva, esperando que las cosas “le vengan dadas”, especialmente en lo que respecta al aspecto institucional de la vida en la prisión, postura que, por otra parte, viene claramente apoyada por el fatalismo al que acabo de referirme. Esta situación desemboca en una auténtica delegación de la responsabilidad de la propia vida en el entorno institucional. El individuo se va limitando a aceptar pasivamente “lo que se le viene encima”, con una enorme apatía, que se va a convertir, en gran parte, en el hilo conductor de su vida. Pero de una manera plenamente justificada, porque prácticamente nunca ha tenido ningún control sobre nada. Por eso, si no planifica, si no prevé el futuro, menos problemas tendrá, aunque esa actitud suponga estar permanentemente sometido a vaivenes incontrolables. En resumen, se convierte en apático porque es una buena manera de sobrevivir, y porque, aunque lo intente, rara vez conseguirá modificar el destino.

Más tarde, cuando salga en libertad, esta ausencia de responsabilización será una de las consistencias actitudinales desarrolladas en la prisión que más van a perturbar las posibilidades de aprovechar las pocas oportunidades que se le ofrezcan. En este sentido, y como simple ejemplo, en ocasiones he visto cómo una persona que acaba de salir de la cárcel deja pasar todos los plazos para formalizar la solicitud de seguro de desempleo a que tiene derecho, a pesar de encontrarse en una situación económica sumamente precaria, limitándose a esperar que otros le solucionen el problema. Sin ningún tipo de preparación, el individuo pasa de la cárcel, donde se le dice todo lo que tiene que hacer, cómo hacerlo y dónde hacerlo, a la situación de libertad, en la que ha de tomar sus pro-

pias decisiones, planificar y dirigir su propia vida, a menudo sin ayuda, con un sistema de funcionamiento completamente distinto del que estaba acostumbrado en la cárcel y con unos fuertes impedimentos.

2.10. Ausencia de control sobre la propia vida

En estas condiciones de vida, ante una situación institucional poderosa, violenta y anormalizadora, y ante unas relaciones interpersonales fuertemente jerarquizadas y centradas en la dominación, el recluso llega prácticamente a no tener ningún control sobre su propia vida.

En primer lugar, a nivel institucional depende por completo del régimen de la prisión, que va a dirigir todas sus actividades. Nada dependerá de él. En la cárcel, la capacidad de elección del individuo queda reducida a la mínima expresión. Ni puede planificar su tiempo ni el lugar donde desea estar en cada momento. En la mayoría de las situaciones, es la institución quien decide dónde va a estar y qué va a hacer, incluso si va a hacer algo, o simplemente nada. Además, las consecuencias de su comportamiento van a depender de cómo sean evaluadas por el personal del centro, lo que casi siempre será percibido por el preso como arbitrario, en función de la actitud de enfrentamiento sistemático con la institución penitenciaria, y por generalización de esa actitud hacia la institución a todo el personal que, de una u otra forma, la representa. Esa es una poderosa razón para mantener que la intervención en prisiones debe incorporar de una manera decisiva la presencia de personal no penitenciario, en todos los ámbitos, y especialmente en el educativo, que es el que puede servir de cimiento a la persona presa para cambiar la vida y construirse un futuro.¹¹

En segundo lugar, a nivel de las relaciones interpersonales, su conducta se va a ver fuertemente presionada por las relaciones de poder a que antes me he referido, y en función del lugar que ocupe en ellas. Así, por ejemplo, sin saber muy bien por qué, se va a ver obligado a una pelea de consecuencias imprevisibles para su futuro, e incluso para su propia vida, o a participar en un motín. Así pues, casi nada depende de él. Todo depende del contexto que lo rodea, del que, evidentemente, no puede esperar nada bueno.

Cuando salga en libertad y quiera vivir de otra manera, tendrá que asumir el protagonismo de su propia vida, y no va a saber cómo hacerlo. Para ello, necesita ilusión, fuerza y

¹¹ En la Argentina, la educación con certificación oficial está en manos de los sistemas educativos jurisdiccionales correspondientes a la ubicación geográfica del penal, sin importar su dependencia. Por lo tanto, los docentes de estos trayectos educativos no tienen ninguna relación laboral con los servicios penitenciarios.

expectativas de futuro, que más adelante veremos, pero no tiene nada de eso. Ese es un objetivo esencial de la relación de ayuda que necesita; hay que ayudarlo a pasar de ser un “extra” en la película de su propia vida a ser el protagonista, que es lo que en justicia le corresponde.

2.11. Ausencia de expectativas de futuro

Íntimamente ligado a lo anterior, si el recluso no puede controlar su presente, mucho menos puede planificar su futuro. Tanto por la extremada primariedad del comportamiento que lo caracteriza, como por la imprevisible dirección de su vida en la cárcel, el individuo no es capaz de diseñar su futuro, de planificar su conducta en función de unas expectativas que no está en condiciones de establecer. En consecuencia, se deja llevar por lo irremediable de la situación, configurándose en él un fatalismo que supone un hándicap importante que va a dificultar el éxito de una intervención recuperadora, si es que se plantea alguna vez. En este sentido, la falta de control sobre la propia vida, que caracteriza la existencia en la prisión, se convierte en una dificultad añadida para la recuperación del preso que, al no haber tenido control sobre su vida prácticamente nunca, no sabe cómo abordar los problemas que se le presenten.

Es por ello por lo que el fatalismo supone una de las principales consecuencias del proceso de inadaptación social, y en la cárcel se presenta con unas características especiales. A lo largo de su vida, la persona que acaba en la cárcel ha aprendido que las cosas “le vienen dadas”, que apenas puede modificar las circunstancias vitales. Por una parte, eso le enseña a adaptarse sorprendentemente bien a las situaciones en las que se ve envuelto e incluso a sacar todo el provecho posible de lo que le vaya ocurriendo en la vida. Esa consistencia comportamental es lo que he venido llamando “habilidad instrumental”, que implica una adaptación momentánea a la situación estimulante concreta a la que se enfrenta en cada momento, pero sin prever el futuro, sin tener en cuenta las consecuencias futuras de esa adaptación al “aquí y ahora”, lo que se ve claramente aumentado por la inmediatez del comportamiento que manifiesta, al no haber tenido la posibilidad de desarrollar una secundariedad que le permita prever y planificar.

Cuando el inadaptado tropieza con la respuesta jurídico-institucional a su comportamiento, sobre todo a partir de su entrada en prisión, esa “adaptación situacional” lo va a conducir progresivamente al fatalismo, debido al gran poder de la institución penitenciaria frente a la debilidad del individuo. A partir de ese momento, que vengo denominando de “percepción de la propia vulnerabilidad”, va a ver su propia

vida como una película en la que él mismo es un actor secundario. Va a pensar, y la mayoría de las veces con razón, que “lo que tenga que ocurrir, ocurrirá”, y que él no tiene ningún poder para evitarlo.

Por último, esta ausencia de perspectivas de futuro, unida a lo aplastante de la vida en la cárcel, hace que el preso no solo viva en la cárcel, sino que “viva la cárcel”, como ya he planteado. Esto provoca que toda la vida se estructure en torno a ella y que, por lo tanto, cualquier situación aparentemente insignificante pueda llegar a convertirse no solo en importante, sino incluso en obsesiva. No olvidemos que una de las características del internamiento penitenciario es que el preso también está encerrado “en las pequeñas cosas”, mediante esa cotidianización de la vida de la que ya he hablado. Todo en la cárcel es inmediato. Nada más que el “aquí y ahora” tiene importancia.

En la cárcel, esa primariedad adaptativa tiene sentido y permite no pensar en nada, vivir al día. Pero cuando salga en libertad, como ya he planteado en el apartado anterior, la persona va a necesitar una perspectiva de futuro.

En este sentido, en mis pacientes —los que piden ayuda para salir adelante después de dar un “grito por la vida”—, la razón para pedir ayuda es casi invariablemente un “no puedo más”, consecuencia directa de la propia vulnerabilidad y de una cárcel aniquiladora. Es un planteamiento que sirve para comenzar la terapia, pero no para el futuro; no se puede vivir de espaldas a nada, ni siquiera a la droga, sino de cara a la vida. Ese giro es la principal tarea que ha de abordar el terapeuta si algún día se encuentra con personas en esta situación, y la experiencia de cárcel es un profundo hándicap.

2.12. Fatalismo

Como consecuencia de todo lo anterior, el preso se deja llevar por lo irremediable de la situación, en la certeza de que “lo que tenga que ocurrir, ocurrirá”, y él no tiene ningún poder para evitarlo. Ya he hablado de ello antes, por ende, me limitaré a acentuar que este fatalismo lleva al preso durante su estancia en prisión a un pensamiento circular, con lo que su mente se encuentra, en la cárcel, tan atrapada como su cuerpo. En esto, la educación en los establecimientos penitenciarios, ayuda a la persona presa a pensar en otras cosas, a liberar su mente para después liberar su vida.

Cuando salga en libertad y se enfrente a las dificultades habituales de la vida, su falta de preparación para ello, su falta de habilidad, su ansiedad y también su fatalismo, le dificultarán la lucha por ese futuro al que tiene derecho y que necesita desesperadamente,

no solo para salir de la droga, sino, sobre todo, para dar un sentido a su vida. Tiene que liberarse del presente inmediato, tiene que liberarse de la despersonalización, tiene que liberarse de la ansiedad, tiene que liberarse del fatalismo. En suma, tiene que liberarse de la cárcel y de todo lo que lo llevó a ella.

2.13. Anormalización del lenguaje

El lenguaje es importante; de nuestro nivel de desarrollo lingüístico se desprenderán no solo nuestras posibilidades de comunicarnos con los demás, sino también nuestra capacidad de reflexión, e incluso de pensamiento, porque el lenguaje no solo es una forma de comunicarlo, sino de elaborarlo: pensamos en palabras, y de la riqueza de nuestro lenguaje depende la calidad de nuestros pensamientos.

Cuando analizaba la pérdida de vinculaciones, hacía referencia al concepto de “comunicación” (entendida como las visitas que recibe el preso), como un ejemplo del lenguaje peculiar de la cárcel. Progresivamente, conforme va avanzando el proceso de prisionización, el preso va asumiendo determinados términos verbales exclusivos de la cárcel, así como una entonación peculiar, e incluso una gesticulación diferente.

De esta manera, el preso va asimilando la cárcel, también a nivel lingüístico, y la forma de hablar se va incorporando a su proceso de encerramiento. Al igual que ocurre cuando cambiamos de ciudad y, poco a poco, conforme vamos asimilando la peculiaridad de esa ciudad en nuestra forma de vida, a nivel de horarios, de costumbres, de comidas, etc., vamos incorporando su acento a nuestra forma de hablar, de la misma forma el proceso de prisionización implica asimilar el lenguaje de la cárcel.

En este sentido, el lenguaje se convierte en otro elemento más de exclusión, además de ser una característica importante de ese “sistema social alternativo” que es la cárcel.

La persona llega ya a la cárcel con un determinado lenguaje, derivado de la expresión verbal de los grupos sociales en situación de pobreza (lo que Bernstein llamaba “lenguaje público”, frente al “lenguaje elaborado” de la clase media), que le dificulta su proceso de culturización y cristalización de la inteligencia, más que por una pobreza lingüística, por la distancia existente entre su lenguaje y el que utilizan las instancias socializadoras y culturales. Es ese lenguaje el que se va a desarrollar de una manera peculiar en la cárcel, como corresponde a una “institución total”, con sus normas, sus expresiones y demás características, entre las que podemos destacar las siguientes:

- En cuanto a las palabras: uso de términos exclusivos del medio penitenciario, y de palabras que en la cárcel adquieren una significación especial y que definen al individuo como preso. Una de las características importantes de la institución total es la configuración de un lenguaje peculiar, que se convierte en un elemento más de identificación del individuo como miembro del grupo; en este caso, como perteneciente a la sociedad de los reclusos, con todo lo que de marginalidad y exclusión implica la prisión.
- En cuanto a las construcciones gramaticales: empleo de frases breves y poco elaboradas, lo que lleva a un lenguaje rígido, apenas válido para la comunicación interpersonal y mucho menos para el pensamiento.
- En cuanto al lenguaje: en primer lugar, la utilización de un lenguaje cuyo objetivo no es la comunicación, salvo en sus niveles más rudimentarios; un lenguaje exclusivamente informativo, que responde a las demandas situacionales concretas. En segundo lugar, el lenguaje de la cárcel es muy pobre en matices personales.

En resumen, todos los presos hablan igual; utilizan las mismas frases hechas. La pobreza de las relaciones con el exterior y el contacto permanente con las mismas personas, con las que, además, no se suelen mantener relaciones interpersonales estrechas, evidentemente empobrece el lenguaje, ya que la comunicación se convierte en algo secundario. Es un lenguaje reducido, adaptado al reducido mundo de la cárcel. El individuo también se encuentra atrapado en el lenguaje.

En consecuencia, también el lenguaje comparte la pobreza generalizada de la vida en la cárcel, y se convierte en un elemento más de esa pobreza, que va a dificultar al preso la comunicación con los demás así como su desarrollo personal. En consecuencia, el lenguaje va a empobrecer aún más la imagen que tenga de sí mismo, así como su imagen del mundo.

Por otra parte, es un lenguaje que estimula poco la expresión de las emociones, lo que se une a todo lo que llevamos visto, lo que va a aumentar su soledad.

Las consecuencias son también evidentes, y se suman a todas y cada una de las consecuencias que he planteado en la cárcel: dificulta el pensamiento, atrapa al preso en el tiempo y el espacio de la cárcel, aumenta su soledad, ayuda al pensamiento circular y obsesivo, contribuye, por ello, y poderosamente, a vivir la cárcel, a metérsela dentro, y a no poder escapar ni siquiera mentalmente. La pobreza en el lenguaje también va a incidir en la mayor dificultad para convertir el pensamiento en palabras, lo que no es poco importante y contribuye a estar atrapado también en el lenguaje. Por eso es tan importante la cultura y la educación, que es lo que de verdad libera el hombre, lo que le hace asumir su vida. Para ello necesita un lenguaje; se lo puede dar la educación y la cultura.

Obviamente, todo esto va a ser mucho más importante cuando salga en libertad y quiera cambiar su vida. Va a necesitar “corazón”, pero también inteligencia. La educación, también en la cárcel, lo va a ayudar a desarrollar sus capacidades intelectuales, que tenía, pero que estaban profundamente ocultas por un pasado de carencia de educación y de exclusión social.

Además, va a necesitar comunicarse con los demás, de otra manera, para integrarse en la sociedad y salir de la soledad. Para ello también necesita un lenguaje, que es sin duda una de las principales prioridades cuando salga de la cárcel.

3. Peculiaridades del internamiento penitenciario en las mujeres

A menudo, una mujer presa está doblemente presa, como persona encarcelada y como mujer. Las cárceles, como tantas cosas, buenas y malas, están diseñadas para los varones, y las mujeres, también como en tantas otras cosas, han de adaptarse como buenamente puedan a ese mundo de varones. Así pues, es muy frecuente que las mujeres ocupen en las cárceles un espacio, casi siempre pequeño, de las prisiones para hombres. A veces tienen la oportunidad de utilizar las instalaciones generales, y a veces no, y en ocasiones incluso compartir con varones presos ciertas actividades.

En cuanto a las consecuencias que tiene la prisión para la mujer, básicamente, son las mismas que para los varones, por encima del género, únicamente diferenciadas por la condición de mujer, con lo que ello implica en la sociedad del mundo occidental: se trata de personas que tienen encerrado el cuerpo, la mente y la vida. Hay, eso sí, ciertos matices en cómo lleva la mujer el encarcelamiento, por el hecho de ser mujer y, por tanto, matices también en las consecuencias, pero son matices; en general, las consecuencias son las mismas. Vamos a analizar brevemente algunos de esos matices.

3.1. Imagen personal

En cuanto a la imagen personal, en general, suele ser mejor que en los varones encarcelados. Las razones, en mi opinión, están en las características diferenciales de la mujer en cuanto al cuidado de la propia imagen. En este sentido, cuida más su imagen, tanto a nivel de cuidado personal e higiene como del aspecto personal que proyecta al exterior. A ello contribuye también que la mujer presa suele tener un mejor autoconcepto, porque suele tener un menor nivel de fatalismo y amargura, tal vez porque sus condenas suelen

ser menores y porque su historia personal, a menudo, es también distinta de la del varón. En todo caso, en las prisiones de mujeres, no se suele ver el desaliño que es moneda común en las prisiones de varones, y ello sin duda influye en la manera en que viven la cárcel.

En resumen, si bien no tiene por qué ser así en el mundo de afuera, en la cárcel, al menos, yo he encontrado que la mujer tiene mejor imagen de sí misma que el varón, tal vez también, además de lo anterior, porque su pasado delincuencial suele ser menor y, en consecuencia, su confrontación con las instituciones de control social no ha dejado tanta vulnerabilidad como en el varón, de allí que su amargura sea más suave.

3.2. Menor nivel de repliegue sobre sí misma

Tal vez la apertura hacia el exterior sea mayor también en la mujer que está afuera, aunque, desde luego, la variabilidad intragrupal, entre las mujeres, es mucho mayor que la variabilidad intergrupala, las diferencias entre varones y mujeres, pero en la cárcel influyen también las diferencias, no tanto en las condiciones del encarcelamiento, con los matices que luego veremos, sino en un pasado delincuencial menos autodestructivo, que lleva a un menor nivel de repliegue sobre sí misma. Esto va a favorecer, como veremos en el siguiente punto, una mayor comunicación con sus compañeras presas, lo que atenúa un tanto la soledad y permite vivir menos mal la prisión, a lo que se añade, como también analizaremos, su mayor libertad de afectos con personas de su mismo sexo.

3.3. Menor pérdida de vinculaciones con el exterior

Siguiendo con el mismo hilo argumental, la mujer presa suele mantener mejor que el varón las vinculaciones con el exterior; claro que suele haber más vinculaciones previas que mantener, porque su nivel previo de soledad suele ser menor, tanto por una mayor apertura al mundo relacional, como apunté antes, como por el hecho de que su nivel de drogadicción, elemento importante para la profundización en la soledad, suele ser menor, al menos como grupo.

Por otra parte, como su nivel delincuencial también es menor, en general, su condena también es menor y su encarcelamiento permite, a nivel regimental, un mayor nivel de comunicaciones con personas del exterior e incluso de permisos penitenciarios.¹²

¹² Estas afirmaciones son fruto de la experiencia profesional y personal del autor.

3.4. Diferencias en sexualidad y afectividad

Este apartado merece una consideración especial, pues, según he podido ver a menudo, marca las mayores diferencias entre el encarcelamiento de varones y mujeres, y viene condicionado por el pasado relacional de ambos en la calle.

Así, se toleran y se aceptan mucho mejor las manifestaciones afectivas ente mujeres que entre varones (un elemento más del machismo que nos invade, queramos verlo o no). De la misma manera, la homosexualidad de la mujer no suele ser vista con la misma carga de exclusión social que la del varón, ni tiene por qué ir acompañada de comportamientos propios del otro sexo (la homosexualidad del varón tampoco tiene por qué manifestarse mediante comportamientos “femeninos”, pero es más frecuente y, sobre todo, están más estigmatizados socialmente).

En la cárcel, esto revierte en que la homosexualidad y el enamoramiento entre personas del mismo sexo se viven de una manera completamente diferente según se trate de varones o de mujeres; mientras la homosexualidad entre varones —si bien en la cárcel se atenúa la estigmatización social, sobre todo por el estado de necesidad— sigue estando “mal vista”, y mucho más las relaciones de pareja, que suelen ser mucho menos frecuentes entre varones encarcelados que entre mujeres también presas.

El matiz diferencial más importante es que la sexualidad se manifiesta a menudo dentro de una relación amorosa relativamente estable (aunque con frecuencia no vaya más allá del tiempo de cárcel compartido). Pero vivir en pareja en la cárcel, compartir las frustraciones, soñar juntas, ayudarse mutuamente, compartir la vida, aunque sea la vida en la cárcel, sin duda suaviza enormemente el encarcelamiento y permite salir del encierro menos dañada humanamente.

También, como en el caso de la homosexualidad del varón en la cárcel, con frecuencia se trata más de sexualidad alternativa que de homosexualidad real, pero sirve, y mucho, y permite que el lento paso de los días en la cárcel sea menos lento, aunque después, en la libertad, cada una siga con su vida. Esa pareja entre rejas sirve también para atenuar la amargura, para paliar la soledad (¡nada menos!). En el caso de los varones, en la inmensa mayoría de los casos, estas “parejas de hecho” no serían imaginables. (Una vez más lo absurdo del machismo imperante.)

3.5. Sentimiento de indefensión y sobredemanda afectiva

Se trata de continuar con el planteamiento del punto anterior, pero lo separo para seguir la misma estructura de los apartados generales que abordé antes.

En este sentido, la vida en pareja, bastante frecuente en las cárceles de mujeres, atenúa la dureza autodefensiva tan frecuente en ese ambiente y facilita la supervivencia mental ante los intentos institucionales de aniquilamiento y la vulnerabilidad personal de la persona presa.

Compartir la vida implica compartir la vulnerabilidad, apoyarse mutuamente lleva a un menor nivel de indefensión, y vivir en pareja permite satisfacer las demandas afectivas, a veces incluso con un exclusivismo lógico en el ambiente amenazante de la cárcel y que da lugar a celos y desamores, que resultan también más conflictivos que en la calle.

Pero el enamoramiento en la cárcel permite soportar mejor la lentitud de la cárcel. Permite, sobre todo, el lujo de paliar la soledad.

3.6. Menor enfrentamiento con la institución y menor conflictividad en la sociedad de las reclusas

Su pasado es distinto, y es distinto también su proceso de socialización, lo que lleva a un menor nivel de enfrentamiento con la institución; claro que a costa de una mayor sumisión. Ello también contribuye a una relativamente mayor suavidad en el encarcelamiento (aunque sería más exacto decir una menor dureza).

Como, además, su agresividad es menor, al igual que su nivel de drogadicción y de pasado delincuencial o, al menos, está menos basado en la agresividad, la vida en la cárcel se hace menos insoportable y más previsible; permite no tener que estar siempre “en guardia”, con lo que descenden los niveles de ansiedad y existe un menor nivel de ausencia de control de la propia vida. Aumenta, por lo tanto, la responsabilización personal con lo que son mayores las posibilidades de rehacer la vida y elaborar un proyecto de futuro que les permita superar la cárcel y sus consecuencias.

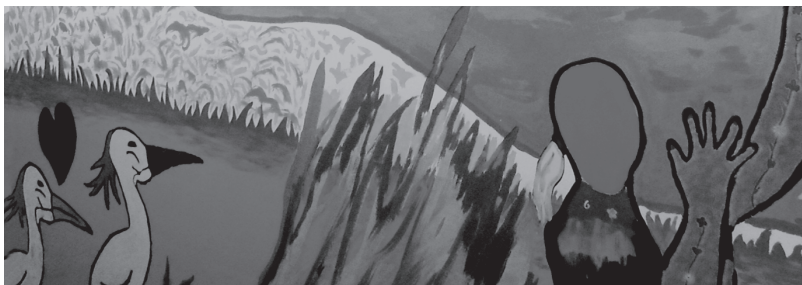
3.7. Los hijos en la cárcel

No quiero entrar a fondo en un tema tan delicado y tan duro, pero no puedo por menos que aludir a él, porque cuando se comparte la vida en la cárcel con hijos pequeños,

ello implica una modificación sustancial del encarcelamiento de la madre, tanto a nivel positivo, pues la mujer presa tiene una razón para vivir y un depositario del amor y de la ternura, como a nivel negativo, por el dolor intenso de perder la capacidad de decisión sobre el cuidado del hijo, que habrá de vivir, mientras siga en el encarcelamiento, en condiciones precarias.

Actividad

- De acuerdo con su experiencia, ¿cuáles son los problemas más acuciantes relacionados con la salud en los contextos de encierro? ¿Coincide con los descriptos por el autor o considera que se ha omitido alguno importante?
 - El Dr. Valverde afirma: “Adaptarse a la cárcel es inadaptarse a la vida”. ¿Qué reflexiones le sugiere esta afirmación del autor y qué consecuencias tiene para su tarea docente?
 - ¿Cómo se podría combatir la “anormalización del lenguaje” mencionada por el autor?
 - Después de ver la película *Leonera*, ¿cómo podría vincular la situación de la protagonista con las condiciones descriptas en el punto 3 de este capítulo?
-



CAPÍTULO 3. La problemática de adicciones y el uso de drogas en el encierro

Un último aspecto de la vida penitenciaria, importante para el estudio de la incidencia de la prisión sobre la salud mental de la persona detenida, tal vez con una consideración diferente de los anteriores, pero profundamente relacionado con ellos, es el fenómeno de la drogadicción que, en la cárcel, por las especiales características que reúne, adquiere una significación especial.

Generalmente, la persona es encarcelada por primera vez por delitos relacionados con la droga o, más bien, con la búsqueda de medios para conseguirla. Hasta hace unos pocos años era frecuente que esa persona se enganchara a la droga como manera de sobrevivir en la cárcel. Hoy es más frecuente que esté ya seriamente enganchado cuando llegue a ella, aunque en la cárcel la droga adquiere una dimensión distinta y determinante.

Es frecuente que las primeras reclusiones se sufran en centros de menores, antes de llegar a la edad penal. También en estos centros se va produciendo un endurecimiento progresivo conforme avanza la gravedad de la conducta desadaptada hasta convertirse en auténticas cárceles para niños, por lo que esa interacción agresiva entre el individuo y la respuesta social, que implica la *institucionalización del conflicto*, se sufre aun antes de llegar a la cárcel, y la persona va aprendiendo a sobrevivir en cautiverio, a adquirir las primeras consistencias comportamentales producidas por un ambiente institucional anormalizador y desarrolladas a partir de las generadas por un ambiente social carencial que madurarán posteriormente en prisión.

De todas formas, esos primeros internamientos no suelen ser vividos de una manera excesivamente frustrante, aunque van a dejar su huella para el futuro, de manera que, en el proceso de recuperación, suelen ser recuerdos muy amargos, sobre todo porque allí, cuando todavía era posible, no recibieron comprensión y ayuda sino castigo. Sin embargo, también poco a poco, las cosas van a ir empeorando.

Tampoco la primera entrada en la cárcel es percibida con excesivo dramatismo, sobre todo cuando la persona tiene experiencia y ya ha sido detenida anteriormente, con lo que sabe de las comisarías, los calabozos, las celdas y los cerrojos de los institutos. Sin embargo, rápidamente va a percibir que las cosas han cambiado, cuando se dé cuenta de que los educadores de los reformatorios han sido sustituidos por guardias armados, cuando tenga que aprender a defenderse, porque allí no la defiende nadie, cuando el personal no responda a ninguna de sus necesidades y no tenga la menor capacidad de decisión incluso respecto de las cosas más insignificantes del día a día y, sobre todo, cuando se vea obligada a soportar el lento paso de los días en la cárcel. Porque la “lentitud” es una de las mayores torturas que recibe la persona presa, sobre todo joven, que vive la vida a una velocidad frenética, como si no le quedara tiempo. Toda esa vida trepidante se va a ver brutalmente quebrada por el “muermo” de la vida en la cárcel, sin nada que hacer y sin poder hacer nada. La droga va a dar respuesta a eso.

1. Aportaciones de la droga en la vida de la persona detenida

La conducta se adapta al ambiente que habita la persona. Por ello, el consumo de drogas en la cárcel adopta algunas peculiaridades especiales, derivadas de la peculiaridad de la prisión.

La drogadicción en la cárcel no solo es un fenómeno habitual y un elemento esencial en ese *sistema social alternativo* que es la prisión, sino uno de los más importantes mecanismos de adaptación al entorno penitenciario y, como tal, cumple las siguientes funciones:

- *La droga como evasión.* Ante la enorme superioridad y la violencia de la institución penitenciaria, e impedidas en gran parte las posibilidades de fuga, la persona presa necesita sistemas alternativos para evadirse, al menos mentalmente. Como, por otra parte, se trata de personas con un alto nivel de primariedad y con un escaso nivel educativo en función de su aventura biográfica, que permita formas alternativas de evasión, como el estudio, la lectura, etc., la fuga más habitual, porque está permanentemente presente en la cárcel, es la droga. Drogarse es como

fugarse; cuando se está bajo los efectos de la droga, no importa la cárcel, ni los funcionarios, ni las rejas, ni siquiera el tiempo. No está allí. Por eso, aun cuando la persona haya llegado a la cárcel ya con un alto nivel de consumo, allí se va a disparar, se va a elevar alarmantemente y, como no puede elegir, va a consumir todo lo que encuentre, sea lo que fuere, en una mezcla increíble de sustancias, a cual más tóxica, con lo que la dependencia de la droga, y de los que la venden, se va a convertir en el único eje de su vida.

- *La droga como forma de matar el tiempo.* En segundo lugar, la droga cumple la función de adaptarse a la lentitud de la vida en la cárcel; permite estar “¿plácidamente?”, sin hacer nada, tirado en el patio, sin darse cuenta de ello. Como la persona no tiene nada que hacer, se droga, exactamente igual que el fumador, que cuando se aburre fuma más, y casi no se da cuenta de que está fumando. Parece una explicación simple y, desde luego, no es la única, pero no debemos menospreciarla, porque estar sin hacer nada es uno de los factores esenciales que convierten el patio de la cárcel en un ámbito extremadamente peligroso y poderosamente desestructurador de la propia autoestima. Una vez más, hemos de ser capaces de llegar hasta la realidad de la persona, que ha vivido “sumergida en la acción”, apurando la vida hasta la última gota. La droga, pues, funciona a modo de tranquilizante, aunque también, cuando se acaben sus efectos, llevará al individuo a un elevado nivel de ansiedad. Ya lo vimos antes.
- *La droga como defensa contra la ansiedad.* En el mismo sentido, tanto la anormalización, la violencia y el poder de la cárcel, que hace que la persona sea plenamente consciente de su vulnerabilidad, como su lentitud, provocan un elevado nivel de ansiedad, y aumentan el que padecía previamente. Por ello, la droga constituye un importante mecanismo de defensa contra la ansiedad, ya que permite lograr un estado de serenidad y bienestar no alcanzable de otra manera. Constituye, pues, un descanso, una interrupción momentánea (aunque es difícil que esto sea percibido por la persona en situación de encierro) de la monotonía y la tensión de la vida diaria.
- *La droga como enfrentamiento con el sistema penitenciario.* Como la droga es, además, algo prohibido, se utiliza también como una forma de enfrentamiento con la institución, y de autoafirmación frente a ella, en relación con una de las principales consecuencias de la prisión que veíamos en el capítulo anterior. Tampoco este aspecto ha de ser menospreciado. La persona ha aprendido a basar su autoconcepto en el enfrentamiento contra la sociedad “normal”, como un mecanismo de defensa

contra la exclusión; enfrentándose se sentía poderoso. En la cárcel, esa exclusión alcanza sus niveles más elevados y, en consecuencia, exige una radicalización del enfrentamiento. Pero la cárcel es muy poderosa y tiene como principal objetivo su sometimiento y la persona presa es muy débil y vulnerable. Así pues, no solo el enfrentamiento no le va a servir de autoafirmación, sino que va a acabar destrozándolo, sobre todo psíquicamente, mediante la aniquilación de la propia autoestima. Pero eso todavía, en estos primeros internamientos, no lo sabe. Lo va a ir aprendiendo con el tiempo. Lo que pasa es que, cuando lo comprende, con frecuencia es ya tarde y, o no puede cambiar, o la cárcel no le permite que cambie, ejerciendo sobre el sujeto una represión, no pocas veces gratuita, incluso con la finalidad de ejercer el poder mediante el aniquilamiento del otro, lo que, a su vez, va a provocar un aumento de la autodefensa y del egocentrismo a ultranza, ya muy acusado en función de la droga y de su historia de vida, aumentando también sus niveles de soledad.

La droga sirve para muchas cosas en la cárcel. Para resumir, sirve, sobre todo, para “pasar” de todo, para olvidar ese mundo donde nada tiene que hacer, desde su experiencia y sus expectativas de perdedor, desde su vulnerabilidad, acabando de perder por completo su función previa de obtener placer, simplemente para evitar o paliar el dolor. Por eso, en la cárcel, la droga sirve para recibir el menor daño posible, para ignorar el mundo exterior carcelario y para refugiarse en ese “paraíso artificial” de las drogas de que tanto se ha hablado, y que, en la cárcel, se convierte en un escape, en una manera de huir de una realidad poderosa, apabullante y aniquiladora.

2. Consecuencias de la drogadicción en la cárcel

Con esta perspectiva, obviamente, no estoy defendiendo la utilización de la droga en la cárcel, pero sí estoy tratando de comprenderla. Es importante analizar qué aporta la droga en este contexto, porque solo conociéndolo podemos dar alternativas. En todo caso, si la droga cumple unos objetivos en la prisión, también presenta unos inconvenientes que, desde mi perspectiva, son los siguientes:

- Tráfico y poder. Puesto que la droga no solo es algo muy apreciado en el ambiente social de la prisión, sino incluso necesario para huir mentalmente, es también un elemento fundamental de tráfico y, por lo tanto, de estructuración del poder. El

grupo que controla la droga controla la prisión y toda la compleja red que supone ese sistema social alternativo que es la sociedad de los reclusos. A ese poder ha de someterse la persona en la cárcel para conseguir la droga y, como suele carecer de medios para pagarla, se va a hipotecar absolutamente, perdiendo los escasos residuos de libertad que le pudieran quedar.

- La droga como generadora de ansiedad y destrucción. Aunque la droga comience siendo en prisión un mecanismo de ajuste al medio, acaba destruyendo al individuo, física y mentalmente, y su propia vida acaba estando al servicio exclusivo de una búsqueda incesante de droga. Si bien al principio es una defensa contra la ansiedad, rápidamente llega a aumentar el consumo hasta tales límites que el individuo atrapado acabará haciendo cualquier cosa para conseguirla, lo que, a su vez, será utilizado por los grupos de poder para someterlo y utilizarlo, aumentando así los ya altos niveles de violencia en el centro penitenciario.
- Droga y sida. Por último, la falta de higiene con que se utiliza, especialmente cuando se inyecta (al menos en parte, a causa de su prohibición, y la utilización de una misma jeringuilla a veces por un gran número de reclusos) lleva al alarmante desarrollo en las prisiones de enfermedades tales como la Hepatitis B y el sida, que no solo las convierte en graves focos de infección, sino que, en un futuro muy próximo, pueden conducir a una gran mortalidad en las cárceles.

Actividad

- Busque ejemplos de talleres de prevención de la drogadicción y diseñe una propuesta viable para trabajar el tema de las drogas en contextos de encierro.

Anexo

Carta de Ottawa para la promoción de la salud

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000.” Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud.

Promoción de la salud

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por lo tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.

Prerrequisitos para la salud

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.

Promocionar el concepto

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

Proporcionar los medios

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. Esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud. La gente no podrá alcanzar su plena salud potencial a menos que sea capaz de asumir el control de todo lo que determine su estado de salud. Esto se aplica igualmente a hombres y mujeres.

Actuar como mediador

El sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.

La participación activa en la promoción de la salud

La elaboración de una política pública sana

Para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen al respecto.

La política de promoción de la salud ha de combinar enfoques diversos si bien complementarios, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos. Es la acción coordinada la que nos lleva a practicar una política sanitaria, de rentas y social que permita una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y de un medio ambiente más grato y limpio.

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. El objetivo debe ser conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.

La creación de ambientes favorables

Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos. Los lazos que, de forma inextricable, unen al individuo y su medio, constituyen la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. El principio que ha de guiar al mundo, a las naciones, a las regiones y a las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como a nuestras comunidades y a nuestro medio natural. Se debe poner de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.

El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable. La promoción de la salud genera condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.

Es esencial que se realice una evaluación sistemática del impacto que los cambios del medio ambiente producen en la salud, particularmente en los sectores de la tecnología,

el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo. Dicha evaluación debe ir acompañada de medidas que garanticen el carácter positivo de los efectos de esos cambios en la salud pública. La protección, tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de promoción de la salud.

El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.

Es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto ha de hacerse posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios, y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud, de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad, por parte de las comunidades, de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

Irrumpir en el futuro

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud. De ahí que los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de promoción de la salud deban tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.

El compromiso a favor de la promoción de la salud

Los participantes en esta conferencia se comprometen:

- a intervenir en el terreno de la política de la salud pública y a abogar en favor de un compromiso político claro en lo que concierne a la salud y la equidad en todos los sectores;

- a oponerse a las presiones que se ejerzan para favorecer los productos dañinos, los medios y condiciones de vida malsanos, la mala nutrición y la destrucción de los recursos naturales. Asimismo se comprometen a centrar su atención en cuestiones de salud pública tales como la contaminación, los riesgos profesionales, la vivienda y la población de regiones no habitadas;
- a eliminar las diferencias entre las distintas sociedades y en el interior de las mismas, y a tomar medidas contra las desigualdades, en términos de salud, que resultan de las normas y prácticas de esas sociedades;
- a reconocer que los individuos constituyen la principal fuente de salud; a apoyarlos y capacitarlos en todos los niveles para que ellos, sus familias y amigos se mantengan en buen estado de salud; y del mismo modo se comprometen a aceptar que la comunidad es el portavoz fundamental en materia de salud, condiciones de vida y bienestar en general;
- a reorientar los servicios sanitarios y sus recursos en términos de la promoción de la salud; a compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el pueblo mismo;
- a reconocer que la salud y su mantenimiento constituyen el mejor desafío e inversión social y a tratar el asunto ecológico global de nuestras formas de vida.

La conferencia insta a todas las personas interesadas a formar una fuerte alianza en favor de la salud.

Llamada a la acción internacional

La Conferencia insta a la Organización Mundial de la Salud y a los demás organismos internacionales a abogar en favor de la salud en todos los foros apropiados y a dar apoyo a los distintos países para que se establezcan programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

La Conferencia tiene el firme convencimiento de que si los pueblos, las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la Organización Mundial de la Salud y todos los demás organismos interesados aúnan sus esfuerzos en torno a la promoción de la salud y en conformidad con los valores sociales y morales inherentes a esta CARTA, el objetivo “Salud para Todos en el año 2000” se hará realidad.

Segunda Parte

La Educación en Contextos de Encierro (ECE) se constituyó como Modalidad en el sistema educativo a partir de la Ley 26206/06, la misma que plantea la obligatoriedad de la escuela secundaria. Esta Coordinación de Modalidad (CMECE) está destinada a garantizar el derecho a la educación de todas las personas que se encuentran en instituciones de encierro.

[...] para promover su formación integral y desarrollo pleno. El ejercicio de este derecho no admite limitación ni discriminación alguna.

Son los objetivos de esta Modalidad garantizar el cumplimiento de la escolaridad obligatoria, ofrecer formación técnico-profesional en todos los niveles y modalidades, favorecer el acceso y permanencia en la Educación Superior, entre otros propósitos descriptos en el artículo 56 de la ley antes citada.

Para realizar esta tarea es fundamental que la oferta educativa existente en las instituciones de encierro sea igual a la oferta educativa que se brinda en el afuera, no solo porque las personas son las mismas, sino porque el encierro en nuestro país es transitorio; por lo tanto, una vez que se produce la salida del alumno, se le debe garantizar la continuidad de sus estudios en otra escuela del afuera; consecuentemente, las ofertas educativas que se brindan dentro deben ser las mismas que fuera de las instituciones totales.

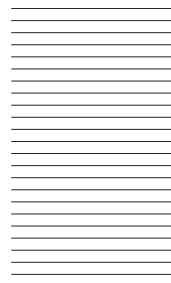
La Ley 26.150 establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Por lo tanto,

este derecho debe ser ejercido también por los alumnos que se encuentran en situación de encierro, no resultando legal su discriminación.

A partir de todo lo expuesto —y dado que la segunda parte de este libro se ubica en la escuela de una institución de encierro tomando la salud como eje teórico y organizador de este módulo, y que la idea rectora de toda la colección es la restitución y el ejercicio del derecho a la educación de todas las personas a lo largo de su vida—, el capítulo inicial de esta sección se ocupa de *La educación sexual integral en la modalidad de contextos de encierro*. Este capítulo 4, que inicia esta segunda parte, ha sido escrito por el Equipo del Programa de Educación Sexual Integral: Lía Bargallo y la actual coordinadora de este Programa, Mirta Marina, dependiente del Ministerio de Educación de la Nación. Intenta informar y responder algunas preguntas que un docente de ECE, de todos los niveles y modalidades, podría realizar.

El quinto y último capítulo está escrito por docentes de ECE, cuyas experiencias se están llevando adelante. La que ocupa el primer lugar en el capítulo fue escrita por Daniel Cano, actual director de la Escuela Media N° 8 “Padre Carlos Mugica”, ubicada en las Unidades Penales N° 13 y 16 del Servicio Penitenciario Bonaerense en Junín, Provincia de Buenos Aires, y se encuentra orientada a dar respuestas a ciertas inquietudes y problemáticas que se le plantearon vinculadas a la salud de alumnos y docentes. La segunda fue escrita por los profesores Héctor Guillermo Buitrago y Sebastian Andrés Pinto, que trabajan en los Talleres de Educación Física dependientes del Ministerio de Educación de la Provincia de Jujuy, ubicados en la Unidad N° 2 de Menores, Unidad N° 3 de Mujeres, Alto Comedero, dependientes del Servicio Penitenciario Provincial, y Unidad Penitenciaria N° 8 “Nuestra Señora del Rosario de Río Blanco y Paypayá”, dependiente del Servicio Penitenciario Federal.

Victoria Paulesu



Lía Bargallo y Mirta Marina (Programa Nacional de Educación Sexual Integral)

En nuestro país, a partir de 2006, la educación sexual en las escuelas es obligatoria. La Ley N° 26.150 (Programa Nacional de Educación Sexual Integral) establece como cometido que todos los educandos tienen derecho a recibir Educación Sexual Integral (ESI) en todos los establecimientos educativos públicos de gestión estatal y privada.

Esta ley, que originó largos debates y búsquedas de consenso, es resultado y, a su vez, complemento necesario de un marco legislativo internacional y nacional que la Argentina posee y promueve en el campo de los derechos humanos. Dicho avance legislativo, sumado y articulado con otro conjunto de normas, posiciona al país en un escenario de oportunidades especiales para hacer efectivos los derechos de todos y cada uno de los niños, niñas y adolescentes en lo que refiere a la Educación Sexual Integral.

Los objetivos de la Ley N° 26.150 son (art. 3):

- Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
- Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones.

La Ley N° 26.150 retoma principios y derechos incorporados a la Constitución Nacional, y dispone líneas de acción tendientes a garantizar la educación sexual integral para todos los alumnos y alumnas de los establecimientos educativos del país. Asimismo, responde a la obligación del Estado adecuar políticas y programas, en torno a esta temática, a las normas internacionales adoptadas por el país.

La Constitución Nacional ha incorporado con la máxima jerarquía¹³ tratados de derechos humanos que establecen los principios que la Ley N° 26150 ha recogido. Entre las normas mencionadas se encuentran: la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Entre los antecedentes normativos nacionales, debe mencionarse la Ley N° 25673, mediante la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que establece la responsabilidad del Estado en pos de garantizar a la población el acceso a la información y la formación en conocimientos básicos vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable (Ley N° 25.673, art. 5, inc. b), de acuerdo con las convicciones de la persona (Ley N° 25.673, art. 9).

¹³ Cf. Constitución Nacional, art. 75, inc. 22: “La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, **tienen jerarquía constitucional**, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos”.

En igual sentido, la Ley de Educación Nacional N° 26206 plantea como objetivo de la educación y como obligación de los docentes garantizar el respeto y la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, los Niños y Adolescentes (N° 26061), otorgando a la comunidad educativa un rol activo para la promoción y protección de derechos. A la vez, establece el rol protagónico de las familias en tanto estas, como agentes naturales y primarios de la educación (Ley 26.206, art. 128, inc. a), son responsables “en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías” (Ley 26.061, art. 7).

La Ley de Educación Nacional promueve, a la vez, la transmisión de estos conocimientos (Ley N° 26.206, art. 11, inc. p) como expresión del respeto a los derechos de los alumnos y alumnas sin más distinción que las derivadas de su edad, nivel educativo y modalidad, respetándolos en su libertad de conciencia, en el marco de la convivencia democrática (Ley N° 26.206, art. 126, inc. b).

En mayo de 2008, el Consejo Federal de Educación aprueba, mediante la Resolución N° 45/08 los lineamientos de Educación Sexual Integral.

En ellos se establece un piso común en materia de contenidos curriculares relacionados con el tema, para todos los niveles del sistema educativo, y para todas las jurisdicciones de nuestro país.

Este hecho marca un hito. Los lineamientos curriculares para la Educación Sexual Integral proponen y suponen acciones a desarrollar en el conjunto del sistema educativo nacional a partir de su aprobación, pero también expresan la culminación de un largo proceso de consultas, aportes, intercambios y búsqueda de consenso con distintos sectores de dicho sistema, llevado a cabo durante el año 2007 y parte de 2008.

2. ¿Por qué Educación Sexual Integral en la modalidad?

La Ley N° 26.150, en su primer artículo, establece lo siguiente:

Todos los educandos tienen derecho a recibir Educación Sexual Integral (ESI) en todos los establecimientos educativos públicos de gestión estatal y privada. A los efectos de esta ley, entiéndase como ESI la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.

En esta afirmación hay dos componentes fuertes que nos interesa considerar a la hora de pensar la ESI para la modalidad de educación en contextos de privación de libertad.

2.1. ¿Quiénes son “todos los educandos”?

La educación sexual como derecho de los chicos y las chicas de **todas** las escuelas de nuestro territorio, sean de gestión estatal o privada, construye un “todos inclusivo” que abarca los niveles y también las modalidades.

En este sentido, en las reuniones previas a la aprobación de los lineamientos curriculares de la Educación Sexual Integral, los expertos y las expertas que participaron de la consulta realizada por el Ministerio de Educación Nacional dejaron bien claro que debía incluirse a niños y niñas de pueblos originarios, a estudiantes con discapacidad, y a alumnos y alumnas privados de libertad.

Por otro lado, plantear la Educación Sexual Integral como un derecho también requiere una especial atención. Los derechos de niños y jóvenes son las responsabilidades de los adultos. De hecho, entonces, garantizar el acceso a la ESI a estudiantes de la modalidad sería un camino a recorrer que se inscribirá en el derecho a la educación.

2.2. ¿Qué entendemos por Educación Sexual Integral?

Si bien la respuesta a esta pregunta requerirá buena parte del desarrollo de este apartado de formación docente, en esta primera mención que se hace en la ley ya se nos advierte del carácter integral, complejo y plurideterminado de la perspectiva adoptada. La inclusión de “aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” nos aleja de los posibles reduccionismos de todo tipo.

La Educación Sexual Integral en las aulas, ya sean estas de cualquier nivel o modalidad, deberá incluir no solo contenidos vinculados a la prevención de infecciones de transmisión sexual.

3. ¿Por qué Educación Sexual Integral en lugar de prevención de ITS?

Suele suceder a menudo que, al plantear una actividad sobre el tema de la *sexualidad*, y solicitar a los docentes ideas asociadas a ella, aparecen conceptos como *derechos*, *información*, *conciencia*, *placer*, *modas*, *erotismo*, *consumo*, *infecciones de transmisión sexual*, *prohibiciones*, *embarazo adolescente*, *género*, *violencia*, *VIH-sida*, entre otros.

Hace unos años, esta misma consigna remitía, casi automáticamente, al cuerpo en su aspecto más material: *sexo, relaciones sexuales, métodos anticonceptivos, menstruación, semen, poluciones nocturnas, orgasmo, erección, lubricación, entre otras cosas*.

Evidentemente, ha corrido bastante agua bajo el puente, y en estos temas no estamos igual que décadas atrás. Y nosotros no somos los mismos de entonces.

Hoy día existe una mirada sobre la sexualidad y la educación sexual más rica y compleja que en otras épocas, donde todo se reducía a la anatomía y fisiología de los cuerpos en la clase de biología. Pero también conviven junto a esta mirada más amplia, prácticas escolares donde el contenido de anatomía y la información biológica siguen siendo expuestos disociados de los contextos y las situaciones reales que viven los jóvenes.

Tradicionalmente, la medicina fue la dueña del conocimiento sobre el cuerpo y sus patologías. Este saber se organizó principalmente sobre la base de clasificaciones o “categorías clínicas –enfermedades– que refuerzan un concepto negativo de salud, definida como ausencia de enfermedad o lesión [...]. El sesgo introducido en este tipo de conceptualización conduce a una sobresimplificación de un modelo mecánico sencillo en el cual la máquina (nosotros, nuestro cuerpo) se daña o se rompe y el médico (mecánico) repara o quizás reemplaza la parte rota” (Di Lorenzo y Fogiel, 2007).

De esta visión de la medicina surge un enfoque en educación sexual: el médico-biologista, “higienista”, cuya principal preocupación pasa por discriminar *salud* de *enfermedad* y aprovechar la “población cautiva” que los alumnos y alumnas suponen para este enfoque, prescribiendo sobre el cuidado de la salud. En este enfoque, abundan las descripciones anatomofisiológicas, la información acerca de patologías, la descripción de los riesgos de enfermar por un mal ejercicio de la sexualidad, el lenguaje médico. El estudio de la anatomía y fisiología aparece desgajado de la consideración de las emociones. Es un modelo sumamente normativo, que parte de la sobrevalorización del saber médico, impone la lógica de las instituciones de salud a las educativas, desconsidera el saber de los y las docentes, y prioriza las disertaciones de profesionales y los materiales prescriptivos.

El enfoque que la ley y los lineamientos curriculares sustentan recoge la mejor tradición en materia de prevención de infecciones de transmisión sexual, abuso sexual infantil y prevención de embarazo no deseado en la adolescencia. Propone entender a la prevención en el marco más amplio de la promoción de la salud.

3.1. Educación Sexual Integral y prevención de ITS y VIH-sida

Desde nuestra perspectiva, las ITS, y entre ellas el VIH-sida, constituyen un problema social complejo y su tratamiento implica problematizar las representaciones, conceptos y prácticas que las personas tienen acerca de la salud y la enfermedad. Implica hablar del cuerpo y la sexualidad, de géneros, de relaciones interpersonales, que en contextos de encierro han pasado por momentos de ruptura y de resignificación, de construcción de nuevas relaciones con nuevos sentidos para la vida. También involucra problematizar la discriminación, la “normalidad y desviación”, la vulnerabilidad social, las políticas sanitarias. Desde este enfoque, tanto las ITS como el VIH-sida requieren ser abordados en sus múltiples dimensiones: biológica, económica, política, jurídica, ética, social.

Suele decirse que, como hecho social, el VIH-sida ha provocado tres epidemias: la de la infección del VIH, la epidemia del sida con sus enfermedades, y la epidemia constituida por el estigma, la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo.

Las situaciones de discriminación son violatorias de los Derechos Humanos y altamente perjudiciales para la salud y el bienestar de las personas. Esto se agrava cuando quienes padecen estas situaciones son niños, niñas y adolescentes, o personas que están viviendo otras experiencias de vulnerabilidad.

En nuestro país, los y las adolescentes y jóvenes son los más vulnerables y con mayor riesgo de infectarse. El derecho a la educación sexual integral –en todas las escuelas del país y en todos los niveles y modalidades– constituye un derecho que, al efectivizarse mediante una política pública clara y sostenida, contribuye al cuidado de la salud colectiva e individual. Pero, además, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al acceso a servicios integrales de salud que respondan a sus inquietudes. Asimismo, tanto la escuela como los servicios de salud deben preservar la confidencialidad, la intimidad y privacidad de las personas que viven con VIH. En este sentido, es importante que ambos sectores, educación y salud, puedan lograr articulaciones en un nivel local –la escuela con el centro de salud del barrio– para facilitar el acceso a las consultas y el acercamiento de los niños, niñas y adolescentes a la atención de su salud.

Hablar de VIH-sida no es fácil porque significa, antes o después, hablar de sexualidad, de parejas, de embarazo, de drogas y también de la muerte. Y es natural que estos temas provoquen vergüenza, miedos, incomodidad e inseguridad. Pero aunque sea difícil, hay que hacer el esfuerzo de encarar el asunto. Pensar que el sida es ‘cosa de otros’ no va más: solo en la Ciudad de Buenos Aires viven cerca de 30 mil personas infectadas con el VIH. Esto quiere decir que todos convivimos con el virus, dentro o fuera de nuestro cuerpo. (GCABA, Dirección de Sida, 2001)

Sabemos que ni en la escuela ni en los servicios de salud, la transmisión de información es suficiente para generar prácticas de cuidado. Justamente, el supuesto que subyace a ese modelo pedagógico de transmisión de conocimiento es que si "hay alguien que sabe enseñar (explicar) y el otro está allí escuchando, aprenderá y su conducta mejorará. Sin embargo, el otro insiste en ser otro y sobre todo piensa y vive desde su propia experiencia de vida" (Greco y Entin, 2008: 282). Como dice Leonardo Boff (2006):

La cabeza piensa a partir de donde los pies pisan. Y para comprender, es esencial conocer el lugar social de quien mira. Vale decir: cómo alguien vive, con quién convive, qué experiencias tiene, en qué trabaja, qué deseos alimenta, cómo asume los dramas de la vida y de la muerte, qué esperanzas lo animan. Cada uno comprende e interpreta a partir del mundo que habita.

En este sentido, lo que se requiere tanto en educación sexual, como en el abordaje específico de estas cuestiones como las ITS, es un diálogo que habilite a los otros a hablar desde lo que viven, desde sus deseos, soledades, amores, tristezas, vínculos, desamparos, esperanzas, agonías. En la medida en que estas cuestiones caigan en el silencio o en el ocultamiento, no se podrá nombrar lo que habita en cada uno y promueve modos de relacionarse con el otro/a y de cuidarse y cuidar a quien está con nosotros.

Esos lugares sociales también refieren a las pautas culturales que operan fuertemente en el ejercicio de la sexualidad. Mitos como "en la primera relación una mujer no puede quedar embarazada", "el hombre tiene siempre más deseo sexual que la mujer", "el preservativo impide sentir placer al hombre", y mandatos como "el hombre no puede fallar sexualmente ya que ahí se juega su masculinidad" o "las mujeres tienen que cuidarse para no quedar embarazadas (¡pero no pueden llevar preservativo!)", son cuestiones que tienen mucha más potencia en el momento del encuentro con el otro u otra, que la información con la que se cuente. En este sentido, los prejuicios y estereotipos vinculados con las personas que viven con VIH-sida —que circulan socialmente y que juzgan, condenan y censuran— también requieren ser reconocidos, analizados y discutidos.

Es por eso que tanto la apelación al otro para que hable desde su experiencia vital, como el trabajo de develar estas pautas culturales que lo atraviesan, desnaturalizando lo supuestamente "obvio y adecuado" de esos mandatos, mitos y creencias, constituyen dos pilares fuertes a la hora de abordar la prevención de las ITS y el VIH-sida.

3.2. La problemática del VIH-sida en contextos de encierro¹⁴

El VIH-sida constituye un problema severo para la población en contextos de encierro en muchos países y presenta importantes desafíos para las políticas públicas de salud. En el mundo, los alcances de infección por VIH en la población de cárceles tienden a ser más elevados que en la población en general. Esta situación en general está acompañada y exacerbada por la recurrencia de otras enfermedades como hepatitis y tuberculosis. No obstante, en base al principio que considera a las poblaciones de cárceles como parte de la comunidad en la que se hallan insertas, se postula que existe una vinculación entre la situación frente al VIH/sida en una y otra población, y por lo tanto, se requieren acciones coordinadas.

Como todas las personas, aquellos y aquellas que viven en contextos de encierro tienen el derecho al máximo nivel de salud posible. Este derecho está resguardado por el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y por el artículo 12 de la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La comunidad internacional ha aceptado que la población en cárceles retiene todos los derechos que no les son quitados por su situación de encierro, incluyendo el derecho a obtener el máximo nivel posible de salud mental y física. En este sentido, los gobiernos tienen la obligación de implementar normativas, políticas y programas consistentes con este marco internacional. Además los programas y servicios que se implementen para prevenir el VIH/sida y promocionar la salud, tienen que atender a la necesidad de abordar la estigmatización y discriminación que en estos contextos también padecen las personas que viven con VIH.

Se sabe que, a nivel internacional, los altos niveles de infección por VIH en las cárceles reflejan básicamente dos escenarios posibles:

- a. países con altos niveles de infección entre usuarios de drogas intravenosas (UDI), muchos de los cuales pasan parte de sus vidas en prisión;
- b. países en los cuales el alto nivel de infección por VIH deriva de relaciones heterosexuales sin protección. En estos últimos, las vías de transmisión de las personas que viven con VIH en contextos de encierro responden al mismo perfil epidemiológico que el de la población en general, y se producen situaciones de diseminación por las relaciones sexuales de hombres con hombres (HCH).

¹⁴ La cárcel es solo uno de los contextos de encierro existentes. En la actualidad, desde la Modalidad se trabaja en institutos de régimen cerrado que alojan a adolescentes y jóvenes acusados por la comisión de delitos, centros de tratamiento de adicciones de régimen cerrado o de contención acentuada, y cárceles.

Las normas internacionales establecidas por la OMS y la ONU para la prevención del VIH-sida en contextos de encierro, proponen que el abordaje de esta problemática se realice desde un enfoque de promoción de la salud y de mejora de las condiciones de las cárceles.

4. Develando algunas preguntas

Luego de comentar los puntos nodales de la mirada y la práctica pedagógica que es conveniente desarrollar cuando se trata de estos temas, y teniendo en cuenta algunas consideraciones específicas de los contextos de encierro, brindamos una guía informativa elaborada por la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

4.1. ¿Qué son las ITS?

Son enfermedades infecciosas, antiguamente conocidas como enfermedades venéreas, o enfermedades de transmisión sexual. Algunas de estas infecciones y/o enfermedades no presentan ningún tipo de molestia ni síntomas o heridas visibles (esto ocurre especialmente en el caso de las mujeres). Como las ITS pueden ser transmitidas durante las relaciones sexuales, el preservativo es el método más eficaz para prevenir este tipo de enfermedades.

Algunas de estas infecciones de transmisión sexual son: la uretritis, los condilomas, las tricomoniasis, la sífilis y el herpes genital. La más extendida de estas infecciones en nuestra población es un tipo de **uretritis** producida por una clamidia. Los síntomas más frecuentes de las uretritis (aunque en el caso de las clamidias son más leves que en el caso del otro tipo de uretritis llamado gonorrea blenorragica) aparecen de dos a ocho días después del contacto, sobre todo en el hombre: ardor y dolor al orinar; pus en el pene; manchas en su ropa interior por secreción anal y genital y dolor de garganta. La mujer la mayoría de las veces no presenta síntomas a pesar de estar infectada. Si no recibe tratamiento, la infección se vuelve cada vez más grave, y puede causar daños severos en sus órganos reproductivos: esterilidad, infertilidad y embarazo ectópico –fuera del útero–.

Los **condilomas**, también llamados verrugas genitales, son causadas por un virus: el HPV (Virus del Papiloma Humano, por su sigla en inglés) y se localizan a nivel genital o anal. Si no se recibe atención médica, las verrugas crecen y se extienden tomando una forma similar a una coliflor. Algunos de los síntomas que presentan las personas con

esta infección son: malestar permanente en la zona genital; pequeñas verrugas de color gris azulado, que pueden aparecer en el ano, vagina o pene y que no desaparecen solas. No producen dolor, pero huelen mal y generan molestias (picazón) en la zona en que se localizan. Si no se recibe tratamiento pueden salir más verrugas y será más difícil hacer que desaparezcan. Si una mujer embarazada tiene condilomas, su hijo puede infectarse durante el parto y esto le puede causar hasta la muerte. Puede producir cáncer en los órganos sexuales (cuello uterino y pene) y en el ano. El tratamiento de los condilomas es sencillo y se curan en pocos días.

La **tricomoniasis** es producida por un parásito. En la mujer, esta enfermedad se localiza en la vagina y en los hombres en los genitales internos. Es la mujer la que manifiesta sus síntomas: ardor, picazón o dolor en los genitales; flujo espumoso que da la sensación de gases en la vagina de color blanco amarillento; dolor durante el acto sexual. En el varón, no produce síntomas. En caso de no recibir tratamiento, tanto el hombre como la mujer pueden padecer de un malestar permanente en la zona genital.

La **sífilis** es producida por una bacteria que ataca tanto a hombres como a mujeres. Los síntomas aparecen dos o tres semanas después del contacto sexual y la enfermedad tiene dos etapas. En la primera, se forma una llaga o úlcera de color rojo que puede aparecer en la boca, ano, vagina o pene, acompañada de un ganglio en la zona. Esta llaga o úlcera no duele y desaparece sola sin ningún tipo de tratamiento después de 15 días. En una segunda etapa, después de 6 meses o más de desaparecida la llaga, aparecen erupciones o ronchitas en la piel, lesiones en la boca, fiebre y aumento generalizado del tamaño de los ganglios, caída del cabello. De no tratarse, esta infección puede causar daños graves al corazón, daños en el sistema nervioso y trastornos de conducta.

Finalmente, el **herpes genital**, es producido por un virus, y se manifiesta a través de pequeñas lesiones o ampollitas en el pene o en la vulva. Estas son sumamente dolorosas y arden. En ocasiones se pueden romper, y crean mayores lesiones. Las lesiones desaparecen entre los tres y los quince días, y reaparecen al poco tiempo. El herpes genital no tiene cura, pero se puede controlar con un buen tratamiento médico. Si una mujer tiene herpes genital, su hijo puede infectarse durante el parto, con graves consecuencias, incluso la muerte.

4.2. ¿Qué es el sida desde el punto de vista biológico?

El sida es la etapa más avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por eso, lo correcto es hablar de la Infección VIH-sida sabiendo que

es algo que cambia con el tiempo. Este virus va debilitando las defensas del organismo porque ataca a las células encargadas de protegernos de las enfermedades. Puede afectar a cualquier persona que no adopte las medidas preventivas y, por el momento, si bien existe tratamiento, no hay una cura definitiva.

4.3. ¿Es una enfermedad contagiosa?

No. El sida es una **enfermedad transmisible**, pero no **contagiosa**. La diferencia es que las enfermedades **contagiosas** pueden pasar de una persona a otra por un simple contacto (como en el caso de las paperas, la tuberculosis, etc.). En cambio, se ha demostrado científicamente que el VIH no se transmite por abrazar, besar, compartir vasos y cubiertos, tomar mate o intercambiar ropa. Tampoco por compartir el baño, la pileta o dormir en una misma cama. Los insectos no lo transmiten; el sudor o las lágrimas de las personas infectadas, tampoco. En una palabra: querer y apoyar a quienes tienen VIH-sida no trae riesgos y tiene efectos positivos sobre la salud del enfermo y la de quienes los rodean.

Los que rechazan a las personas que tienen VIH-sida ignoran las verdaderas características de la enfermedad y se dejan llevar por prejuicios y falsas creencias. Estar informado ayuda a prevenirse y a no discriminar a las personas afectadas por el VIH.

4.4. ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH? Es decir, ¿por dónde circula el virus?

El virus circula, y se transmite únicamente a través de:

- la sangre;
- el semen;
- las secreciones vaginales;
- la leche materna.

4.5. ¿Cómo puede entrar en nuestro cuerpo?

Puede entrar en nuestro cuerpo:

- al tener relaciones sexuales sin preservativo;
- al compartir agujas, jeringas o canutos o al recibir una transfusión de sangre no controlada.

En el caso de las mujeres embarazadas que están infectadas, el virus puede pasar al bebé mientras está en la panza, en el momento del parto o durante el amamantamiento.

4.6. ¿Qué diferencia hay entre VIH y sida?

Es importante conocer la diferencia entre tener **VIH** y estar enfermo de **sida**. Son dos cosas diferentes que muchas personas confunden, aun en las instituciones de salud. Se dice que una persona **vive con el VIH** cuando está infectada, pero no presenta síntomas. Y se utiliza la expresión “persona que **vive con sida**” para quienes han desarrollado la enfermedad. Podemos estar infectados con el VIH –o sea, ser “VIH positivos” o “seropositivos”– y, todavía, no haber desarrollado el sida.

La sigla SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Es decir que uno ha desarrollado el sida cuando presenta un conjunto de signos y síntomas (Síndrome) que indican que sus defensas están disminuidas (Inmuno-Deficiencia) porque contrajo el virus (Adquirida).

En esta etapa aparecen las llamadas “enfermedades oportunistas o marcadoras”, que se desarrollan aprovechando la caída de las defensas. Las más frecuentes son afecciones pulmonares, de la piel y algunos tipos de cáncer. A ello se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen trastornos del sistema nervioso y el aparato digestivo.

Desde que el virus entra en el cuerpo hasta que aparecen los síntomas pueden pasar muchos años (si se realiza tratamiento temprano, más aún).

4.7. ¿Qué significa la expresión “portador sano”?

Suele llamarse así a aquellas personas que viven con VIH pero que no han desarrollado los síntomas del sida. Sin embargo, la expresión “portador sano” es confusa, ya que puede hacer pensar que las personas que viven con el virus no lo transmiten, y esto es un error. Si bien no están enfermos de sida, sí pueden transmitir el virus.

Hay estudios para detectar la presencia del virus. Esto permite iniciar oportunamente los tratamientos y tomar medidas para evitar la reinfección y la transmisión del virus. Con la medicación actual, se retrasa la aparición de las enfermedades marcadoras y, por lo tanto, del sida.

4.8. ¿Cuándo hacerse el test del sida?

Mantener relaciones sexuales sin preservativo, compartir una jeringa o recibir una transfusión no debidamente controlada son comportamientos que justifican hacerse el test del sida.

Pensar en tener un hijo o estar embarazada es también una buena oportunidad para que la pareja se haga el test, no solo por la salud de ambos, sino para cuidar al bebé.

4.9. ¿Cómo es el test?

El test de sida es un análisis de sangre sencillo, gratuito y confidencial que se hace en los hospitales y centros de testeo. Solo se puede hacer si la persona brinda su conformidad y siempre el resultado debe darse en privado. Nadie puede recibirlo por otro.

Las pruebas que suelen hacerse (Elisa, Western Blot) sirven para detectar los anticuerpos producidos por el organismo para defenderse del VIH. Si hay anticuerpos, hay virus.

4.10. ¿Qué es el Período Ventana?

Hay una primera etapa de la infección, de alrededor de tres meses, en que la presencia del virus no es detectable por las pruebas de laboratorio: es el llamado “Período Ventana”.

Pero más allá de que no se detecten los anticuerpos, durante el Período Ventana el virus se está multiplicando de manera muy rápida. Por lo tanto, aun si las primeras pruebas han dado negativas, es necesario continuar cuidándose. Aunque no se puede generalizar, lo normal es que el médico recomiende repetirlas.

La Ley de Sida prohíbe a los médicos o a cualquier otra persona que por su ocupación se entere de que alguien tiene VIH o sida, revelar esta información públicamente.

4.11. ¿Para qué sirven los estudios de “carga viral” y “CD4”?

Complementan el examen clínico y ayudan a definir la conducta terapéutica a seguir: cuándo comenzar o modificar un tratamiento.

Una vez detectada la infección, lo más importante es averiguar cuál es el estado de las defensas del paciente. Para esto se utilizan el recuento de linfocitos CD4 (indicadores de la capacidad de defensas del organismo) y la cuantificación de virus circulante en sangre (lo que se denomina carga viral).

A mayor carga viral, hay más rápida caída de las defensas (CD4), y más posibilidades de que aparezcan rápidamente las enfermedades que conforman el sida.

4.12. ¿Es posible tratar la enfermedad?

Sí. Hay tratamientos que, aunque no erradican el virus, hacen más lenta su multiplicación. De este modo, frenan la destrucción de las defensas del organismo y, por lo tanto, retrasan el comienzo de las enfermedades oportunistas.

Los avances logrados en la medicación han hecho que sean cada vez más las personas que viven con el virus sin desarrollar el sida.

Hoy, el consenso mayoritario es comenzar un tratamiento con, por lo menos, tres tipos de drogas (lo que se conoce como “cóctel”).

Si bien hay muchas combinaciones efectivas, la elección de las drogas a utilizar dependerá de la evaluación que hagan cada persona y su médico.

Es muy importante asegurar la regularidad de las tomas de medicación en los tratamientos combinados actuales, pues la discontinuidad permite que el virus se haga resistente, es decir, que las drogas no surtan más efecto.

Las leyes nacionales establecen que, en los hospitales públicos, el tratamiento es gratuito y que, en las obras sociales e instituciones de medicina prepaga, los estudios y tratamientos deben brindarse sin costo adicional alguno.

4.13. ¿Existe una vacuna?

No. En la actualidad se están llevando a cabo investigaciones sobre dos tipos diferentes de vacunas: unas, para aplicar a las personas que ya tienen el VIH (como un tratamiento), y otras, para evitar que las personas se infecten (como las tradicionales

que se dan a los chicos). Sin embargo, no existen resultados científicamente probados que permitan su aplicación en personas de manera masiva.

Las vacunas de tratamiento se diferencian de los cócteles en que buscan mejorar la capacidad del sistema inmunológico para que este pueda eliminar al virus, mientras que los cócteles atacan el virus en los diferentes momentos de su evolución. En síntesis, las vacunas buscan mejorar las defensas y los cócteles, debilitar a los agentes que agreden al organismo.

4.14. ¿Cómo prevenir el sida?

Dado que conocemos las vías de transmisión, podemos enumerar los modos de no infectarnos.

- **Prevención de la transmisión sexual.**

1. Usar correctamente el preservativo. Correctamente significa usarlo siempre que se mantengan relaciones sexuales con penetración (oral, anal, vaginal) desde el comienzo de la penetración. Es muy importante ponerlo de manera adecuada, ya que prácticamente todas las roturas del preservativo se deben a que no está bien colocado.
2. Usar un preservativo nuevo y en buen estado en cada ocasión (hay que verificar la fecha de vencimiento y el sello IRAM en el sobre).
Si se usan lubricantes, deben ser los conocidos como “íntimos” o “personales”, a base de agua. La vaselina o las cremas humectantes arruinan el preservativo.
3. El calor también, por eso, no conviene llevarlo en bolsillos ajustados del pantalón ni dejarlo en lugares expuestos a aumento de temperatura.
4. La presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de lastimaduras en los genitales aumentan las posibilidades de transmisión del virus, por lo que tratarlas es también una medida de prevención.

Conocer estas medidas es fundamental; pero lo más difícil es no dejarnos llevar por los prejuicios, superar la vergüenza y el temor que significa hablar de sexo con nuestras parejas, nuestros hijos, nuestros padres o nuestros amigos. Todavía existe mucho machismo, mucho miedo a lo diferente. Aceptar y respetar los distintos modos de vivir la sexualidad, entender que la vida sexual puede cambiar con el tiempo nos permitirá comprender más y juzgar menos para poder cuidarnos mejor.

- **Prevención de la transmisión por sangre.**

Un 40% de los enfermos de sida de la ciudad de Buenos Aires se infectó por compartir jeringas u otros elementos de inyección cuando consumía drogas.

1. Usar un equipo nuevo en cada inyección es la forma de prevenir la transmisión del VIH y las hepatitis B y C por vía sanguínea.
2. Con el canuto pasa lo mismo: no hay que compartirlo.
3. No se deben compartir máquinas de afeitar, alicates, cepillos de dientes ni instrumentos que pinchen o corten en general. En el caso de los tatuajes, hay que llevar las agujas o verificar que sean descartables.
4. En caso de ser operados, o de recibir sangre o un trasplante de órgano, hay derecho a exigir que la sangre, sus derivados o los órganos estén efectivamente controlados. El instrumental que se use debe ser descartable o estar debidamente esterilizado. Es necesario no delegar toda la responsabilidad en los profesionales y técnicos cuando se trata de nuestro cuerpo. Los trabajadores de la salud, a su vez, deben reclamar el cumplimiento de las normas de bioseguridad correspondientes.

- **Prevención de la transmisión madre-hijo.**

1. Si una pareja espera un hijo, es importante que **los dos** se hagan el test. Porque, si la mujer está infectada, puede empezar un tratamiento para ella y para evitar que el bebé nazca con el virus. Y si el varón está infectado, además de iniciar su tratamiento, puede usar preservativos para no transmitir el virus a su mujer.
2. La probabilidad de que el virus pase de la madre al hijo si no se realiza ningún tratamiento es de alrededor del 30%. En cambio, con la medicación y los controles adecuados esta probabilidad baja a menos del 2%.
3. Como la leche materna puede transmitir el virus, se recomienda que las madres que tienen VIH no den el pecho a sus bebés. En los hospitales de la Ciudad, se entregan gratuitamente inhibidores de leche materna y leche maternizada para los primeros seis meses de vida del bebé.

4.15. ¿Por qué nos cuesta cuidarnos?

Cambiar actitudes, opiniones y sobre todo prácticas, es difícil. El VIH-sida plantea interrogantes y desafíos para los que no siempre tenemos respuestas. El temor a lo desconocido, los prejuicios, las creencias y valores a los que estamos aferrados explican en gran medida nuestras dificultades para cambiar.

- **El desconocimiento.** En general, tenemos miedo a lo desconocido; en cualquier terreno y en el de la salud y el sida también. Lo mejor es informarse, preguntar y sacarse las dudas con gente que sepa.
- **La confianza.** Confianza significa compartir y poder hablar de todo, incluido el sida. No sirve usar la confianza para no preguntar, no dialogar, o para olvidarse de los riesgos propios y de los de la pareja.
- **Lo femenino y lo masculino.** En cada sociedad hay una manera dominante de entender lo femenino y lo masculino que, muchas veces, es un obstáculo para llevar adelante una vida sexual segura.
- Por ejemplo, la idea de que el varón, además de ser heterosexual, debe estar “siempre listo” y demostrar su masculinidad, lo lleva a no poder rechazar una relación sexual aun cuando pueda ser riesgosa. En cambio, a la mujer se le suele adjudicar un rol pasivo —de inexperiencia o inocencia— por el cual no debería llevar preservativos ni proponer su uso. Contradictoriamente, recae en ella la responsabilidad de adoptar métodos anticonceptivos. Esta representación social de lo femenino reduce la sexualidad de las mujeres a la función reproductiva, quitándoles la posibilidad de pensar su cuerpo desde el placer, privilegio reservado solo a los varones.
- **Los prejuicios.** Aunque no nos demos cuenta, muchas veces las palabras que usamos encierran prejuicios. Hay términos que, gracias al trabajo de sensibilización y concientización de las personas que viven con VIH y sus organizaciones, evolucionaron desde el inicio de la epidemia. Por ejemplo, la expresión “persona que vive con VIH” ha reemplazado a “portador”, y la categoría “grupo de riesgo” (que asociaba la infección a las trabajadoras sexuales, a los homosexuales, o a los usuarios de drogas) fue desplazada por la de “vulnerabilidad frente al VIH”, que se refiere a las situaciones concretas en las que cualquier persona tiene posibilidad de infectarse.
- Creer que el sida es un problema de “homosexuales”, “drogadictos” o “prostitutas”, no solo es negar los hechos, sino que es seguir fomentando la discriminación. La falsa seguridad de quienes se sienten “normales” es uno de los principales obstáculos para la prevención.

Por último, unas palabras sobre el VIH-sida y el marco legal. Las leyes de la República Argentina referidas a la temática VIH-sida reflejan la relación entre Salud Pública y Derechos Humanos. Si bien no todas las provincias tienen legislación específica, aquellas que sí han legislado lo hicieron antes o después de promulgada la Ley Nacional de

Lucha contra el Sida (Ley N° 23.798 de 1989 y su Decreto Reglamentario 1244/91). Sin embargo, la Ley Nacional se enmarca en principios tales como el de autonomía, el de la privacidad de las personas, el de no discriminación y en aquellos que hacen a la dignidad de las personas.

De la Ley Nacional de Lucha contra el Sida, N° 23.798, y su Decreto Reglamentario se interpretan los siguientes derechos de las personas afectadas:

- **Civiles.**

La persona infectada con VIH tendrá derecho:

1. A no sufrir ningún tipo de discriminación por su estado.
2. A la salud, amparado implícitamente por garantías constitucionales de manera que todo desconocimiento de este derecho sea inconstitucional, y pueda buscarse la vía del recurso de amparo para hacerlo efectivo.
3. Al suministro de medicamentos por parte del Estado cuando no tuviese Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga.
4. A la intimidad y a la confidencialidad.
5. Al trabajo, por ser un derecho esencial que hace a la dignidad de las personas.
6. A medidas de bioseguridad para evitar que, como resultado de la actividad asistencial, se produzcan accidentes.
7. A que las obras sociales y los servicios de medicina prepaga cubran los tratamientos médicos, psicológicos, farmacológicos de las personas infectadas.

- **Laborales.**

1. A que la persona infectada con VIH no sufra aislamiento ni utilización de áreas específicas.
2. A que el empleador no solicite un test de VIH para contratar o despedir a un empleado, con la excepción de las Fuerzas Armadas y de Seguridad.
3. A poder trabajar en cualquier tipo de actividad; no existen actividades consideradas no recomendadas. En caso de que el lugar de trabajo o la función asignada sea perjudicial para su salud, el empleado deberá ser reubicado y reasignadas sus funciones.
4. A que la empresa cuente con programas de información y de educación sobre VIH-sida.
5. A que se le haga un test cuando hubiera un accidente de trabajo en el ámbito laboral.

6. A que se justifiquen las ausencias al trabajo con certificado médico.
7. A ser despedido por fallas funcionales, pero no por vivir con VIH.

Por su parte, la Ley Nacional 25.543 (Test de VIH para las Mujeres Embarazadas), establece que:

- Es obligatorio el ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada como parte del cuidado normal (artículo 1).
- Los establecimientos médicos asistenciales públicos, de la seguridad social y de medicina prepaga deberán reconocer la cobertura del test (artículo 2).
- Se requerirá el consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico. Tanto el consentimiento como la negativa deberán figurar por escrito con la firma de la paciente y del médico (artículo 3).

5. ¿Qué criterios sustentan la ESI?

5.1. Una visión integral de la sexualidad

Tradicionalmente, las temáticas referidas a la sexualidad no eran consideradas propias de los aprendizajes de la infancia, sino de períodos más avanzados de la vida, como la pubertad o la adolescencia. Durante mucho tiempo, las sociedades y las personas entendimos que hablar de sexualidad era posible recién en el momento en que los jóvenes ya dejaban de serlo. Esto era así porque el concepto de sexualidad estaba fuertemente unido al de genitalidad. Desde esta mirada, la educación sexual en la escuela se daba preferentemente en la escuela secundaria, y en particular durante las horas de Biología, y se priorizaban algunos temas, como los cambios corporales en la pubertad o a la reproducción humana.

Con el desarrollo de los conocimientos de diversas disciplinas, y con la definición de los derechos de la infancia, también fuimos avanzando en otras formas de comprensión de la sexualidad. Así, llegamos a una definición más amplia e integral, y hoy podemos pensar desde otro lugar la enseñanza de los contenidos escolares vinculados a ella.

El concepto de sexualidad que proponemos, en consonancia con la Ley de Educación Sexual Integral, excede ampliamente la noción de “genitalidad” o de “relación sexual”. Consideramos la sexualidad como una de las dimensiones constitutivas de la persona, relevante para su despliegue y bienestar durante toda la vida, que abarca aspectos tanto biológicos, como psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Esta concepción también es sostenida por la Organización Mundial de la Salud:

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. [...] Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. [...] En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (Organización Panamericana de la Salud, 2000)

5.2. La ESI en la escuela

En las instituciones educativas, la ESI constituye un espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que comprende contenidos de distintas áreas curriculares, adecuados a las edades de niños y niñas, y abordados de manera transversal y/o en espacios específicos. Incluye el desarrollo de saberes y habilidades para el cuidado del propio cuerpo; la valoración de las emociones y de los sentimientos en las relaciones interpersonales; el fomento de valores y actitudes relacionados con la solidaridad, el amor, el respeto por la vida y la integridad de las personas, y el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad. También promueve el trabajo articulado con los centros de salud, las organizaciones sociales y las familias.

Asumir la educación sexual desde una perspectiva integral demanda un trabajo dirigido a promover aprendizajes desde el punto de vista cognitivo, pero también en el plano de lo afectivo, y en las prácticas concretas.

Cuando pensamos en propuestas que apuntan a generar aprendizajes de tipo cognitivo, entendemos no solo el suministro de información científicamente validada, acorde a cada etapa evolutiva, sino también el trabajo sobre los prejuicios y las creencias que sostienen actitudes discriminatorias, como también el conocimiento de derechos y obligaciones.

Con respecto al plano de la afectividad, consideramos que, desde la escuela, es posible trabajar para desarrollar capacidades emocionales como la empatía, la solidaridad, la expresión de los sentimientos en el marco del respeto por los y las demás. Este aspecto puede resultar novedoso, ya que habitualmente las competencias emocionales fueron poco abordadas desde la escuela tradicional. De alguna manera se daba por sentado que se trataba de cuestiones que se aprendían espontáneamente, con la madurez que va brindando la experiencia. Sin desmerecer la vía de aprendizaje informal que constituye la experiencia de vivir, es posible diseñar enseñanzas sistemáticas, orientadas a generar

formas de expresión de los afectos que mejoren las relaciones interpersonales y promuevan el crecimiento integral de las personas.

Por último, contemplamos una dimensión más relacionada con el saber hacer, en que se promueve la adquisición de competencias, tales como la posibilidad de decir “no” frente a la coacción de otros y de otras, el fortalecimiento de conductas de cuidado personal y colectivo de la salud, y también de aquellas habilidades psicosociales, como la expresión de sentimientos y afectos.

5.3. La promoción de la salud

La promoción de la salud constituye una estrategia amplia vinculada al desarrollo de la ESI en las escuelas, en tanto sustenta una concepción integral de salud que trasciende la consideración de la mera ausencia de enfermedad. La salud es, desde la perspectiva de la promoción, un proceso que se desarrolla durante toda la vida de las personas, más que un estado alcanzado o por alcanzar. Es también un concepto que ha variado a lo largo del tiempo y se ha ido forjando y resignificando. No es una noción neutra ni estática, sino que se construye y ha ido variando a través de la historia de acuerdo con paradigmas dominantes, condiciones concretas de existencia de los pueblos, desarrollos científicos y tecnológicos y también saberes populares.

En nuestros días, la perspectiva de salud integral enfatiza la confluencia de dimensiones biológicas, sociales, económicas, culturales, psicológicas, históricas, éticas y espirituales como influyentes en los procesos de salud-enfermedad. Desde esta perspectiva la promoción de la salud, no solo intenta reducir riesgos, sino, fundamentalmente, promover los factores para la salud y desarrollo integral de las personas.

Este posicionamiento intenta superar los reduccionismos de todo tipo, especialmente aquellos ligados al cientificismo biologicista o a la medicina mecanicista. La noción de salud integral remite a una concepción también integral del ser humano, en la cual no se desdeñan, sino que, por el contrario, se recuperan y consideran las creencias y los posicionamientos éticos, propiciándose los diálogos necesarios para garantizar la participación activa de las personas en el cuidado de la salud individual y colectiva. La salud es concebida también hoy como un derecho de las personas y una obligación de los Estados.

5.4. La consideración de alumnos y alumnas como sujetos de derecho

Varios son los derechos humanos que se ponen en juego en relación con el cumplimiento de la Ley de Educación Sexual Integral:

- El derecho a la vida y a la salud.
- El derecho a la integridad física, psíquica y moral de niñas, niños y adolescentes.
- El derecho a la igualdad ante la ley y a la no discriminación.
- El derecho a la libertad de elección.
- El derecho a la información, a la opinión y a la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa.
- El derecho a una educación de calidad.
- El derecho a la identidad y a la dignidad.
- El respeto a los preceptos morales y culturales que los padres desean inculcar a sus hijos, en tanto no violen los derechos y la dignidad de niños y jóvenes.
- El derecho a vivir según las convicciones morales o religiosas.
- El derecho de los docentes a participar activamente en la elaboración e implementación del proyecto institucional de la escuela.
- El derecho de los docentes a la capacitación y actualización integral.

La perspectiva de derechos humanos como marco de la ESI alude a la obligatoriedad del Estado de garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas. Los derechos que deben ser considerados a la hora de pensar formas de implementación de proyectos de ESI en las escuelas podrían pensarse en dos dimensiones: una más vinculada a los contenidos y otra a la metodología.

En relación con la primera de las dimensiones mencionadas, la legislación nacional es clara al respecto y en varias leyes¹⁵ se alude al derecho de las personas a recibir información y conocimientos debidamente validados por la comunidad científica en lo que hace al cuidado, promoción y prevención de riesgos y daños de la salud, el respeto por el cuerpo propio y el ajeno, la prevención de enfermedades infecto-contagiosas, y todo conocimiento que contribuya al ejercicio de una sexualidad sana, responsable y plena. Estos saberes deben estar inscriptos en una perspectiva multidimensional, multidisciplinaria y respetuosa del contexto cultural, en el marco de los derechos humanos. Esto im-

¹⁵ Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral, Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, Convención Internacional de los derechos del Niño.

plica que la escuela debe enseñar que ciertas prácticas —aunque aceptadas culturalmente por algún colectivo social, pero consideradas violatorias de los derechos humanos desde la perspectiva de la protección integral de estos (tal es el caso del abuso sexual u otras formas de maltrato o vulneración de derechos)— no pueden ser aceptadas.

Con respecto a la segunda dimensión, un enfoque basado en la consideración de las personas como sujetos de derecho propenderá a fomentar la activa participación de los alumnos y alumnas, en un clima de diálogo permanente que garantice la búsqueda de consenso y el respeto por las creencias, sin eludir el abordaje de las tensiones que puedan presentarse.

5.5. La especial atención a la complejidad del hecho educativo

La tarea de las instituciones educativas en lo que respecta a la implementación de programas de Educación Sexual Integral adquiere características propias y diferentes de las que puedan asumir las instituciones de salud u otros colectivos que también participan en la educación de niños, jóvenes y adultos. Si bien la escuela deberá trabajar en la articulación con otros sectores, esto no implica desconocer sus responsabilidades específicas, sus potencialidades y la particular complejidad que reviste el vínculo docente/alumno, como así también la necesidad de arribar a consensos con las familias.

La escuela desarrolla su función en el delicado equilibrio entre el respeto por las diferencias y la responsabilidad de igualar oportunidades, trabajando en pos de la restitución de derechos vulnerados y la promoción del desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes. Más allá de las recurrencias evolutivas, las diferencias de todo tipo —etnia, clase social, ámbito rural o urbano, creencias particulares— hacen que cada grupo de niños o jóvenes transite su crecimiento y constituya su experiencia de maneras muy diferentes. Admitir este plural supone una responsabilidad para los educadores. A la hora de pensar estrategias, estas diferencias deberán ser tenidas en cuenta y, en el marco de los criterios generales que establecen las leyes ya mencionadas, cada institución educativa deberá realizar las contextualizaciones necesarias, en términos de pensar, rediseñar, preguntar, crear intervenciones adecuadas a cada particularidad, trabajando en pos del consenso y la inclusión activa de las familias y la comunidad. Al mismo tiempo, el reconocimiento de la pluralidad y las diversidades no debe soslayar la cuestión de la igualdad de derechos. En conclusión, reconocer las diferencias debe tender a consolidar la equidad y no, por el contrario, a naturalizar desigualdades.

Desde esta perspectiva, los aprendizajes impulsados deberán propender al desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes, ofreciendo conocimientos significativos y pertinentes a cada etapa evolutiva, ayudando a los alumnos y alumnas a comprender su crecimiento, y los cambios, necesidades y problemáticas que ese crecimiento conlleva.

6. ¿Cómo pensar la ESI en la modalidad?

En sintonía con los criterios hasta aquí esbozados acerca de la Educación Sexual Integral, en este último apartado creemos oportuno formularnos preguntas específicas que nos llevarían a encontrar la manera de desarrollarla en las escuelas de la Modalidad de Contextos de Encierro, teniendo en cuenta la complejidad y heterogeneidad que estas instituciones presentan. Algunas de esas preguntas posibles son:

6.1. ¿Qué aporta la ESI a los objetivos de la modalidad?

Solemos decir que garantizar el derecho a la educación sexual de todos los educandos promueve el ejercicio de otros derechos. Sin embargo, esta apreciación general cobra especial relevancia en la modalidad.

La Educación Sexual Integral pensada desde una perspectiva amplia que trascienda la genitalidad y lo biológico, resulta una apuesta fuerte a la restitución de la categoría de semejante. Consideramos que los aportes más importantes pasarían por:

- La promoción de conductas de cuidado de la salud personal y colectiva.
- La reflexión sobre una dimensión de la condición humana como es la sexualidad. En escenarios de privación de libertad, el trabajo sobre estos temas asume un papel importante en la restitución de la categoría de semejante.
- La posibilidad de entender que la sexualidad es una construcción que se da a lo largo de toda la vida y que su ejercicio está condicionado por las circunstancias especiales que atraviesan las personas.

6.2. ¿Qué nos dicen las experiencias hasta ahora realizadas?

En general las experiencias vinculadas a trabajar la salud en contextos de encierro adoptan una lógica basada en la prevención y el trabajo sobre los factores de riesgo. Se

trata de visitas de especialistas del sector salud y no se registran experiencias de trabajo continuo y articulado entre salud y educación.

En nuestro país, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual detectó la alta situación de vulnerabilidad respecto del VIH-sida de las personas que se encuentran en contexto de encierro, así como también de aquellas que recuperan su libertad, luego de haber pasado por esas instituciones. A partir de este hecho, se produjo una importante toma de conciencia en torno a pensar en la urgencia de implementar políticas públicas integrales, en el marco de la cooperación interministerial, tendientes a mejorar la salud de dichas poblaciones.

Con ese objetivo, se firmó un Convenio Marco de Cooperación y Asistencia –en julio de 2008– entre el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos junto con el Comité Científico Asesor en materia de control del tráfico ilícito de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y criminalidad compleja, y el Ministerio de Salud de la Nación.

A partir del convenio, se pautaron acciones y se inició un trabajo con profesionales del Servicio Penitenciario Federal, cuyo objetivo es desarrollar un modelo de intervención que permita abordar la prevención del VIH-sida en contextos de encierro.

Durante octubre y diciembre de 2008 se realizaron encuentros de actualización con 106 profesionales y auxiliares de la salud del Servicio Penitenciario Federal. Allí, entre otros aspectos, se trabajó en prevención con el fin de facilitar el acceso a preservativos e información, estudios y tratamientos, y al test de VIH con asesoramiento. En estos encuentros se trabaja para garantizar la disponibilidad de preservativos y se distribuye material gráfico de prevención y maletines preventivos.

Estas acciones son sin duda importantes y constituyen un avance en lo relacionado con la toma de conciencia sobre la situación de vulneración de derechos de las personas privadas de libertad. Sería necesario pensarlas en articulación con el sector educación y en el marco de la ESI para aumentar su continuidad y sistematización y hacer cumplir el derecho de recibir Educación Sexual Integral a las alumnas y los alumnos de la modalidad.

Para que esto sea posible sería necesario comenzar por un relevamiento de los emprendimientos que se están llevando a cabo o de experiencias anteriores, para poder rescatar los aspectos más significativos, la potencia de sus actores y las metodologías que puedan sumar, a la vez que pensar las formas en que estas acciones puedan irse reconvirtiendo para acercarse a la perspectiva más integral de la promoción de la salud.

6.3. ¿Cuál sería el lugar de los trabajadores del sector salud?

La ESI en los contextos de encierro convoca fuertemente a recuperar el criterio de intersectorialidad. Lo dicho anteriormente respecto de modificar las prácticas medicalizantes de la educación en sexualidad no debe llevarnos a imaginar que podemos prescindir del valioso aporte que los profesionales de la salud pueden realizar. En este sentido, su participación en la elaboración de materiales informativos y de sensibilización, la capacitación de los y las docentes en torno al tema de contenidos de prevención de ITS, como así también el acompañamiento que puedan brindar en cada situación contribuirán al logro de la efectiva instalación de la ESI en la modalidad.

6.4. ¿Sería necesario realizar adecuaciones para comenzar a implementarla? ¿Cuáles?

Al igual que con otros contenidos curriculares impartidos desde la modalidad, las adecuaciones no debemos pensarlas en términos de contenidos, sino fundamentalmente en torno a los contextos en que dichos contenidos se imparten.

Creemos importante incluir aquí los propósitos formativos de los lineamientos curriculares. Dichos propósitos aparecen como los organizadores de la posterior selección de contenidos. Si prestamos atención a cada uno de ellos, advertimos la relevancia que adquieren en las instituciones de la modalidad.

- Ofrecer oportunidades de ampliar el horizonte cultural desde el cual cada educando desarrolla plenamente su subjetividad, reconociendo sus derechos y responsabilidades y respetando y reconociendo los derechos y responsabilidades de las otras personas.
- Expresar, reflexionar y valorar las emociones y los sentimientos presentes en las relaciones humanas en relación con la sexualidad, reconociendo, respetando y haciendo respetar los derechos humanos.
- Estimular la apropiación del enfoque de los derechos humanos como orientación para la convivencia social y la integración a la vida institucional y comunitaria, respetando, a la vez, la libertad de enseñanza, en el marco del cumplimiento de los preceptos constitucionales.
- Propiciar el conocimiento del cuerpo humano, brindando información básica sobre la dimensión anatómica y fisiológica de la sexualidad pertinente para cada edad y grupo escolar.

- Promover hábitos de cuidado del cuerpo y promoción de la salud en general, y de la salud sexual y reproductiva en particular, de acuerdo con la franja etaria de los educandos.
- Promover una educación en valores y actitudes relacionados con la solidaridad, el amor, el respeto a la intimidad propia y ajena, el respeto por la vida y la integridad de las personas.
- Presentar oportunidades para el conocimiento y el respeto de sí mismo y de su propio cuerpo, con sus cambios y continuidades tanto en su aspecto físico como en sus necesidades, sus emociones, sentimientos y sus modos de expresión.
- Promover aprendizajes de competencias relacionadas con la prevención de las diversas formas de vulneración de derechos: maltrato infantil, abuso sexual, trata de niños.
- Propiciar aprendizajes basados en el respeto por la diversidad y el rechazo por todas las formas de discriminación.
- Desarrollar competencias para la verbalización de sentimientos, necesidades, emociones, problemas y la resolución de conflictos a través del diálogo.

El desafío para docentes y profesionales que lleven adelante proyectos de ESI en las instituciones de la modalidad será articular estos propósitos formativos a las especiales circunstancias vitales de los sujetos que son sus alumnos y alumnas. En función de esta premisa, podrán elegir los contenidos curriculares a desarrollar.

6.5. ¿Qué docentes abordarían la responsabilidad de la ESI?

Al respecto señalan los Lineamientos Curriculares de la ESI:

Decidir si la educación sexual integral debe ser abordada desde una perspectiva transversal o como un espacio curricular específico requiere considerar, entre otros factores, la etapa de desarrollo de los educandos, sus necesidades, intereses y derechos, el nivel educativo, y la formación y capacitación de los docentes para desarrollar esta tarea. A la vez, y sin desmedro de las obligaciones que impone la Ley 26.150, las jurisdicciones podrán adecuar su propuesta formativa, según las necesidades y particularidades propias de cada realidad.

La transversalidad y la existencia de un espacio curricular específico no constituyen alternativas excluyentes. Ambas pueden coexistir en cada establecimiento y en la

educación primaria y secundaria. Sin embargo, y en relación a la ESI, sería recomendable organizar espacios transversales de formación desde la educación inicial y primaria, para luego considerar la apertura en la educación secundaria de espacios específicos, que puedan formar parte de asignaturas ya existentes en el currículo, o de nuevos espacios a incorporar. No debería entenderse que la existencia de un espacio específico implica abandonar la preocupación por el abordaje transversal de la ESI.

Para el trabajo en la escuela primaria, sería pertinente un abordaje transversal, fundamentalmente desde las áreas de Ciencias Sociales, Formación Ciudadana, Ciencias Naturales y Lengua y Literatura. En lo que respecta a la educación secundaria, la enseñanza de la Educación Sexual Integral podría encaminarse progresivamente a la creación de espacios curriculares específicos. Esto permitiría desarrollar contenidos más complejos y concretos, atendiendo a la vez a demandas puntuales e inquietudes de esta franja etaria. La población adolescente requiere de una formación sólida y validada de Educación Sexual Integral y de espacios que los habiliten a plantear sus necesidades e intereses y que atiendan sus particularidades. Los adolescentes y jóvenes tienen el derecho a contar con estos espacios. La escuela debe, además, sumar a sus funciones de transmisión cultural y formación, la prevención y oportuna derivación para asistencia de aquellas problemáticas complejas que atraviesa un sector de la población adolescente. De esta manera podrá constituir un espacio protector frente a los riesgos que conllevan la existencia de problemáticas como: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, adicciones, falta de cuidado de su propio cuerpo, situaciones de abuso o explotación, que en ocasiones culminan en morbilidad específica.

Creemos que esta amplia referencia puede ser útil también para los docentes de la modalidad. Una aclaración que es válida para cualquier contexto: al margen de la decisión institucional de quiénes serán los docentes encargados de llevar adelante la tarea, es necesario que todos estén capacitados en la temática para que se sientan habilitados a dialogar con las inquietudes de los educandos. Sobre estos temas, alumnos y alumnas no suelen buscar interlocutores válidos entre los docentes basándose solo en su formación profesional, sino que suelen por lo general recurrir a aquellos con quienes tienen un vínculo de mayor proximidad y confianza.

Para finalizar, una reflexión acerca de un aspecto casi constitutivo de la ESI: su demanda de que existan climas institucionales en los que primen la confianza y la comunicación. ¿Cómo convertirla en una herramienta que promueva estas condiciones en las instituciones de la modalidad?

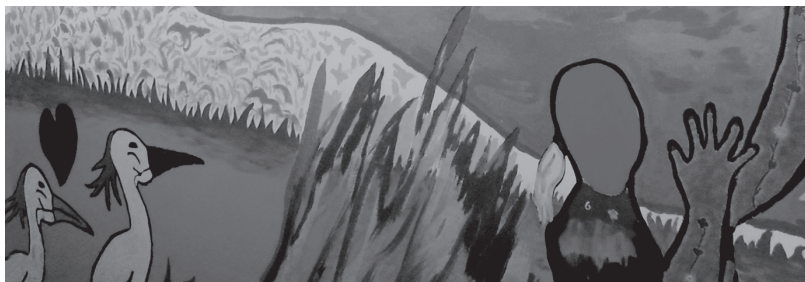
Las instituciones educativas en contextos de encierro son, por lo general, espacios de libertad dentro de prisión. El desafío en las instituciones educativas en contextos de encierro asume, entre otras, las siguientes premisas:

- Hacer visible lo oculto.
- Desnaturalizar lo dado, lo normatizado.
- Problematicar las prácticas cotidianas.
- Introducir alguna fisura en la lógica de la seguridad, totalizante y homogénea, utilizando la potencia de las prácticas pedagógicas en la construcción de otros mundos posibles en el encierro.
- Construir conocimiento cuantificado y calificado sobre la cuestión carcelaria.

La Educación Sexual Integral puede convertirse en una herramienta potente al servicio de estos propósitos.

Actividad

- ¿De qué forma considera que se podría aplicar la ESI en el contexto de encierro? Analice las ventajas y desventajas de presentar la ESI como materia aparte o de introducir sus contenidos en otras materias.
- Relea el punto 2.4 (alteración de la sexualidad en el contexto de encierro) del capítulo 2, y considere de qué modo podría abordarse esta problemática desde la ESI.
- Haga una lista de mitos, estereotipos o creencias que revelan formas de discriminación respecto del sida. ¿Qué se podría hacer para desactivarlos?
- En el capítulo se afirma que “los docentes tienen el derecho a participar activamente en la elaboración e implementación del proyecto institucional en la escuela”. Reflexione acerca del modo en que podría reforzar o ampliar las propuestas que aparecen en el punto 6 del capítulo.



CAPÍTULO 5. Estrategias educativas vinculadas a la promoción de la salud

En este capítulo se eligió exponer dos experiencias que se llevan adelante en escuelas en Contextos de Encierro. Una está vinculada a la indagación y la otra a la educación física. Fueron escritas por quienes diseñaron, indagaron, desarrollaron y llevan adelante en la actualidad estas acciones.

1. La salud en los contextos de encierro. Docentes y alumnos

Prof. Daniel Cano

Director de la Escuela de Educación Media N° 8 “Padre Carlos Mugica”

Junín (Provincia de Buenos Aires)

Como educadores en contextos de encierro tenemos en cuenta que la salud de nuestros alumnos debe ocupar también un renglón importante en nuestra tarea diaria. En las unidades penitenciarias se observan grandes déficits en lo que a salud se refiere. Hemos observado, por ejemplo, que, al arribar un detenido a la cárcel, es revisado superficialmente en cuanto a los elementos particulares con que ingresará, pero no se profundiza en su real estado de salud, excepto cuando la ficha criminológica denuncia alguna enfermedad de riesgo, como el VIH-sida.

El estado de los espacios donde son alojados los detenidos, el aglutinamiento de gran cantidad de personas en sitios reducidos (celdas, aulas), generan innumerables contagios, a lo que se agrega que suelen tener bajas las defensas por falta de alimentación y de atención médica, entre otros aspectos.

Los detenidos padecen continuos resfríos y congestiones por ducharse con agua a temperaturas inadecuadas. La higiene personal resulta un tema complejo y difícil de manejar, ya que, en estos ambientes tan poblados, las consecuencias son múltiples. Estos son algunos aspectos que, como docentes, hemos observado, sabiendo que es necesaria, para analizar este tema tan importante, la mirada de expertos. Mi tarea se desarrolla en este lugar, Unidades Penitenciarias Bonaerenses de Junín, desde hace mucho tiempo; además, tengo un equipo de trabajo muy sólido: hemos podido observar ciertos síntomas que generaban mucha zozobra y un infinito malestar en los detenidos que los padecían. Después de cierta sistematización en la observación y de realizar una pequeña investigación, pudimos saber que se trataba del “ataque de las chinches de las camas”.

Pudimos determinar que las picaduras que se presentaban (por lo general infectadas) eran producidas por las “chinches”. Este padecimiento, además de la grave molestia que produce, genera aislamiento ya que las ronchas aparecen en los lugares más inverosímiles y los afectados se sienten ridículos, lo cual genera que se aíslen, con todas las consecuencias que esto produce. Hemos podido saber que estos insectos portan organismos que causan enfermedades, fiebre recurrente, tularemia, fiebre Q, y hasta hepatitis B. Esta última se contagia con mucha frecuencia por la contaminación procedente del aplastamiento del insecto o de sus heces infectadas, o por la regurgitación durante la picadura. A su vez, las malas condiciones sanitarias, asociadas a las chinches, y el rascado intenso en la mordedura dejada por el insecto, son causas frecuentes de infecciones secundarias.

La ADEC (Asociación de Docentes de Escuelas en Cárceles) realizó un informe a partir de esta situación que resulta muy interesante ya que explica las causas de cierta sintomatología y permite tratar al afectado así como prevenir el contagio.

A partir de este trabajo, pudimos saber que, cuando un detenido es trasladado de una unidad penal a otra, generalmente lleva consigo una serie de elementos personales, los cuales son envueltos en alguna sábana, manta o frazada. Este componente, vulgarmente denominado “mono”, inicialmente resulta inofensivo.

Pero si analizamos la pulcritud del entramado de las telas o tejidos, se podrá observar que aparecen varios organismos, entre los cuales está la “chinche de las camas” (*Cimex lectularius*). Si bien el detenido es revisado corporalmente por las autoridades penales en su admisión, los elementos personales y principalmente las telas y tejidos no son desinfectados.

tados como aconseja la salubridad. En este “mono” se trasladan, casi descuidadamente, los insectos de una cárcel a otra, introduciéndose de esta manera en los penales, y generando nuevos focos de infección sobre la población detenida.

Finalmente, el control de estos males se puede lograr mediante el lavado de la ropa de cama, de colchones y almohadas, más la aplicación efectiva de insecticidas potentes en la estructura de los hierros de las camas y en las hendiduras de paredes y pisos de las celdas.

A partir de esto, los docentes abrimos canales preventivos, ilustrando a nuestros alumnos, a nuestras autoridades educativas y también al Servicio Penitenciario.

Con nuestros alumnos realizamos permanentemente charlas-debate, a las que llevamos no solo la palabra autorizada de nuestros docentes de asignaturas afines, sino también la de especialistas de la salud, invitados por la escuela, para que los adviertan y aconsejen en diferentes temáticas.

A nuestras autoridades educativas y al Servicio Penitenciario les advertimos sobre posibles situaciones que detectamos durante la labor educativa diaria, al tiempo que les acercamos, como actividades extraprogramáticas, todas aquellas acciones que emprendemos para ilustrar y prevenir sobre el tema salud.

Otra práctica de la escuela es el taller, donde se pretende:

- Ilustrar al alumno para que personalmente reclame las condiciones de salubridad necesarias, dentro del marco legal que lo reconoce como un sujeto de derecho.
- Vincular al alumno con la sociedad civil a través de los profesionales de la salud.
- Dotar al alumno de las herramientas necesarias para valorar la salud.
- Conseguir que el alumno se convierta en un promotor de salud en su vínculo familiar.
- Lograr que el alumno conozca medidas de prevención sanitaria, laboral y educativa.
- Superar la indiferencia a través del conocimiento, para generar conductas responsables y pedidos de atención médica y sanitaria adecuada a los organismos pertinentes.

Las principales actividades del taller son:

- Charlas/disertaciones de los profesionales de la salud dirigidas a los alumnos. Estos profesionales son convocados por la dirección de la escuela; en forma personal; o a nivel institucional mediante organismos oficiales de salud.
- Charlas, cursos y/o entrenamiento básico en primeros auxilios dictados por profesionales de emergencias médicas.

- Conferencias, charlas e información llevadas a las aulas por los docentes sobre las enfermedades propias de ámbitos cerrados. El objetivo es el reconocimiento de síntomas primarios de estas patologías.

El taller se proyecta de la siguiente manera:

- Participación en eventos de la escuela en materia de difusión intracarcelaria (“Olimpiadas Internas” sobre la temática salud).
- Difusión de las actividades realizadas por medio de los órganos de difusión con que cuenta oficialmente la escuela: la revista *Cultura Interna* y la radio FM, sobre circuito cerrado, que abarca a las tres unidades penales del Complejo Penitenciario Junín.

La salud del docente también nos preocupa, no solo por su exposición física a contagios, sino porque su trabajo se desarrolla en un ámbito donde los climas institucionales son comprometidos.

Desde la Asociación, hemos insistido en la temática de salud desde hace mucho tiempo y en forma sostenida. Ejemplo de ello es que, cuando se suspendieron clases en algunos penales por proliferación de enfermedades infectocontagiosas, intercedimos mediante la ADEC ante la DGCyE (Provincia de Buenos Aires) para que todos los docentes que trabajan en contextos de encierro en esta jurisdicción tengan libre acceso anual a las vacunas que previenen y detienen posibles contagios. En su oportunidad, se hicieron gestiones para que se otorgaran las siguientes vacunas: Doble Adulto (d 1), Doble Viral (rubéola-sarampión), Antigripal cepa 2007, Hepatitis B (tres dosis). Desde ese momento y hasta la actualidad el hospital de cada ciudad de la Provincia vacuna a los docentes de contextos de encierro que quieran hacerlo.

Finalmente, en estos tiempos de sumo estrés laboral, merece mencionarse la acumulación de sinsabores y angustias que el docente recibe indirectamente en su función de educador.

Se observa en aquellos docentes que ya tienen más de 20 años de actividad en contexto de encierro que todas esas frustraciones que conlleva el alumno detenido suele atravesarlo diariamente, a lo que se suma también el duro marco que la propia política de seguridad de los penales imponen a todo aquel que ingrese a una cárcel.

Será por ello que, en este tipo de observación, entendemos que el denominado “síndrome de *burnout*”, o síndrome del quemado, jaquea en el tiempo a docentes con mucha antigüedad laboral en contextos de encierro.

2. Taller de Educación Física en Unidades Penitenciarias

Héctor Guillermo Buitrago y Sebastián Andrés Pinto
Profesores del taller de Educación Física dependiente del
Ministerio de Educación de la Provincia de Jujuy

Estrategias educativas vinculadas a la promoción de la salud en las siguientes unidades penitenciarias: Unidad N° 2 (Menores); Unidad N° 3 (Mujeres), Alto Comedero, Provincia de Jujuy; Unidad N° 8 “Nuestra Señora del Rosario de Río Blanco y Paypayá”, Servicio Penitenciario Federal.

La Educación en Contextos de Encierro se constituye actualmente en una modalidad del Sistema Educativo Nacional según el marco de la Ley N° 26.206, Ley de Educación Nacional, y en un Servicio de Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, según la estructura organizacional provincial.

El Taller de Educación Física que se desarrolla en las unidades penitenciarias surgió históricamente como respuesta pedagógica, del Ministerio de Educación de Jujuy, a una problemática signada por situaciones de violencia, maltrato, conflictos y muertes en la población interna. Es en este marco conflictivo de emergencia que se establece un Convenio Interministerial entre Educación y Justicia, que diseña una propuesta educativo-didáctica que toma a la Educación Física como la disciplina científico-pedagógica capaz de dar respuestas inmediatas a la problemática planteada, puesto que el ejercicio físico, deportivo y recreativo aporta de manera considerable a la inclusión social del individuo que se encuentra detenido, condenado o procesado; un sujeto de aprendizaje que constantemente está sufriendo alteraciones psicológicas y físicas, con un estado emocional inestable y con la inexistencia de un proyecto de vida personal, ni social, como se explica en detalle en el capítulo 2 de este módulo. La Educación Física es entendida como una disciplina que necesita de una serie de estrategias, planificación, conocimientos y saberes específicos de los profesionales que intervienen en este campo. Posee diferentes enfoques para su abordaje, el Taller de Educación Física en estos escenarios de acción considera a la actividad física como un medio de conservación, de perfeccionamiento o de recuperación de las capacidades funcionales que determinan la salud, el sentido ético, la ocupación del tiempo, la recreación y la interacción con los pares, razones que le otorgan sustentabilidad a la propuesta y pertinencia, ya que los beneficios que el alumno obtiene, a través de la actividad física, son entre otros:

- Luchar contra el sedentarismo.
- Retardar los efectos de envejecimiento.
- Evitar la aparición de enfermedades como la hipertensión, la cardiopatía coronaria, etc.
- Mejorar la coordinación espacio-tiempo, la percepción y los sentidos.
- Otorgar mayor capacidad respiratoria y pulmonar.
- Lograr mayor dominio del cuerpo, su expresión, reacción, fuerza muscular, adaptación y canalización de las energías.
- Disminuir la tendencia a la depresión.
- Socializar e interactuar con los pares.
- Favorecer la comunicación interpersonal.
- Aumentar la reflexión y la creatividad.
- Obtener efectos emocionales y psicológicos sobre su rendimiento académico, nivel de confianza en sí mismo, sensación de bienestar, eficacia en el trabajo, etc.

Ahora bien, fue y es necesario adoptar un posicionamiento ideológico-teórico que sustente nuestras prácticas porque trabajar con la heterogeneidad (distintos grupos etarios; distintas nacionalidades y culturas: argentinos, chilenos, bolivianos, peruanos, italianos, españoles, etc.) en estos contextos de encierro no es tarea fácil, requiere de pensar y repensar en modelos o estrategias educativas, nuevas miradas de abordaje y de intervención que integren todos los aspectos de formación de los sujetos. La heterogeneidad resulta una valiosa herramienta en la tarea pedagógica: jóvenes, adultos y educadores se enriquecen mutuamente y, gracias a la participación, logran construir proyectos de vida acordes a las circunstancias en las que están viviendo con la visión y misión de integrarse a la sociedad.

El Taller de Educación Física responde a un modelo dentro de una modalidad alternativa, flexible y adecuada a los contextos de acción; es un dispositivo educativo complementario y sistémico a las áreas de salud y trabajo, que propicia la participación grupal e individual, el desarrollo físico, psíquico, moral y espiritual del alumno. El posicionamiento de trabajo que asume el taller se basa en:

- Reconocer al detenido como sujeto de la educación, y por ende, sujeto de derecho.
- Concebir la *intersectorialidad* e *interinstitucionalidad* como las estrategias de gestión educativas más eficaces para la articulación, el trabajo en redes de vinculación con la sociedad civil, la inserción social, cultural y laboral de los alumnos, puesto que el tejido de redes nos preserva y nos fortalece.
- Articular los escenarios institucionales (escuela-cárcel) para restablecer la confian-

za y el vínculo pedagógico y romper con los estigmas: la pobreza, discriminación, adicciones, violencia, ilegalidad, etc., creando nuevas formas de convivencia.

El Taller de Educación Física en su devenir ha desarrollado una serie de acciones cuyos impactos y objetivos alcanzados superaron las expectativas y transformaron y mejoraron de algún modo la calidad de vida del alumno en situación de encierro.

2.1. Acciones más relevantes del taller

1. Con otras áreas del servicio penitenciario y la escuela (intramuros):

A. Trabajo de articulación con el área de salud, SAM (Servicio de Asistencia Médica) del Servicio Penitenciario, para unificar criterios y establecer objetivos comunes en cuanto a:

- Ficha médica de los alumnos y su historia clínica personal. Situación diagnóstica.
- Articulación de medidas de prevención sanitaria, laboral y educativa.
- Asistencias, emergencias o situación de urgencia médica.

B. Articulación con el área de formación general básica para el refuerzo y transversalidad de los contenidos del currículum, evaluación de los alumnos, organización de actos escolares o eventos institucionales.

C. Articulación con la sección trabajo en la diagramación de acciones.

2. Con otras instituciones o sectores de la sociedad civil (extramuros): Convenio con el Club Deportivo Gorriti y con Gimnasia y Esgrima de Jujuy, para la organización y desarrollo de eventos, campeonatos y actividades deportivas y recreativas para la integración y socialización de los alumnos.

A. Evento social y deportivo, con la visita y colaboración de la Campeona Mundial de Boxeo Femenino, Marcela “La Tigresa” Acuña, como apoyo a la idea de un posible cambio e inclusión social a través del deporte.

B. Convenio para la organización de un campeonato e intercambio deportivo entre clubes y otras cárceles.

C. Evento social y cultural entre el Taller de Educación física y el Centro Vecinal del Barrio 8 de Marzo, con la finalidad de colaboración mutua con carácter de donación y participación social.

D. Articulación con la Secretaria de Deporte, dependiente de Gobierno de la Provincia de Jujuy, para el dictado de talleres de Capacitación Laboral en temáticas tales como:

- referato;
- taeco;
- yoga;
- expresión corporal;
- autoestima;
- actividades físicas para la tercera edad;
- gimnasia deportiva.

E. Convenio de inserción deportiva del alumno (en situación de semilibertad) para conformar un equipo de club, en categoría de jugador de fútbol rentado, con la finalidad de la preparación física del deportista y su posterior inserción social en el club de referencia como jugador semiprofesional.

F. Intercambios e integración social, cultural, recreativa y deportiva en encuentros con otras instituciones educativas del medio (torneos y olimpiadas).

2.2. Proyección del taller

- Participación en eventos deportivos interprovinciales.
- Fomento, afianzamiento y promoción del trabajo extramuros para la concientización de la sociedad civil y la participación de todos los sectores y estamentos sociales y culturales en acciones que posibiliten la inserción e inclusión real de los alumnos en situación de encierro y su posterior inclusión a la salida de la cárcel.
- Permanente evaluación de los impactos y mecanismos pedagógicos para el mejoramiento de la propuesta y trascendencia en la vida de las personas en circunstancia de situación de encierro.
- Proyecto para la creación de un gimnasio.
- Creación del Departamento de Educación Física.

2.3. Clase

A continuación se realizará la descripción de un día normal de clases en las unidades penitenciarias, desde el momento de nuestra llegada hasta el momento en que nos retiramos de la cárcel.

Primera parte. Llegamos a las 9 de la mañana a la unidad penitenciaria; como de costumbre dejamos nuestra identificación en el primer control (Avanzada): DNI, cédula de identidad, carnet de conducir, etc.; ingresamos y nos dirigimos al segundo control (seguridad interna), donde nos registran la entrada y requisas.

Una vez terminados los controles, llegamos a la Sección Educación donde se encuentran los encargados, docentes y colegas de los distintos talleres (Carpintería, Cerámica, Computación, etc.); nos saludamos, firmamos la planilla de asistencia, charlamos sobre algunas cuestiones laborales, intercambiamos ideas, todo esto mientras compartimos un café.

Nos dirigimos al Depósito de Elementos Deportivos, recogemos las cosas, mientras los encargados de la sección hacen la correspondiente boleta de bajada de los alumnos, y nos vamos al Campo de Deporte de la Unidad, cuyo espacio está compuesto por una cancha de cemento de 36 metros de largo por 16 metros de ancho, recubierta por una malla metálica de 2 metros de altura; en el piso están pintadas una cancha de fútbol y una cancha de voley.

Los alumnos llegan acompañados por la gente de requisas y custodiados por un escopetero.

Segunda parte. Recibimos a los alumnos, tomamos asistencia, dialogamos sobre algunas cuestiones, y nos disponemos a realizar la clase diaria, respetando lo planificado en cuanto a los contenidos y los momentos de la clase.

- *Primer momento.* En cuanto al primer momento, los alumnos realizan la entrada en calor que dura aproximadamente 15 minutos, la cual consiste en ejercicios de movilidad articular y elongación y flexibilidad de los músculos, trotes o alguna otra actividad motivadora (juegos).
- *Segundo momento.* La parte central de la clase consiste en la enseñanza y práctica de algún deporte, fomentando siempre el trabajo en equipo. Se presentan los fundamentos técnicos, tácticos y estratégicos del juego, introduciendo también en este momento ejercicios de acondicionamiento físico.
- *Tercer momento.* La vuelta a la calma consiste en ejercicios de flexibilidad y relajamiento de los músculos, mientras intercambiamos ideas y comentarios con los alumnos: cómo se sintieron durante la clase y qué se podría realizar en la clase siguiente.

Es importante destacar que las actividades en las clases están sujetas a los grupos etarios (adolescentes, adultos y adultos mayores), es decir, se adaptan a las características, necesidades y posibilidades de los alumnos.

Tercera parte. Una vez finalizada la clase, se reintegran los alumnos a sus respectivos pabellones, acompañados por la gente de requisita; nosotros nos dirigimos a la Sección Educación a firmar la planilla de asistencia, nos despedimos y nos vamos.

Actividad

- En las dos experiencias docentes descritas en el capítulo, ¿qué consecuencias somáticas, psicosomáticas y psicológicas del encierro tratadas en el capítulo 2 se abordan y de qué manera?
 - Para terminar, trate de definir lo que significa la Educación para la Salud en los Contextos de Encierro.
-

Referencias bibliográficas

- Boff, Leonardo (2006): *El águila y la gallina. Una metáfora de la condición humana*, Buenos Aires, Trotta.
- Di Lorenzo S. y F. Fogiel (2007): “¿De qué hablamos cuando hablamos de salud? ¿Y... en la escuela?”, en *Actualización académica en educación sexual*, Buenos Aires, CePA, Ministerio de Educación.
- Foucault, Michel (1995): *Microfísica del poder*, Madrid, Planeta-Agostini.
- GCABA, Dirección de Sida (2001): *Infosida*, 1 (1), septiembre.
- Greco, M. B. y C. Entin (2008): *La información no alcanza para el cuidado: una experiencia de teatro-foro en la formación docente*, Buenos Aires, Paidós.
- Ley Nacional de Educación Sexual Integral* (N° 26150).
- Ministerio de Educación de la Nación (2009): *Lineamientos curriculares de Educación Sexual Integral*, Buenos Aires.
- Ministerio de Educación, Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2009): *La Educación Sexual Integral en la escuela*, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud, Coordinación Sida (2005): *Sexualidad y cuidados: reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida*, material de apoyo para el trabajo cara a cara, Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud (2000): “Promoción de la Salud sexual. Recomendaciones para la acción”, Actas de la Reunión de Consulta convocada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, celebrada en Antigua, Guatemala, 19 de mayo de 2000.
- Valverde Molina, J. (1988): *El proceso de inadaptación social*, Madrid, Popular (4ª ed. 2001).
- (1991): *La cárcel y sus consecuencias*, Madrid, Popular (2ª ed. 1996).
- (1996): *Vivir con la droga. Experiencia de intervención sobre pobreza, droga y sida*, Madrid, Pirámide.
- (2001): *El diálogo terapéutico y educativo en exclusión social*, Madrid, Narcea.
- (2002): *El diálogo terapéutico en exclusión social. Aspectos educativos y clínicos*, Madrid, Narcea.
- (2010): *La burbuja vacía. Una historia de soledades y reencuentros*, Madrid, Popular.



Material de distribución gratuita



Ministerio de
Educación
Presidencia de la Nación



Educación
en Contextos
de Encierro
Coordinación de Modalidad